

Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG

Bericht

zuhanden des Zentralsekretariats der
Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK

Verfasser: Martin Rothenbühler
Mitarbeit: Marianne Rychner

Inhalt

	Seite
1. Wichtiges in Kürze	3
2. Auftrag	5
3. Stand der Planungen in den Kantonen	5
4. Würdigung	25
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	29
6. Überlegungen zum weiteren Vorgehen bezüglich Evaluation	31
7. Ausgewählte Vorschläge für Evaluationsprojekte	35

1. Wichtiges in Kürze

Ein Jahr nach Ablauf der Frist zur Erstellung von Spitalplanungen und zur Einreichung der Spital- und Pflegeheimlisten wollte das Zentralsekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz eine Übersicht über den aktuellen Stand der Planung im stationären Bereich und die Spital- und Pflegeheimlisten gewinnen. Aus dieser Übersicht sollten sich Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten beim Planungsprozess und bei der Erarbeitung von Planungsdokumenten ergeben.

Unser Bericht stellt fest, dass alle Kantone die gesetzlichen Erfordernisse erfüllt haben: die stationäre Gesundheitsversorgung wurde geplant, die Spitallisten wurden eingereicht. Allerdings haben die Spitallisten bisher erst in vier Kantonen Rechtskraft erlangt (Stand 31. Dezember 1998).

Trotzdem haben die von den Kantonen seit 1996 eingeleiteten kurzfristigen Massnahmen im stationären Bereich der Gesundheitsversorgung spürbare Auswirkungen: es wurden bisher schätzungsweise rund 2'000 Akutbetten abgebaut, 8 Akutspitäler geschlossen oder umgenutzt, zwischen 600 und 700 Stellen gestrichen und auf diese Weise jährlich netto ungefähr 215 Millionen Franken eingespart (Informationsstand Februar 1999).

Es bestehen hingegen erhebliche Zweifel an der Tauglichkeit der Spitalplanungen und insbesondere der Spitallisten als mittel- und längerfristig wirksame Steuerungsinstrumente der Gesundheitsversorgung:

- *Beispielsweise sieht das KVG nicht vor, dass die Kantone auch die Versorgung des ambulanten und teilstationären Bereichs in die Planung einzubeziehen hätten, bzw. dass jede Spitalplanung mit der Planung dieser Bereiche abgestimmt werden müsste. Aus gesundheitspolitischer Sicht müssen jedoch Spitalplanungen, welche die vorhandenen bzw. fehlenden Kapazitäten im teilstationären und ambulanten Spitalbereich ausser acht lassen, als ungenügend bewertet werden.*
- *Überregionale oder gar landesweite inhaltliche Abstimmungen der Spitalplanungen (z. B. in Richtung der Vereinheitlichung von Zielgrössen und Vorstellungen über optimale Versorgungsverhältnisse) wurden nicht erreicht.*

- *Im Bereich der Spitzenmedizin konnte eine Angebotssteuerung auf der Grundlage von gesamtschweizerischen Bedarfsüberlegungen noch nicht verwirklicht werden.*
- *Die Kantone bilden bezüglich Gesundheitsversorgung nur beschränkt sinnvolle Planungsregionen.*
- *Eine Gesundheitspolitik, welche die beschränkte Logik des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG überwindet, scheint es heute in der Schweiz praktisch nicht zu geben. Die SDK und die Kantone könnten in dem Sinn bewusst kompensatorisch wirken, als sie zusammen mit geeigneten Partnern eine Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung einleiten könnten, welche sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung zu koordinieren versucht. Die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich sind derart intensiv, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche kontraproduktiv wirken würde. Deshalb sind die Planungen und Massnahmen zur Optimierung der stationären Gesundheitsversorgung systematisch durch Planungen und Massnahmen zur Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung zu ergänzen. Daraus ergibt sich für die Kantone und die SDK auch bezüglich Wirkungsanalysen ein spezifisches Erkenntnisinteresse.*

2. Auftrag

Das Zentralsekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz wollte ein Jahr nach Ablauf der Frist zur Erstellung von Spitalplanungen und zur Einreichung der Spital- und Pflegeheimlisten eine Übersicht über den aktuellen Stand der Planung im stationären Bereich und die Spital- und Pflegeheimlisten gewinnen.

Aus dieser Übersicht sollten sich Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten beim Planungsprozess und bei der Erarbeitung von Planungsdokumenten ergeben.

Ferner waren die "Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste" der SDK zu würdigen.

Schliesslich sollten Vorschläge für eine weitere Etappe der Evaluation erarbeitet werden. Dazu war eine sorgfältige Klärung der eigentlichen Fragestellung vorzunehmen, und der inhaltliche und zeitliche Rahmen der Evaluation war abzustecken. Konkret war abzuklären,

- welche Fragen oder Probleme sich zur Evaluation überhaupt eignen (**Evaluierbarkeitsprüfung**); und
- wer (SDK, Kantone, BSV, externe Experten etc.) welche dieser Themen mit welchen Methoden evaluieren könnte (**Evaluationsstrategie**).

3. Stand der Planungen in den Kantonen

Einleitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG verlangt von den Kantonen die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung. Artikel 39, Absatz 1, Bst. d. des KVG lautet wörtlich:

"Anstalten oder deren Einrichtungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler) sind zugelassen, wenn sie (...) der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind."

In der Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 (BB1. 1992 I 93) wird dieser Artikel folgendermassen kommentiert:

"Mit Hilfe dieser Voraussetzungen soll ein wichtiger Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden. Es wird dabei entscheidend auf die zweckentsprechende Planung sowie auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer untereinander und mit den Versicherern und den Versicherten ankommen. Der gesetzliche Rahmen hierfür wird zur Verfügung gestellt. Seine ziel- und verantwortungsbewusste Ausfüllung durch die Praxis ist allerdings notwendig." (S. 167)

Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Wortlaut des Artikels 39 stark interpretationsbedürftig ist und beträchtlichen Handlungsspielraum gewährt. In den Beratungen der Eidgenössischen Räte war dieser Artikel vielleicht gerade deshalb nicht kontrovers.

Da weder das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG noch die Verordnungen zum KVG konkrete Hinweise darauf enthalten, wie eine gesetzeskonforme Planung auszusehen hätte, gibt es für die Beurteilung der einzelnen kantonalen Planungen aus der Sicht des Gesetzgebers keine gesicherten, allgemein anerkannten Kriterien.

Haben die Kantone den Spitallisten und den Pflegeheimlisten eine Planung zugrundegelegt?

Ausnahmslos alle Kantone verfügen heute über aktualisierte Planungsdokumente und Studien für den stationären somatischen Akutbereich. Die Mehrheit der Kantone hat zudem Grundlagen für die Bereiche der Langzeitpflege und der Altersversorgung erarbeitet. Nur gerade zwei Kantone (St. Gallen, Aargau) haben überdies ein Konzept für die Rehabilitation entwickelt. Die Kantone Zürich, Basel-Stadt, Aargau und Tessin besitzen zudem kantonale Psychiatriekonzepte.

Speziell erwähnenswert sind das Konzept Palliativmedizin Basel-Stadt vom Mai 1998, das Pädiatriekonzept des Kantons Waadt von 1990, die umfangreichen Arbeiten des Kantons Waadt zur *Démographie médicale* und die ebenfalls umfangreichen Arbeiten der Kantone Genf und Wallis zur Gesundheitsplanung.

Tabelle 1: Übersicht über die Spitallisten und Spitalplanungen der Kantone (Informationsstand Februar 1999)

Kanton	Planungsbasis	Spitallisten (mit Datum des Erlasses)
ZH	<p>Zürcher Krankenhausplanung 1991</p> <p>Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998, Juni 1997</p> <p>Planungsbericht zur Zürcher Pflegeheimliste, November 1997</p> <p>Psychiatriekonzept des Kantons Zürich. Bedarf und prioritäre Maßnahmen, Juli 1997</p>	<p>Zürcher Spitalliste 1998 Spitalliste Akutbereich (25.06.1997)</p> <p>Zürcher Spitalliste Psychiatrie (03.12.1997)</p> <p>Zürcher Pflegeheimliste, rückwirkend auf den 1. Januar 1997 in Kraft gesetzt, 4.12.1997)</p>
BE	<p>A. Gebert, G. Latzel, G. Bartelt: Integrale Überprüfung des stationären Akut- und Langzeitbereiches IUSB 1992: Schlussbericht über alle Teilbereiche, BRAINS, Mai 1994</p> <p>Alterspolitik 2005. Alt werden im Kanton Bern. Ein Bericht. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Mai 1990</p> <p>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Bern: Umsetzung von Artikel 39 KVG, Pflegeheimplanung für Alters- Pflege- und Krankenhäuser (Überarbeitete Fassung, Stand Juli 1997)</p>	<p>Spitalliste 1998 des Kantons Bern (27.10.1997) mit Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 11. November 1998: Anhang 2, Spitalliste 1999</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 29. Mai 1996: Anhang 1, Pflegeheimliste</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 23. Oktober 1996</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 26. März 1997</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 21. Januar 1998</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 20. Mai 1998</p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG) Änderung. Anhang 2, Spitalliste 1999, 11. November 1998</p>
LU	<p>Planungsbericht des Regierungsrates an den Grossen Rat über die generelle Spitalplanung im Kt. Luzern für die nächsten zehn Jahre, vom 26. Juni 1992</p> <p>Strukturanalyse des Spitalwesens des Kt. Luzern vom 10. Juni 1997, Vorstudie (BSG Unternehmensberatung St. Gallen)</p> <p>Botschaft des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Zwischenbericht IV über die Gesamtplanung der Psychiatrie im Kanton Luzern vom 17. Oktober 1995</p>	<p>Spitalliste 1998 des Kantons Luzern und Beschluss des Regierungsrates des Kantons Luzern (18.12.1997)</p> <p>Liste der zugelassenen Pflegeheime und Pflegeabteilungen von Altersheimen zu Tätigkeiten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 26. Oktober 1998 bzw. 1. Januar 1999</p>
UR	<p>Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997</p> <p>Pflegeheimplanung des Kt. Uri 1998, November</p>	<p>Spitalliste 1998 des Kantons Uri: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Uri vom 9. Dezember 1997</p>

	1997	Pflegeheimliste 1998 des Kantons Uri: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Uri vom 9. Dezember 1997
SZ	<p>Departement des Innern des Kantons Schwyz: Spitalkonzeption des Kantons Schwyz und Leistungsaufträge für die Regionalspitäler 1995</p> <p>Departement des Innern des Kantons Schwyz: Spitalplanung 1997 / Überarbeitung und Weiterführung der Spitalkonzeption 1995</p> <p>Altersheimleitbild des Kantons Schwyz 1995</p> <p>Bartelt Guido: Pflegeheimliste Kanton Schwyz, Begleitbericht, 24.09.1997</p>	<p>Provisorische interkantonale Spitalliste (Februar 1996)</p> <p>Revidierte Spital- und Pflegeheimliste (16.12.1997)</p> <p>Pflegeheimliste gültig ab 1.1.1998. Anhang 2 zu RRB Nr. 2163 vom 16.12.1997</p>
OW	Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997	<p>Spitalliste 1998 des Kantons Obwalden: Regierungsratsbeschluss vom 18. November 1997</p> <p>Pflegeheimliste</p>
NW	<p>Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997</p> <p>Regierungsrat: Fachkommission Überarbeitung Altersleitbild. Überarbeitung des Altersleitbildes von 1992. Stans, 27.10.1997</p>	<p>Spitalplanung und Spitalliste 1998 des Kantons Nidwalden: Regierungsratsbeschluss vom 17. November 1997</p> <p>Regierungsratsbeschluss betreffend die Liste der Heime für die Pflege von Langzeitpatientinnen und -patienten vom 18.12.1995</p>
GL	<p>Sanitätsdirektion des Kt. Glarus: Spital- und Heimplanung des Kt. Glarus 1998 (Vernehmlassungsexemplar 1997)</p> <p>Sanitätsdirektion Kt. Glarus: Datenmaterial Spitalplanung 1998. Dezember 1997</p> <p>Sanitätsdirektion Kanton Glarus: Grundlage für das Altersleitbild. Bedarfsplanung. Arbeitsbericht 11/1997 (überarbeitete Version 06/98)</p>	<p>Provisorische Interkantonale Spitalliste (08.01.1996)</p> <p>Revidierte Spital- und Pflegeheimliste (23.12.1997)</p>
ZG	<p>Spitalplanung für den Kanton Zug. Bericht und Antrag der Arbeitsgruppe Spitalplanung an den Regierungsrat vom 18. Februar 1985</p> <p>Die bedarfsgerechte Spitalversorgung im Kanton Zug, Juni 1996, basierend auf der Spitalplanung 1992 und den Kenndaten 1995 (Tabellen)</p> <p>Versorgungskonzept 2000. Zusammenfassung der Resultate und Empfehlungen. 21. November 1996</p> <p>Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen: Sanitätsdirektion des Kt. Zug: Überprüfung der Finanzierung der Spitäler des Kt. Zug, Aarau, September 1992</p> <p>Die geriatrische Versorgung im Kt. Zug. Sanitätsdirektion des Kt. Zug. Geriatriekonzept vom 27. Februar 1990</p> <p>Sanitätsdirektion des Kantons Zug, Spitalwesen: Bedarfsprognose für Langzeitpflegebetten im Kanton Zug (Kurzfassung Beilage 2) vom 2.7.1998</p> <p>Spitalgesetz. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 6. April 1998. Vorlage Nr. 552.1</p>	<p>Krankenanstalten - Spitalliste für die stationäre ausserkantonale Spitalversorgung: Regierungsratsbeschluss vom 16.12.1997</p> <p>Krankenanstalten - Spitalliste gemäss KVG (ohne stationäre kantonale Akutversorgung): Antrag der Sanitätsdirektion an den Regierungsrat /Varianten A und B).</p> <p>Krankenanstalten - Spitalliste gemäss KVG (ohne stationäre kantonale Akutversorgung): Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zug vom 19.12.1995 (mit Spitalliste im Anhang)</p> <p>Krankenanstalten - Spitalliste für die stationäre kantonale Akutversorgung: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zug vom 02.07.1996</p> <p>Vereinbarung zwischen dem Regierungsrat des Kantons Zug und dem Inselfspital Bern vom 09.12.1997</p> <p>Vertrag zwischen der Schweizerischen Epilepsie-Klinik Zürich und dem Regierungsrat</p>

	<p>Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998. Vorlage Nr. 552.11</p> <p>Gesetz über das Kantonsspital. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 6. April 1998. Vorlage Nr. 553.1</p> <p>Gesetz über das Kantonsspital vom 27. August 1998. Vorlage Nr. 553.12</p> <p>Sanitätsdirektion des Kantons Zug und Lead Consultants AG (Projektleiter: H. Erni) Zürich/Bern/Tübingen: Zentralspital Kanton Zug. Leistungsmodell, Betriebskonzept, Raumprogramm. 21. April 1998</p> <p>Kantonsratsbeschluss betreffend Rahmenkredit für die Planung und Realisierung des Zentralspitals mit Option Pflegeheim. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 18. August 1998, Vorlage Nr. 585.2</p>	<p>des Kantons Zug vom 03.12.1997</p> <p>Vertrag zwischen dem Regierungsrat des Kantons Zug und der Klinik Littenheid für Psychiatrie und Psychotherapie vom 08.12.1997</p>
FR	<p>Spitalplanung 1987</p> <p>Pierre Gilliland: Canton de Fribourg. Système de santé: Les "besoins" en lits hospitaliers et d'hébergement médico-social. Maracon 1994</p> <p>Planification hospitalière. Rapport du conseil d'Etat du canton de Fribourg. Fribourg, août 1997, 64 pages + Annexes</p> <p>Schlussbericht der Spitalplanungskommission mit Richtplan für die Neuorganisation des Spitalnetzes, März 1997</p>	<p>Liste des hôpitaux du canton de Fribourg. Arrêté du Conseil d'Etat du 16 décembre 1997</p> <p>Liste des hôpitaux situés hors du canton de Fribourg. Arrêté du Conseil d'Etat du 16 décembre 1997</p> <p>Liste des homes médicalisés du canton de Fribourg. Arrêté du Conseil d'Etat du 16 décembre 1997</p>
SO	<p>Grundlagen und Empfehlungen zum gesundheitspolitischen Leitbild des Kantons Solothurn. Gutachten im Auftrag der Regierung des Kantons Solothurn. PD Dr. Jürg H. Sommer; Mitarbeit: Thomas Schaub, Dr. Iwan Borer; Brigitte Ritschard-Ulrich; Kuno Sommer, Basel, März 1986</p> <p>Grundlagen und Empfehlungen zum gesundheitspolitischen Leitbild des Kantons Solothurn. Zusammenfassung der Vernehmlassungen zum Bericht Sommer. Bereinigte Fassung. Hrsg. Sanitätsdepartement des Kt. Solothurn, Dezember 1988</p> <p>Bericht der vom Regierungsrat des Kantons Solothurn eingesetzten Projektgruppe: Gesundheitspolitisches Konzept. Solothurn, 30. November 1992. Vom Regierungsrat am 6. April 1993 genehmigt. (+ Anhänge - Sonderband)</p>	<p>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 24. Juni 1997 (Nr. 1514): Planbettenbestand Akutabteilungen der Solothurner Spitäler</p> <p>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 29. April 1996, Nr. 1024: Spitalliste gemäss Art. 39, Abs. 1 KVG (Berichtigte Ausfertigung)</p> <p>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 8. April 1997 (Nr. 825): Neudefinition der Aufgaben der Spital-Langzeitpflege, Festlegen der Bettenkapazitäten sowie der Finanzierung</p> <p>Regelung für Leistungen der Krankenversicherungen gemäss KVG für 1998: Zulassung von Langzeitpflegeeinrichtungen der Heime und Spitäler. Regierungsratsbeschluss vom 16. Dezember 1997</p>

<p>BS BL</p>	<p>Gemeinsame Spitalplanung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft Evaluation des Angebotes 1995</p> <p>Erläuterung der Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Spitalplanung, zur Restrukturierung des Spitalangebotes und zur Spitalliste, November 1997</p> <p>Psychiatriekonzept. Leitbild für die Psychiatriereform im Kanton Basel-Stadt. Hrsg. Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt, März 1990</p> <p>Konzept Palliativmedizin Basel-Stadt, Mai 1998</p> <p>Bericht zur Restrukturierung der stationären Rheumatologie Basel-Stadt, Juni 1998</p> <p>Bericht Stationäre Rehabilitation Traumatologie/Orthopädie, Juni 1998</p> <p>Bericht des Sanitätsdepartements Basel-Stadt zum Stand der Umsetzung der Spitalplanung und den Änderungen in den Spitallisten per 1. Januar 1999</p>	<p>Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft somatische Akutmedizin per 1. Januar 1998 (vom 5. November 1997)</p> <p>Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 1998: Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote (Fassung vom 5. November 1997)</p> <p>Beschluss des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt vom 12.12.1995: Pflegeheimliste gemäss KVG</p> <p>Beschluss des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt vom 07.07.1998: Pflegeheimliste gemäss KVG – Änderung per 1. Juli 1998</p>
<p>BL</p>	<p>Erläuterungen der Regierungen BS und BL vom 5. November 1997 zur Spitalplanung, zur Restrukturierung des Spitalangebotes und zu den Spitallisten.</p> <p>Bericht der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion zum Stand der Umsetzung der Spitalplanung und der Änderungen in den Spitallisten per 1. Januar 1999</p> <p>Kanton Basel-Landschaft (Hrsg.): Bericht zur Altersversorgung im Kanton Basel-Landschaft, gemäss Regierungsratsbeschluss vom 27. Oktober 1998.</p> <p>Altersprojektionen 1996 - 2020 des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft, September 1998 (Anhang 2). Kennzahlen und Finanzierungselemente (Anhang 3).</p>	<p>Siehe BS</p>
<p>SH</p>	<p>Bericht über die Aktualisierung der Spital- und Heimplanung, genehmigt durch den Regierungsrat am 23. Dezember 1997</p>	<p>Verordnung über die Zulassung von Spitälern und Heimen zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995 (Vorläufige Spital- und Heimliste)</p> <p>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen vom 23. Dezember 1997 zur Spital- und Heimplanung / Spital- und Heimliste</p>
<p>AR</p>	<p>Spitalkonzept 1974</p> <p>Spitalplanung 1989</p> <p>Kanton Appenzell Ausserrhoden Gesundheitsdirektion: Spitalplanung/Spitalliste 1997 gemäss Art. 39 KVG, Somatische Versorgung, Psychiatrische Versorgung, Herisau 28. Februar 1997</p> <p>Kanton Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsdirektion: Pflegeheimplanung 1997 gemäss Art. 39 KVG</p>	<p>Kanton Appenzell Ausserrhoden Gesundheitsdirektion: Spitalliste 1997 gemäss Art. 39 KVG, 15. April 1997</p> <p>Kanton Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsdirektion: Pflegeheimplanung und Pflegeheimliste gemäss Art. 39 KVG, Protokoll des Regierungsrates vom 22. April 1997</p> <p>Kanton Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsdirektion: Pflegeheimliste 1999 gemäss Art. 39 KVG, vom Regierungsrat genehmigt am 8. Dezember 1998</p>

AI	Spitalplanung des Kantons Appenzell Innerrhoden 1997 – 2010, 19. Dezember 1997	Provisorische Spital- und Pflegeheimliste 19. Dezember 1995 Revidierte Spital- und Pflegeheimliste (16.12.1997)
SG	Spitalplanung 1985: vom Regierungsrat am 17. Dezember 1985 verabschiedet. Nr. 55 der Schriftenreihe "Der Kt. St. Gallen heute und morgen" Spitalplanung 1995, Nr. 61 der Schriftenreihe "Der Kt. St. Gallen heute und morgen" Gesundheitsdepartement des Kt. St. Gallen: Kennzahlen der St. gallischen Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken 1997. Mai 1998 Leitbild Gesundheit: Bericht des Regierungsrates vom 15. Dezember 1992, Nr. 59 der Schriftenreihe "Der Kt. St. Gallen heute und morgen" Leitbild Gesundheit: Zusatzbericht des Regierungsrates vom 18. Januar 1994. Rehabilitationskonzept für den Kt. St. Gallen, verabschiedet vom Regierungsrat am 16. August 1994	Spitalliste des Kantons St. Gallen per 1. Januar 1996 (provisorisch) Regierungsbeschluss über die Spitalliste vom 24. Juni 1997 Spitalliste des Kantons St. Gallen und Erläuterungen zur Spitalliste (Dokument vom 28. Juni 1997)
GR	Spitalplanung des Kantons Graubünden: Regierungsbeschluss vom 9. Dezember 1997 und Spitalplanung des Kantons Graubünden 1997 Spitalplanung des Kantons Graubünden 1997: Methodik der Planung Bericht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen des Kantons Graubünden. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 3/1998 - 99	Spitalliste 1998 des Kantons Graubünden: Regierungsbeschluss vom 9. Dezember 1997 und Spitalliste Pflegeheimliste 1998 des Kantons Graubünden: Regierungsbeschluss vom 16. Dezember 1997 Regierungsbeschluss vom 24. Februar 1998 betreffend Ergänzung der Pflegeheimliste und Liste der Langzeiteinrichtungen
AG	Betreuungskonzept für Betagte und Pflegebedürftige (Altersheimkonzept), genehmigt durch den Grossen Rat am 2. Juni 1992 Planungskonzept Psychiatrie, genehmigt durch den Grossen Rat am 13. Oktober 1992 Spitalkonzeption 2005, Beschluss des Grossen Rates vom 16. August 1994 Regierungsrat des Kantons Aargau: Rehabilitationskonzept des Kantons Aargau, 1998, Beilage zur Botschaft 98.002275.	Protokoll des Regierungsrates vom 24. September 1997: Verabschiedung der Spitalliste und Auftrag an das Gesundheitsdepartement Spitalliste für den Kanton Aargau, gültig ab 1. Januar 1998 Pflegeheimliste für den Kanton Aargau, Stand Oktober 1995 Pflegeheimliste für den Kanton Aargau, Stand Januar 1998.
TG	Planung der stationären Gesundheitsversorgung des Kantons Thurgau 1998 (HealthEcon) Spitalplanung 1998, vom Regierungsrat genehmigt am 9. Dezember 1997, 68 S. Botschaft zu einem Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten (Spitalverbund) und zu einem Beschluss des Grossen Rates über die Ver selbständigung der IV-Betriebe Münsterlingen, Frauenfeld, 23. Juni 1998	Provisorische Spital- und Heimliste 1996 vom 19. Dezember 1995 Regierungsrat des Kantons Thurgau, Protokoll vom 11. März 1997: Vorläufiger Erlass zur Ergänzung der provisorischen Spital- und Pflegeheimliste Regierungsrat des Kantons Thurgau, Protokoll vom 16. Dezember 1997: Projekt Alterskonzept Spital- und Heimliste, erlassen am 9.12.1997
TI	Pianificazione ospedaliera cantonale. Ente	Decreto Esecutivo concernente l'elenco

	<p>ospedaliero cantonale; Rapporto Dicembre 1984</p> <p>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Il conto sanitario del cantone Ticino 1990, Gruppo di lavoro, Bellinzona, giugno 1992</p> <p>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Problèmes de financement dans le domaine de la santé publique suisse, Bellinzona le 7 décembre 1992</p> <p>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Valutazione della disponibilità e dell'adeguatezza del fabbisogno in posti letto per ammalati acuti nel cantone ticino. Pianificazione del fabbisogno ospedaliero globale in letti acuti per il Cantone, Bellinzona, luglio-ottobre 1994</p> <p>Consiglio di Stato, Dipartimento delle opere sociali: Cantone Ticino: Pianificazione ospedaliera e Elenco degli stabilimenti sanitari, Bellinzona, 16 dicembre 1997</p>	<p>degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'Assicurazione malattie di base (art. 39 LAMal)</p>
<p>VD</p>	<p>Côté patients, côté médecins. Un scénario de démographie médicale dans le secteur ambulatoire (Vaud 1985–2015) Service cantonal de recherche et d'information statistiques, Décembre 1989</p> <p>Canton de Vaud, Service de la santé publique et de la planification sanitaire. L'évolution de la démographie médicale et ses enjeux. Rapport final de la Commission pour l'étude de l'augmentation de la densité médicale dans le canton de Vaud, Lausanne 1989</p> <p>Canton de Vaud, Service de la santé publique et de la planification sanitaire. Etude sur la pédiatrie vaudoise. Compte rendu du rapport de la Commission d'Etude, Lausanne, avril 1990</p> <p>Document de travail: Carte hospitalière – Horizon 2005, éléments techniques, Octobre 1993</p> <p>Rapport au Conseil d'État du groupe de travail: Liste LAMal 1998 des hôpitaux du canton de Vaud. Rapport adopté par le Conseil d'État du canton de Vaud le 10 décembre 1997 à Lausanne</p> <p>Missions et engagement du Service sanitaire ORCA Organisation et coordination des secours en cas d'accident majeur ou de catastrophe ORCA, Juin 1997</p> <p>Département de l'Intérieur et de la santé publique. Service de la santé publique. Rapport NOPS Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire; Rapport sur la situation sanitaire et la réforme du financement des établissements d'intérêt public. Texte explicatif et projet de loi modifiant la loi de 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, juin 1997</p> <p>Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois</p> <p>Convention pour l'hôpital du Chablais (HDC) et la libre circulation des patients valaisans et vaudois du</p>	<p>Arrêté du 10.12.1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du canton de Vaud</p> <p>Arrêté du 28 mai 1997 édictant, pour l'année 1997, la liste des établissements médico-sociaux et des divisions pour malades chroniques des hôpitaux (divisions C), mandatés par l'Etat pour héberger des personnes atteintes d'affections chroniques, au sens de l'article 39, alinéa 3, LAMal</p> <p>Annexes au rapport sur la liste LAMal : Annexe 1 : Résumé du rapport technique : Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005. SCRIS, Mars 1997</p> <p>Annexe 2 : Interpolation des perspectives 1995 – 2005</p> <p>Annexe 3 : Démarche d'examen à l'admission sur la liste hospitalière vaudoise.</p>

	<p>7 octobre 1997</p> <p>Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005: actualisation des résultats de l'étude 1997. Septembre 1998, SCRIS, Lausanne</p>	
VS	<p>Canton du Valais: Etude sur l'allocation des ressources hospitalières. Etablissements de soins aigus. Institut suisse de la santé publique, septembre 1992</p> <p>Canton du Valais: Organisation hospitalière du canton du Valais. Dominique Hausser, en collaboration avec Hélène Giacobino, Janine Moser, Jean Claude Rey. Août 1992, Institut suisse de la santé publique, septembre 1992</p> <p>Gesundheitsdepartement des Kantons Wallis: "Walliser Spitalkonzept", Dezember 1996</p> <p>Hervé Guillain, Jean-Claude Rey: Revision der Bettennormen im Akutpflegebereich, Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen, Lausanne, Dezember 1996</p> <p>Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois</p> <p>Convention pour l'hôpital du Chablais (HDC) et la libre circulation des patients vaudois et valaisans du 7 octobre 1997</p>	<p>Spitalliste (Auszug aus dem Protokoll der Sitzungen des Staatsrates), 18.12.1996</p>
NE	<p>Rapport de Planification 26 août 1987</p> <p>Rapport de Planification 28 septembre 1992</p> <p>Rapport "Eléments de base pour la planification sanitaire cantonale", Décembre 1997</p> <p>Rapport de Planification, 15 février 1995 (Révision)</p> <p>La santé publique dans le canton de Neuchâtel en 1996. Rapport préparé par le Service de la santé publique.</p> <p>Eléments de base pour la planification sanitaire cantonale, Décembre 1997</p> <p>République et canton de Neuchâtel : Planification sanitaire, santé 21. Concept d'organisation 1998 - 1999</p> <p>République et canton de Neuchâtel, Service de la santé publique: Planification sanitaire cantonale, 'Santé 21'. Rapport intermédiaire, Décembre 1998</p>	<p>Arrêté du Conseil d'État du 18.02.1998 fixant la liste des hôpitaux sis en dehors du canton de Neuchâtel</p> <p>Arrêté du Conseil d'État du 22.12.1997 fixant la liste cantonale des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal</p> <p>Liste LAMal neuchâteloise des hôpitaux: annexe à l'arrêté du Conseil d'État du 22.12.1997</p> <p>Arrêté complémentaire fixant la liste cantonale 1998 des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal du 30 juin 1998</p> <p>Arrêté complémentaire fixant la liste des hôpitaux sis en dehors du canton de Neuchâtel du 12 août 1998</p> <p>Arrêté complémentaire fixant la liste cantonale 1998 des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal du 23 septembre 1998</p>
GE	<p>Rapport de synthèse du chargé de mission de la planification hospitalière et sanitaire. Département de la prévoyance sociale et de la santé publique. Planification hospitalière et sanitaire. Auteur: Louis Emmenegger, secrétaire général chargé de mission. Genève, juin 1991</p> <p>Gilliand P., Erismann M.: Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois. Genève, Direction de la</p>	<p>Arrêté du Conseil d'État du 15 décembre 1997, déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)</p>

	<p>santé publique 1996 (Les cahiers de la santé No. 7)</p> <p>Arthur Andersen: Audit global de l'Etat de Genève. Analyse détaillée, Genève 1996</p> <p>Planification qualitative du système de santé genevois: Rapport 1: Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé, No. 9.1, Janvier 1998</p> <p>Planification qualitative du système de santé genevois: Rapport 2: La santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS, No 9.2, janvier 1998</p> <p>Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de la santé et sur la planification sanitaire 1998 - 2001, 27 août 1997. (Rapport Gilliard sur le système de santé genevois, 1996, voir pp. 61 - 83 du rapport)</p> <p>La planification sanitaire 1998 - 2001</p> <p>Rapport de la Commission conjointe des affaires sociales et de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998 - 2001) RD 281-A, 3 septembre 1998</p>	
JU	<p>Département de la santé, des affaires sociales et de la police de la république et Canton du Jura: Plan sanitaire, automne 1997</p> <p>République et Canton du Jura: Plan sanitaire 1998. Message du Gouvernement au Parlement, 19 août 1998</p>	Liste des hôpitaux et des EMS 19.12.1997

Schlussfolgerung:

Die Empfehlung der SDK-Kommission "Vollzug Krankenversicherung", wonach die Kantone der Spitalliste und der Pflegeheimliste eine Planung zugrunde legen sollten, wurde allgemein befolgt. Die grosse Mehrheit der kantonalen Spitalplanungen beschränkt sich auf eine Bettenbedarfsplanung. Nur in einzelnen Fällen wurden die Spitalplanungen mit Überlegungen und Konzepten für den ambulanten und teilstationären Bereich (Diagnostik, Therapie, teilstationäre und ambulante Rehabilitation) verbunden. Diese Vertiefung und Weiterentwicklung planerischer Vorstellungen über den stationären Bereich hinaus werden vom KVG zwar nicht explizit gefordert, sind aber unseres Erachtens aus gesundheitspolitischer Perspektive unerlässlich.

Haben die Kantone bei der Erstellung der Planung zusammengearbeitet?

Die Kantone haben nicht auf das neue Krankenversicherungsgesetz gewartet, um bilaterale oder multilaterale Abkommen über eine Zusammenarbeit und Koordinierung des stationären Leistungsangebotes abzuschliessen. Es gab bereits vor dem Inkrafttreten des KVG eine Reihe von Vereinbarungen zwischen Kantonen. In vielen Fällen bezwecken sie allerdings in erster Linie die Tarifharmonisierung und betreffen somit die Spitalplanung nicht direkt, so z. B. die *Convention romande d'hospitalisation* (GE, VD, VS, FR, NE, JU, TI) oder die Ostschweizer Krankenhausvereinbarung (ZH, SG, AI, AR, TG, GR, GL, SH, ZG).

Im KVG (Artikel 39, Abs. 1, Bst d) wird die "von mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellte Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung" erwähnt. Die SDK-Kommission "Vollzug Krankenversicherung" hat am 12. März 1997 dieser Erwähnung mit folgender Empfehlung Rechnung getragen:

Empfehlung 3

Die Kantone arbeiten bei der Erstellung der Planung zusammen, speziell in Bezug auf Leistungen, die nicht in jedem Kanton angeboten werden. In jedem Fall sind die Planungen, zumindest jene für die Spitäler, aufeinander abzustimmen und zu koordinieren. Für die Versorgung in Grenzgebieten sind bilaterale oder multilaterale Abkommen zu fördern.

Es stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen :

- Inwiefern haben die Kantone die Empfehlung 3 der SDK-Kommission "Vollzug Krankenversicherung" befolgt?
- Wurden Leistungen, welche nicht in jedem Kanton angeboten werden, kantonsübergreifend geplant?

- Wurden Spitalplanungen aufeinander abgestimmt und koordiniert?
- Hat die Spitalplanung den Abschluss von bilateralen oder multilateralen Abkommen für die Versorgung in Grenzgebieten gefördert?

In mindestens zwei Fällen haben Kantone die Empfehlung 3 der SDK-Kommission "Vollzug Krankenversicherung" befolgt und sich zu einer engeren Zusammenarbeit in der Spitalplanung entschlossen:

- Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land erarbeiteten eine gemeinsame Spitalplanung und erliessen eine gemeinsame Spitalliste für den stationären somatischen Akutbereich.
- Die Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden haben ebenfalls kantonsübergreifend geplant, erliessen aber je eigene Spitallisten.

Zudem sind eine Reihe von bilateralen und multilateralen Abkommen für die Versorgung angrenzender Gebiete und für die Versorgung mit Spitzenmedizin und hochspezialisierter Medizin abgeschlossen worden.

Die meisten Kantone konnten aber im Rahmen ihrer Spitalplanung bisher noch keine weitergehende interkantonale Zusammenarbeit und Arbeitsteilung entwickeln. Die Konzepte der Spitalplanungen selbst benachbarter Kantone sind oft schon in formaler und begrifflicher Hinsicht so unterschiedlich, dass eine Koordination stark erschwert wird. Meist sind zudem weder der Planungshorizont noch die Rahmenbedingungen aufeinander abgestimmt.

Tabelle 2: Unvollständige Liste von Beispielen interkantonaler Zusammenarbeit in der Spitalplanung¹

Art der Zusammenarbeit	betrifft Kantone
Gemeinsame Spitalplanung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft Zusammenarbeit zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Aktualisierung der Grundlagen betreffend die stationäre Versorgung der Bevölkerung. Die Firma BRAINS erarbeitete Grundlagen für eine regionale Spitalplanung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Abkommen betreffend Zusammenlegung des Basler Kinderspitals mit der Kinderklinik am Kantonsspital Bruderholz.	BS, BL
Auf den 1. Januar 1998 ist das Spitalabkommen mit dem Kanton Basel-Landschaft in Kraft getreten, das neu für die Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone volle Freizügigkeit bedeutet. Die Kantone Solothurn und Basel-Landschaft sind dadurch de facto zu einer integralen Spitalregion geworden.	SO, BL
Zwischen den Kantonen Waadt und Genf wurde der Abschluss einer Vereinbarung über die Bildung des Réseau hospitalo-universitaire de	VD, GE

¹ Informationsstand Februar 1999

Suisse occidentale RHUSO geplant. Die beiden Kantonsparlamente haben zugestimmt, aber in der Volksabstimmung im Kt. Genf wurde die Vereinbarung abgelehnt.	
Waadt und Wallis haben vereinbart, die Spitäler Aigle und Monthey zum Hôpital du Chablais zu fusionieren. (<i>Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois</i>).	VD, VS
Die Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden haben kantonsübergreifend geplant.	UR, NW, OW
Spitalvereinbarung zwischen Uri und Obwalden betreffend stationäre Ophthalmologie. Die Patientinnen und Patienten aus dem Kt. Uri genießen Freizügigkeit in Obwalden (Neue Obwaldner Zeitung, 23. Juni 1998).	UR, OW
Im Rahmen der Innerschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz (ISDK) sind Evaluationen zur Kardiologie, Herz- und Neurochirurgie im Gang. Es sollen im Rahmen der ISDK entsprechende bilaterale oder multilaterale Abkommen abgeschlossen werden.	UR, SZ, NW, OW, LU, ZG
Abkommen zwischen den Kantonen Freiburg und Waadt betreffend das Hôpital intercantonal de la Broye (Payerne und Estavayer-le-Lac).	VD, FR
St. Gallen hat Verträge mit dem Universitätsspital Zürich im Bereich Herzchirurgie und interventionelle Kardiologie, mit der REHAB Basel im Bereich Paraplegie und Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma und mit der Klinik Balgrist Zürich im Bereich Paraplegie abgeschlossen.	SG, ZH, BS
Der Kanton Graubünden hat Abkommen mit dem Ospedale San Giovanni Bellinzona, mit der Klinik Valens für Rehabilitation und mit dem Universitätsspital Zürich für die Spitzenmedizin abgeschlossen. Für die Bereiche Paraplegie, Psychiatrie, Drogen/Sucht und Epilepsie bestehen Verträge mit weiteren Kantonen.	GR, TI, ZH
Zwischen dem Kanton Aargau und dem Kanton Luzern besteht ein Freizügigkeitsabkommen, das die freie Spitalwahl für Luzerner und Aargauer im Grenzgebiet (Spitäler Menziken, Muri und Zofingen, Sursee und Wolhusen) ermöglicht.	AG, LU
Der Kanton Wallis hat für die spitzenmedizinische Versorgung die fünf ausserkantonalen Universitätsspitäler auf die Spitalliste gesetzt.	VS, VD, GE, BS, BE, ZH
Ärzte aus dem Universitätsspital Genf operieren seit August 1997 am Spital Sierre (Urologie, Kardiovaskulärchirurgie). Ebenso ist eine Zusammenarbeit zwischen dem Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV Lausanne und dem Spital Sion aufgenommen worden, während Brig und Visp in Verhandlungen mit dem Berner Inselspital stehen.	VS, GE, VD

Schlussfolgerung:

Die Empfehlung 3 der SDK-Kommission "Vollzug Krankenversicherung" wurde von einzelnen Kantonen befolgt, so dass eine Zusammenarbeit bei der Erstellung der Planung in einigen Fällen zustande gekommen ist. Einzelne bilaterale und multilaterale Abkommen wurden abgeschlossen oder weitergeführt. Überregionale oder gar landesweite inhaltliche Abstimmungen der Spitalplanungen (z. B. in Richtung Vereinheitlichung von Zielgrössen und

Vorstellungen über optimale Versorgungsverhältnisse) konnten noch nicht verwirklicht werden.

Wurden den kantonalen Planungen klare Zielsetzungen zugrunde gelegt?

Die gesundheitspolitische Debatte in der Schweiz ist in erster Linie auf das "Kostenproblem" konzentriert, während zentrale Fragen der Wirksamkeit und der Angemessenheit nur am Rande gestellt werden. Dies zeigt sich auch in den politischen Auseinandersetzungen in den Kantonen und erschwert eine öffentliche und umfassende Diskussion über gesundheitspolitische Ziele. Konsequenterweise konnten den kantonalen Spitalplanungen kaum explizite und widerspruchsfreie Zielvorstellungen zugrunde gelegt werden, welche sich zur Erarbeitung von Massnahmenvorschlägen zur praktischen Umsetzung dieser Zielvorstellungen eignen würden.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG erweist sich zur Lösung dieses Problems nicht als hilfreich, hat doch der Gesetzgeber in Artikel 32 KVG beispielsweise bestimmt, dass die Leistungen zugleich **wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich** sein müssen. In der Botschaft zum KVG ist von "angemessenem Kosten/Nutzen-Verhältnis" der Leistungen als Hauptziel die Rede, ohne dass Vorstellungen darüber zu finden sind, wie und durch wen dieser Nutzen bestimmt werden könnte. Dass Wirtschaftlichkeit nur im Idealfall mit Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und - nicht zu vergessen - mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten bzw. ihrer Angehörigen harmonisieren, in der Praxis aber fast immer in scharfem Widerspruch zueinander stehen, wurde in den Planungsdokumenten der Kantone kaum thematisiert oder problematisiert, wie die nachstehend dokumentierten Beispiele belegen (Tabelle 3).

Widersprüchliche Ziele werden gleichberechtigt nebeneinander gestellt, als seien beispielsweise die Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten und die Berücksichtigung der Finanzlage des Kantons gleichzeitig und in gleicher Gewichtung möglich (Beispiel 1).

Auch im Beispiel 2 wird "die Sicherstellung einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung, die den Bedürfnissen der Gesamtbevölkerung des Kantons entspricht", postuliert, ohne dass auf die möglichen Widersprüche zwischen dem Zielelement 1 (Effizienz und Wirtschaftlichkeit) und dem Zielelement 2 (Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung) näher eingegangen wird.

Tabelle 3: Beispiele von Zielsetzungen kantonaler Planungen ²

² Hervorhebungen durch den Verfasser. Auf Quellenangaben wurde bewusst verzichtet.

Beispiel 1 (1992)

Die ganze Spitalplanung hat sich nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Sie soll sicherstellen, dass im Bedarfsfall jeder Einwohner des Kantons (...) und des Einzugsgebietes in einem Spital **gut, zweckmässig und wirtschaftlich** behandelt und gepflegt werden kann. **Um diese drei Ziele erreichen zu können**, sind folgende grundsätzliche Forderungen aufzustellen:

- Die Spitäler müssen am medizinischen Fortschritt teilhaben. Die dazu notwendige Infrastruktur ist bereitzustellen.
- Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um genügend und gut ausgebildetes Personal zu rekrutieren, zu erhalten und zu fördern.
- Die innerkantonale und interkantonale Zusammenarbeit zwischen den Spitälern ist sicherzustellen.
- Das Leistungsangebot muss sich nach den **tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten richten und findet zugleich auch hier seine Begrenzung.**
- Die Belegung von Spitalbetten mit Patienten, die nicht in ein Spitalbett gehörten (sog. Fehlbelegungen), sind zu vermeiden.

Bei allen Entscheidungen sind sowohl die **Wirtschaftlichkeit mitzuberücksichtigen wie auch Prioritäten gemäss der Finanzlage des Kantons zu setzen.**

Beispiel 2 (1996)

Mit dem Spitalkonzept als Planungs- und Steuerungsinstrument auf kantonaler Ebene werden folgende Ziele verfolgt:

- die Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung in allen Kantonsteilen und die Konzentration medizinischer Spezialdisziplinen auf dafür geeignete Institutionen innerhalb und ausserhalb des Kantons;
- der Ausbau der Qualitätssicherung und -förderung;
- **die Sicherstellung einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung, die den Bedürfnissen der Gesamtbevölkerung des Kantons entspricht;**
- die sinnvolle Aufgabenteilung zwischen den (...) Spitälern als wirksames Instrument der Kostendämpfung im stationären Bereich mit gleichzeitiger Steigerung der Angebotsqualität;
- die Förderung des ambulanten und teilstationären Angebots von Spitalleistungen mit dem Ziel, das stationäre Angebot so klein wie möglich zu halten;
- der Einbezug des Leistungsangebotes privater Anbieter in die kantonale Spitalplanung;
- die Abstimmung der (...) Spitalplanung mit derjenigen benachbarter Kantone;
- die Förderung der Zusammenarbeit der Institutionen im öffentlichen Gesundheitswesen innerhalb und ausserhalb des Kantons;
- die Sicherstellung der Ausbildungsmöglichkeiten an den (...) Spitälern."

Beispiel 3 (1997)

La planification hospitalière a pour but de mettre en place un système de santé qui couvre les **besoins** de la population du canton (...) en fournissant les moyens de dispenser des soins de qualité aux malades et aux accidentés, à des conditions qui **respectent la capacité financière** des pouvoirs publics et des assurés. (...).

Es gibt auch Gegenbeispiele, so die Ziele und Leitsätze der Gesundheitspolitik des Kantons Graubünden, wo eine Auseinandersetzung mit gegensätzlichen Postulaten in einer Weise stattfindet, die geeignet ist, der Bevölkerung die bestehenden Zielkonflikte klar aufzuzeigen.³

Schlussfolgerung:

Den meisten kantonalen Spitalplanungen liegen widersprüchliche Zielvorstellungen zugrunde, weil die notwendige öffentliche Auseinandersetzung um Ziele und Grundsätze vielerorts verpasst worden ist. Sind die einer Spitalplanung zugrundeliegenden Ziele nicht hinreichend demokratisch legitimiert, droht sich die Auseinandersetzung auf die Phase der Planungsimpementierung zu verlagern, wo sie unter Umständen die Verwirklichung der geplanten Massnahmen blockieren kann.

Haben sich die Kantonsgebiete als Planungsregionen bewährt?

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG verlangt selbst von kleineren Kantonen, welche nur gerade ein Akutspital aufweisen (z.B. AI, GL, UR, NW, OW), aufwendige Planungsarbeiten vorzunehmen oder in Auftrag zu geben. Es fragt sich daher, ob die Kantone sich grundsätzlich als Planungsregionen eignen. Während die grösseren Kantone als Versorgungsräume für eine zentralisierte stationäre Grundversorgung zu gross sind, kann bei den kleineren Kantonen in keiner Weise auf ergänzende Angebote aus anderen Kantonen verzichtet werden.

Schwierig wird die kantonsweise Bedarfsplanung auch im stationären Rehabilitationsbereich, wo sich in verschiedenen Kantonen ein Angebot findet, das seit jeher auf grosse Teile der Schweiz als Einzugsgebiet und in einzelnen Fällen sogar auf eine spezifische Nachfrage aus dem benachbarten Ausland ausgerichtet ist.

Einzelne Kantone haben diese Situation erkannt und sich zu grösseren Planungsregionen zusammengeschlossen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG bietet jedoch zur Bildung grösserer Planungsregionen keinerlei Anreize. Artikel 41, Abs. 3 KVG weist sogar in die entgegengesetzte Richtung! So finden sich in verschiedenen kantonalen Planungen Argumente in Richtung der Verstärkung autarker Versorgung, um den Anteil ausserkantonalen Behandlungen aus Kostengründen abzubauen.

³ Vgl. Bericht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen des Kantons Graubünden. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 3/1998-99, S. 105-109

Wie Erhebungen des Bundesamtes für Statistik (trotz zweifelhafter Datenqualität) zeigen, gibt es auch 1997 zwischen einzelnen Kantonen rege Patientenströme. Leider ist es aus Gründen der unzureichenden Datenqualität zurzeit nicht möglich, analog zu den in der Verkehrsplanung ermittelten "Wunschlinien" diese Patientenströme über Jahre hinweg zu verfolgen und abzubilden. Diese Patientenströme müssten jedoch bei der Bildung neuer, kantonsübergreifender Planungsregionen mitberücksichtigt werden.

Schlussfolgerung:

Die Kantone bilden bezüglich Gesundheitsversorgung keine sinnvollen Planungsregionen. Überdies ist kantonale Autarkie als gesundheitspolitisches Prinzip nicht nur aus wirtschaftlichen Erwägungen unsinnig geworden, sondern birgt gerade auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Leistungserbringung ("kritische Masse" von Behandlungsfällen pro Einrichtung und Zeiteinheit wird nicht erreicht) nicht zu unterschätzende Gefahren.

Inwiefern wurde das spitzenmedizinische Spitalangebot landesweit koordiniert?

Unter Spitzenmedizin werden insbesondere folgende Angebote verstanden:

- Organtransplantationen
- Behandlung von Schwerstverbrennungen
- Nierenstein-Zertrümmerung
- Knochenmark-Transplantation
- Herzchirurgie
- Rehabilitation von Querschnittgelähmten und Hirnverletzten.

Diese Liste ist nicht vollständig, und es besteht unseres Wissens gesamtschweizerisch kein Konsens darüber, welche Angebote zur Spitzenmedizin zu zählen sind. Einige Kantone haben bilaterale oder multilaterale Verträge über die Benutzung spitzenmedizinischer Einrichtungen abgeschlossen. Aber diese Verträge tragen zur Koordination und Kapazitätsfestsetzung kaum bei.

Mit wenigen Ausnahmen haben die Trägerkantone der Universitätsspitäler, die Kantone mit grossen Kantonsspitalern und die Standortkantone hochspezialisierter Kliniken die Steuerung der spitzenmedizinischen Angebote noch nicht oder nicht umfassend koordiniert.

Zwei Ausnahmen, welche Universitätsspitäler betreffen, sind zu vermelden. Zwischen den Kantonen Waadt und Genf wurde eine Vereinbarung über die Bildung des *Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale RHUSO* geplant und konkretisiert. Leider konnte die Vereinbarung noch nicht unterzeichnet werden, da sie in der Volksabstimmung im Kt. Genf scheiterte. Nun findet die Zusammenarbeit zwischen den beiden Universitätsspitalern auf der Ebene einzelner gemeinsamer Projekte statt, ohne dass dafür eine formelle Vereinbarung vorausgesetzt wird. Eine weitere Vereinbarung über die Zusammenlegung des Basler Kinderspitals mit der Kinderklinik des Kantonsspitals Bruderholz konnte abgeschlossen werden und wird seit dem 1. Januar 1999 umgesetzt.

In allen übrigen Bereichen der Spitzenmedizin konnte eine Angebotssteuerung aus gesamtschweizerischem Blickwinkel noch nicht verwirklicht werden. Speziell die drei Deutschschweizer Universitätsspitäler halten an einem möglichst umfassenden Angebot fest, was zu Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten führt. Ausserdem haben die mangelnde Koordination des Angebotes und die fehlenden Absprachen über die Arbeitsteilung zwischen den Spitalern zur Folge, dass für einzelne Angebote die "kritische Masse" von Behandlungsfällen pro Einrichtung und Zeiteinheit nicht erreicht wird, was ausser wirtschaftlichen Problemen auch Folgen für die Qualität der Leistungserbringung haben kann.

Schliesslich muss festgestellt werden, dass der Gedanke, für gewisse hochspezialisierte Bedürfnisse auch eine Zusammenarbeit mit ausländischen Anbietern zu suchen, noch weitgehend fremd ist. Die Vorstellung, die Schweiz müsse für

jedes denkbare medizinische Problem autark sein, ist weder aus wirtschaftlichen noch aus medizinisch-fachlichen Gründen haltbar.

Schlussfolgerung:

Abgesehen von wenigen Ausnahmen konnte im Bereich der Spitzenmedizin eine Angebotssteuerung noch nicht verwirklicht werden. Es sind zur Zeit nicht einmal aktuelle gesamtschweizerische Ist-Zustands-Analysen und Bedarfsüberlegungen greifbar.

Konnten Überkapazitäten ermittelt und abgebaut werden?

Wenn Überkapazitäten im Gesundheitswesen als Spitalbettenüberschüsse definiert werden, wie dies seit Jahrzehnten üblich ist, so konnten solche Überkapazitäten tatsächlich ermittelt werden, wie Tabelle 4 zeigt.

Bemerkenswert an der Diskussion über die Bettenbedarfsplanung ist die breite Variation nicht nur der Ist-Werte 1996, welche sich zwischen 2.53 und 8.53 Akutbetten pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner bewegt, sondern auch die Variation der Zielwerte. Je nach Kanton wurde dieser Zielwert für das Jahr 2005 zwischen 2.6 im Minimum (SZ) und 3.8 (GL) festgelegt. Spiegeln diese Variationen die unterschiedlichen Annahmen über die medizinische Entwicklung und die Entwicklungsmöglichkeiten der Versorgungsstrukturen (z.B. Verhältnis ambulanz-stationär) wider? Sind sie Ausdruck unterschiedlicher gesundheitspolitischer Prioritätensetzung bzw. Ausdruck der unterschiedlichen Einschätzung des "politisch Machbaren"? Oder sind sie auf Differenzen in der Planungsmethodik zurückzuführen? Sicher ist, dass nur wenige kantonale Planungsdokumente geeignet sind, solche Fragen schlüssig zu beantworten.

Die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen drehen sich aktuell immer noch fast ausschliesslich um die Bettendichte, die Bettenbelegung, die Hospitalisationsdauer und die Hospitalisationsrate.

Tabelle 4: Akutbettendichte pro Kanton 1996 und als Zielwert (am Beispiel ausgewählter Kantone)

Kanton	Anzahl Akutbetten in öffentlichen und privaten Spitälern und Kliniken pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner 1996	Den kantonalen Spitalplannungen zugrundeliegende Zielwerte: Anzahl Akutbetten auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner	Differenz zwischen Ist und Soll in Prozent
BS	8.53	4.7 (2002)	- 44 %
TI	6.28	3.5 (2005)	- 44 %
JU	6.13	3.0 (2005)	- 51 %
GR	5.61	4.0 (2000)	- 29 %
BE	5.49	?	?
VD	5.07	3.3 (2005) ⁴	- 35 %
ZH	5.06	3.3 (2000)	- 35 %
NE	5.06	?	?
TOTAL	4.73	?	?
GL	3.87	3.8 (2005)	- 2 %
UR	3.56	3.3 (2005)	- 8 %
TG	3.37	3.3 (2005)	- 2 %
AG	3.27	3.3 (2005)	0
SZ	3.09	2.6 (2005)	- 15 %
OW	3.02	?	?
AI	2.66	2.5 (2010)	- 6 %
NW	2.53	?	?

Quellen: Hospitalisationsstatistik/Hospitalisations-Indikatoren SDK, Arbeitsgruppe "Statistik" und ISE, Lausanne 30. Oktober 1998, Anhang 2, Tabelle T. 10; Zielwerte: Spitalplanungsdokumente der Kantone

Es ist zu befürchten, dass die Diskussion um das Bettenangebot oder um die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von anderen und wichtigeren Fragen ablenkt. Wir bestreiten selbstverständlich nicht, dass im stationären Bereich seit langem Überkapazitäten bestehen (und immerzu noch geschaffen wurden und werden), welche - wie übrigens auch andere Angebote im Gesundheitswesen - dazu tendieren, sich die notwendige zusätzliche Nachfrage zu schaffen. Und es dürfte auch gesundheitspolitisch durchaus sinnvoll sein, kurzfristig einige Tausend Betten abzubauen.

Damit sind aber noch lange nicht alle Kosten verursachenden Faktoren in den Griff zu bekommen. Ineffizienz und Wirkungslosigkeit sind selbstverständlich auch mit einem deutlich kleineren Bettenangebot möglich.

⁴ Es handelt sich ausschliesslich um Betten der Kategorie A (*lits A de soins aigus*)

Wir vermuten, dass die aktuelle Auseinandersetzung über den Bettenbedarf die Aufmerksamkeit von wesentlicheren Problemen ablenkt. Wer die Kostenentwicklung im stationären Bereich in den Griff bekommen will, müsste folgende Fragen klären:

- Wie können wir überflüssige Hospitalisierungen feststellen und vermeiden?
- Wie können wir unnötige Eingriffe feststellen und vermeiden?
- Wie können wir überflüssige Hospitalisationstage feststellen und vermeiden?
- Wie können wir unnötig wiederholte Anwendungen von Diagnoseprozeduren feststellen und vermeiden?
- Wie können wir die Verschwendung von Medikamenten feststellen und vermeiden?

Damit ist noch kein Wort zur Ermittlung der Ursachen der Kostenentwicklung im ambulanten Bereich gesagt, die merkwürdigerweise deutlich weniger Aufmerksamkeit beansprucht, obschon sie wesentlich zur heutigen Problemlage beiträgt.

Schlussfolgerung:

Ein zentrales Ziel des KVG besteht in der Eindämmung der Kosten durch Abbau von Überkapazitäten. Überkapazitäten werden heute noch hauptsächlich im Zusammenhang mit Bettenzahlen diskutiert, erkannt und abgebaut. Kurzfristig werden auf diese Weise vielleicht gewisse Einsparungen erzielt werden können. Mittel- oder längerfristig wird sich "Produktivität" des Spitalwesens allerdings nicht allein durch Betten- und Personalabbau erhöhen lassen. Erst wenn im Gleichschritt auch entsprechende Diagnose- und Behandlungskapazitäten abgebaut würden oder beispielsweise die Verschreibungspraxis geändert würde, könnten Kosten auch wirklich nachhaltig eingedämmt werden.

4. Würdigung

4.1 Mangelnde Transparenz des Planungsgeschehens

(4.1.1) Es ist gegenwärtig nicht leicht, sich einen Überblick über den Stand der Spitalplanungen in den Kantonen, über die Spitallisten, den Stand des Beschwerdeverfahrens, die rechtliche Lage und die erzielten Fortschritte in der

Umsetzung der Planungen zu verschaffen. Die einzelnen Akteure (Bund, Kantone, SDK, Spitäler, Heime, Versicherer, Spitex-Verbände, Berufsverbände, Standesorganisationen) können sich die benötigten Informationen nur mit erheblichen Anstrengungen beschaffen.

4.2 Defizitäre Informationslage

(4.2.1) In den meisten Kantonen und vor allem gesamtschweizerisch fehlen immer noch ausreichende und verlässliche Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und über die Wirksamkeit der eingesetzten Mittel. Bereits Mitte der 80-er Jahre beklagte die Expertengruppe des NFP 8 "Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen" diesen Umstand. Seither sind eigentlich nur punktuelle Verbesserungen erzielt worden. Es kann nicht einmal die Rede davon sein, dass volle Kostentransparenz im Spitalbereich herrsche.

(4.2.2) Die beiden hauptsächlichen Datenaufbereiter auf Bundesebene (Bundesamt für Statistik und Bundesamt für Sozialversicherung) kündigten zwar in den letzten Jahren immer wieder die baldige Verfügbarkeit von statistischen Informationen zum Spital-, Heim- und Spitexbereich an. Heute (Februar 1999) ist festzustellen, dass die verfügbaren Datenreihen speziell zum Spitalbereich bezüglich Qualität und Vollständigkeit immer noch stark hinter den Erwartungen und Bedürfnissen zurückbleiben.

(4.2.3) Die kürzlich veröffentlichte Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens⁵ ist gemäss Angabe des Bundesamtes für Statistik nur beschränkt aussagekräftig. Einzelne Kantone sahen sich nicht in der Lage, Daten zu liefern, und in anderen Kantonen wurde nur ein Teil der Spitäler erfasst.

4.3 Unzureichende Zielorientierung der Spitalplanung

(4.3.1) Die gesamte Gesundheitspolitik wird heute stark durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG und dessen Vollzug geprägt, obschon es eigentlich zur Hauptsache ein Versicherungsgesetz ist. Dies hat zur Folge, dass die Auseinandersetzungen um die gesundheitspolitischen Ziele von Finanzierungs- und Strukturfragen dominiert werden.

(4.3.2) Was von Seiten der Kantone während der Auseinandersetzung um die Revision des Krankenversicherungsgesetzes immer wieder hervorgehoben worden ist, bewahrheitet sich nun: die Reform des Gesundheitswesens via KVG stösst an Grenzen. Die finanziellen und versicherungstechnischen Aspekte können nur eines von zahlreichen Elementen der Gesundheitspolitik sein.

⁵ StatSanté 3/98, Dezember 1998

(4.3.3) Der stationäre Versorgungsbereich (als aktuell bevorzugter Gegenstand der Gesundheitsplanung) ist nur eines von verschiedenen notwendigen Gliedern in der Betreuungs- und Behandlungskette.

4.4. Ungelöster Widerspruch zwischen Gesundheitspolitik und Wettbewerb

(4.4.1) Die gegenwärtig propagierte Form des "Wettbewerbs" im Gesundheitswesen soll unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten stattfinden. Dieser dürfte für eine rationale und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung eher kontraproduktiv sein. Wir denken nicht, dass diese Art von Wettbewerb zur Verbesserung der allgemeinen Kostensituation über alle Sektoren beitragen kann, sondern wir befürchten, dass er Mechanismen der adversen Selektion ("Jagd nach guten Risiken", "Rosinenpickerei") und des "Schwarzpeter-Spiels" (Abschieben von schwer und chronisch Kranken und damit möglicherweise Senkung der Versorgungsqualität für diese Patientinnen und Patienten) begünstigt. Rein wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen ist Werbung um die rentabelsten Patientinnen und Patienten bzw. um die rentabelsten Versicherten. Und was rentabel ist, bestimmt die einzelbetriebliche Logik und nicht das volkswirtschaftliche oder gar gesundheitspolitische Gesamtinteresse.

(4.4.2) Es sind jedoch andere, sinnvollere Formen des Wettbewerbs denkbar, welche sich an demokratisch beschlossenen gesundheitspolitischen Zielen orientieren. Die verschiedenen Anbieter konkurrieren um die Erreichung ausgewählter Outcome-Indikatoren und werden entsprechend outcome-orientiert vergütet. Eine Schwierigkeit wird darin liegen, geeignete und demokratisch legitimierte Ergebniskriterien zu entwickeln. Eine weitere Schwierigkeit wird die Formulierung griffiger Leistungsaufträge bieten, welche die **unerwünschte** Selektion von Patientinnen und Patienten unterbinden.

4.5 Unbefriedigende Rechtslage infolge zeitlicher Verzögerung der Beschwerdeverfahren

(4.5.1) Der Widerspruch zwischen unklar definiertem, oft falsch verstandenem "Wettbewerb" und gesundheitspolitischen Zielsetzungen zeigt sich am deutlichsten in der verfahrenen Referendums- und Beschwerdesituation in der Mehrheit der Kantone: jene Kantonsregierungen, welche am frühesten und am deutlichsten gesundheitspolitische Prioritäten setzten, handelten sich am meisten Widerstand gegen die Spitalisten ein. Jene Kantone, welche praktisch sämtliche Anbieter auf ihre Spitalliste aufnahmen, handelten sich Beschwerden von seiten der Krankenversicherer ein. Jene Kantone, welche mit einer restriktiven Spitalliste gewisse Strukturbereinigungen beschleunigen wollten, stiessen auf den Widerstand privater Anbieter und betroffener regionaler Akteure.

(4.5.2) So waren die Spitalisten am 31. Dezember 1998 erst in vier von 26 Kantonen rechtskräftig, während eine offenbar sachlich überforderte Bundesver-

waltung mit der Behandlung der grossen Zahl der Beschwerden in grossen zeitlichen Verzug geriet. Diese Situation war vom Gesetzgeber so wohl nicht gewollt.

(4.5.3) Die Lösung des Problems kann unter anderem darin bestehen, dass der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG (Artikel 39 Abs. 1, Bst. d) postulierte "angemessene" Einbezug privater Trägerschaften in die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung so interpretiert wird, dass die "Angemessenheit" nach sinnvollen *qualitativen Ergebniskriterien* zu beurteilen sein wird.

(4.5.4) Es sollen jene Anbieter die Voraussetzungen erfüllen, um für die Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen zu werden, welche nachgewiesenermassen die besten gesundheitspolitisch inspirierten Outcome-Indikatoren produzieren. Dass in diesen Indikatoren nebst Elementen der Kundenorientierung und der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Qualität auch Wirtschaftlichkeits-Elemente zu berücksichtigen sein werden, geht aus dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG deutlich hervor.

(4.5.5) Der vermehrte Einbezug der Qualität der medizinischen Versorgung als Wettbewerbsparameter setzt allerdings voraus, dass sich alle Anbieter in einem bestimmten Versorgungsraum einer Qualitätsüberprüfung durch fachlich ausgewiesene externe Gutachterinnen und Gutachter unterziehen.

4.6 Zweifel an der Tauglichkeit der Spitallisten als isolierte Steuerungsinstrumente

(4.6.1) Die Entwicklung des Leistungsangebotes im Spitalbereich war bis vor kurzem in der Schweiz ein Vorgang, der weder auf kantonaler noch auf Bundesebene rational gesteuert wurde. Das aktuelle Leistungsangebot ist das Ergebnis einer langen Entwicklung mit einer Vielzahl von unkoordinierten Entscheiden auf verschiedenen Ebenen.

(4.6.2) Eine Grundidee des KVG besteht darin, die Kosten einzudämmen und dem Staat dort Einflussmöglichkeiten zur Steuerung einzuräumen, wo der Krankenversicherung finanzielle Verpflichtungen entstehen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG soll den Kantonen also ermöglichen, in die Entwicklung der stationären Angebotsstruktur steuernd einzugreifen.

(4.6.3) Ein Teil der Kantone hat die Spitallisten als Möglichkeit einsetzen wollen, einen raschen und wirksamen Abbau der vorhandenen strukturellen Überkapazitäten einzuleiten. Die Spitallisten wurden zu diesem Zweck mit Leistungsverzeichnissen und in einzelnen Fällen mit Vorgaben der Bettenzahlen pro aufgelisteten Betrieb ergänzt.

(4.6.4) In einzelnen Kantonen konnten damit tatsächlich rasch strukturelle Überkapazitäten abgebaut werden, und zwar selbst dann, wenn Beschwerden und Rekurse die Rechtskraft der Spitalisten aufgeschoben hatten.

(4.6.5) Ob die strukturbezogene Steuerung, wie sie sich im Extremfall mit der Vorgabe von Bettenzahlen ausdrückt, tatsächlich systemkonform und mit den Grundsätzen einer modernen Staats- und Verwaltungsführung vereinbar ist, darf bezweifelt werden.

(4.6.6) Wenn der Leistungsvertrag mit einem Leistungserbringer nämlich auf taugliche Weise umschrieben ist, wird eine Kantonsregierung den Entscheid, wie viele Ressourcen (Betten, Abteilungen, Personal, Apparate etc.) zur auftragsgerechten Leistungserbringung notwendig sind, getrost der Sachkenntnis der zuständigen Fachleute in den leistungserbringenden Institutionen überlassen können. Durch die Vorgabe von Betten- oder Stellenzahlen greift eine politische Behörde jedoch in das operative Tagesgeschäft der Spitäler ein und beschränkt damit in unzulässiger Weise den notwendigen Entscheidungs- und Handlungsspielraum einer Spitalleitung.

(4.6.7) In Zukunft sollte es deshalb grundsätzlich den Spitalern überlassen werden, zu entscheiden, wie viele Betten und wie viel Personal sie für die Erfüllung der Leistungsverträge einsetzen wollen.

(4.6.8) Eine Spitalplanung, welche einzelnen Spitalern oder gar einzelnen Abteilungen im Sinne von Richtgrössen bestimmte Bettenzahlen und/oder Stellen zuordnet, müsste konsequenterweise auch ein System vorsehen, mit welchem die Einhaltung dieser quantitativen Vorgaben kontrolliert wird. Damit werden weitere Ressourcen für eine Input-orientierte Kontrolle gebunden, welche unserer Ansicht nach eher in der Output-Beurteilung⁶ oder, noch besser, in der Outcome-Beurteilung eingesetzt würden.

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

a) Umfassender Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen notwendig

Die Kantone sollten grundsätzlich alle ihre Planungserfahrungen untereinander austauschen. Ferner sollten regelmässige Informationsveranstaltungen und Se-

⁶ Unter INPUT sind die Mittel oder Ressourcen (Finanzen, Personal, Gebäude, Apparate) zu verstehen. OUTPUT sind die Leistungen und OUTCOME die Wirkungen. Die wirkungsorientierten Managementmodelle verlagern die Steuerung von den Inputs zu den Outputs und Outcomes. Outcome-Beurteilung meint Wirkungsbeurteilung. In der Gesundheitsversorgung gelten "klinischer Erfolg", "Lebensqualität" und "Patientenzufriedenheit" als zentrale Outcome-Dimensionen.

minare für die mit der Gesundheitsplanung in den kantonalen Verwaltungen befassten Fachleute stattfinden.

b) Bessere Information

Die Akteure im Gesundheitswesen benötigen dringend bessere Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (Gesundheitsindikatoren), zum Preis/Leistungsverhältnis der Anbieter (ausgebaute Finanz- und Kostenrechnungen, Gesundheitsbuchhaltung), und zur Qualität der erbrachten Leistungen (Qualitätsindikatoren). Die Gesundheitsberichterstattung, wie sie in einigen Kantonen bereits praktiziert wird, sollte auf die gesamte Schweiz ausgedehnt werden.

Allerdings muss ausdrücklich betont werden, dass hier nicht für jenen unsinnigen und teuren Datenfetischismus plädiert wird, wie er offenbar jetzt zu Lasten der Leistungserbringer betrieben werden soll. Es muss auch hier um bewusste Auswahl und um das Setzen von Prioritäten gehen. Nicht die allumfassende Vollständigkeit ist gefragt (welche übrigens sowieso illusorisch ist!), sondern die sorgfältige Erhebung einiger weniger, dafür aber direkt planungsrelevanter Daten. Damit dies möglich ist, sollen sich die Planungsabteilungen der Kantone miteinander darüber ins Einvernehmen setzen, welche Daten sie selber in erster Linie für ihre Planungen benötigen.

c) Erweiterung der Spitalplanung in Richtung integrierter Versorgungsangebote (Hausärztinnen und Hausärzte, ambulanter Bereich, teilstationärer Bereich, Einbezug von Rehabilitation, Psychiatrie und Geriatrie)

Die Optimierung der stationären Gesundheitsversorgung ergibt noch nicht automatisch eine Optimierung der gesamten Gesundheitsversorgung. Die gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich sind derart intensiv, dass eine sektorale Teilplanung ohne Berücksichtigung der anderen Bereiche kontraproduktiv wirkt.

d) Koordination der Spitzenmedizin

Im Bereich der Spitzenmedizin sollten sich die anbietenden Kantone (Standort- und Trägerkantone) möglichst rasch auf Grundsätze und Leitlinien für die gemeinsame Planung der Angebotskapazitäten einigen.

Es sollten unverzüglich eine gesamtschweizerische Bestandsaufnahme der hochtechnischen Infrastruktur (Inventar der medizinischen Grossgerätschaften wie unter anderem Hochvolttherapiegeräte, Linksherzkatheter-Messplatz-Geräte, Nierensteinertrümmerer, Magnetresonanztomographen, Gammakameras,

Positronenemissionstomographen etc.) sowie eine gesamtschweizerische Bedarfsprognose vorgenommen werden.

6. Überlegungen zum weiteren Vorgehen bezüglich Evaluation

a) Vorbemerkung

Die vorliegende Studie ist vom Auftraggeber (Zentralsekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK) als erste Etappe eines umfassenden Evaluationsvorhabens gedacht.

Der Auftraggeber hat bereits für diese erste Etappe eine umfangreiche Themenliste vorbereitet, welche in der zur Verfügung stehenden Zeit allerdings nur zu einem bescheidenen Teil bearbeitet werden konnte. Ob alle in der ersten Etappe nicht bearbeiteten Themen nun diskussionslos in der zweiten Etappe bearbeitet werden sollen, kann vorläufig offen bleiben.

Nachfolgend soll diese Themenliste zur Erleichterung der Diskussion über die Inhalte weiterer Etappen dokumentiert werden.

Themenliste des Zentralsekretariats SDK :

**Projekt: Evaluation Spitalplanung und Spitallisten nach Artikel 39 KVG
1. Etappe**

1 Ziele des Projekts

- 1.1 Übersicht gewinnen über den aktuellen Stand der Planung im stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) und der Spitallisten sowie Pflegeheimlisten der Kantone
- 1.2 Erste Hinweise gewinnen für Verbesserungsmöglichkeiten beim Planungsprozess und bei den Planungsdokumenten, unter besonderer Berücksichtigung von Fragen der Terminologie und der Kategorisierung der Versorgungsbereiche und Leistungseinheiten
- 1.3 Hinweise gewinnen zu Problemen der Terminologie und sowie zu Harmonisierungs-Möglichkeiten in dieser Beziehung
- 1.4 Erste kritische Würdigung der Empfehlungen der Kommission der SDK
- 1.5 Vorschläge machen für eine zweite Etappe der Evaluation in diesem Bereich

2.1 Fragestellungen zu Form und Vorgehen bei der Planung

- 2.1.1 Ziele/Zielformulierung
- 2.1.2 rechtliches Umfeld (kantonale Gesundheitsgesetzgebung)
- 2.1.3 Methoden/Ansätze/Vorgehen
- 2.1.4 politische Abstützung
- 2.1.5 fachliche/wissenschaftliche Abstützung
- 2.1.6 Datenbereitstellung
- 2.1.7 Dokumente und ihre Zugänglichkeit
- 2.1.8 Terminkalender, Periodizität der Überprüfung
- 2.1.9 Evaluation des Planungsprozesses

2.2 Fragestellungen zum Inhalt der Planung und der Listen

- 2.2.1 Gegenstände der Planung: Bereiche, Institutionen, Leistungen, Differenzierungsgrad
- 2.2.2 Schlüsselgrößen (Bedarfsermittlung), Zielkonkretisierung
- 2.2.3 Terminologie- und Kategorisierungs-Probleme
- 2.2.4 Einbezug privater Leistungsanbieter (Umfang, Verbindlichkeit)
- 2.2.5 Berücksichtigung überkantonaler Leistungsbezüge, Zusammenarbeit mit anderen Kantonen und Nachbarländern
- 2.2.6 Berücksichtigung des Bezugs zur ambulanten Versorgung
- 2.2.7 Berücksichtigung der präklinischen Notfallversorgung und der Rettungsdienste
- 2.2.8 Berücksichtigung der Versorgung in Katastrophenfällen
- 2.2.9 Leistungsdefinitionen und Leistungsaufträge
- 2.2.10 Einbezug von Finanzierungsfragen (verschiedene Finanzierungsquellen)
- 2.2.11 Bedeutung von Wettbewerbsfragen
- 2.2.12 Erste Auswirkungen bisheriger Bundesratsentscheide

2.3 Beurteilung der Empfehlungen der SDK

- 2.3.1 Provisorische Beurteilung der Empfehlungen der Kommission der SDK vom 12.3.1997
- 2.3.2 Allfällige Vorschläge zur kurzfristigen Ergänzung der Empfehlungen

b) Die SDK und die kantonalen Gesundheitsdirektionen bzw. Sanitätsdepartemente haben ein anderes Erkenntnisinteresse als das BSV

Der Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung KVV verpflichtet das Bundesamt für Sozialversicherung zur Analyse des Vollzugs und der Wirkungen des KVG. Nun ist das KVG im Grunde genommen eigentlich "nur" ein Versicherungsgesetz und nicht ein Spital- oder gar ein Gesundheitsgesetz. Fast die gesamte aktuelle schweizerische Gesundheitspolitik ist auf finanzielle und versicherungstechnische Aspekte reduziert. Eine Gesundheitspolitik, welche über die Ziele und das Instrumentarium des KVG hinausgeht, scheint es heute in der Schweiz praktisch nicht zu geben. Dass der Ausführungsplan des Bundesamtes für Sozialversicherung zur Wirkungsanalyse weitestgehend der Logik des KVG folgt, ist verständlich und liegt in dessen gesetzlichem Auftrag begründet. Das heisst aber noch nicht, dass die SDK und die Kantone sich auf diese Logik beschränken müssen.

Wenn es eine Gesundheitspolitik geben soll, welche anderen als lediglich finanz- und vielleicht noch regional- oder arbeitsmarktpolitischen Zielen gehorcht, so sind zusätzliche Überlegungen und Konzepte erforderlich. Die SDK und die Kantone müssten in dem Sinn bewusst kompensatorisch wirken, als sie zusammen mit geeigneten Partnern entschieden eine Gesundheitspolitik einleiten, welche die unseres Erachtens zu enge KVG-Logik sprengt. Daraus muss sich auch bezüglich Evaluationen ein wesentlich anderes Erkenntnisinteresse ergeben. Dieses andere Erkenntnisinteresse soll zunächst einmal ansatzweise dadurch skizziert werden, dass nach dem möglichen Nutzen von Evaluationen aus der Sicht der SDK gefragt wird.

c) Wozu kann die Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten für die SDK und die Kantone nützlich sein?

Es ist wichtig, dass der eigentliche und hauptsächliche Verwendungszweck evaluatorischer Arbeiten möglichst früh geklärt wird. Von vorne herein auszuschliessen sind dabei jene Arbeiten, bei welchen ein rein wissenschaftliches, sprich theoretisches Erkenntnisinteresse dominiert. Evaluationsprojekte dürfen nicht in rein akademische Übungen abgleiten, sondern es sollen Untersuchungen durchgeführt werden, deren Resultate anwendbar sind. Darum müssen die ausgewählten Evaluationsprojekte in einem unmittelbaren Zusammenhang mit zu lösenden Problemen stehen.

Es gibt dabei theoretisch mindestens folgende Möglichkeiten der praktischen Nutzung von Resultaten aus Evaluationsprojekten:

- **Informieren:** Je transparenter die mittels neuem KVG eingeleiteten Reformen nicht nur des Spitalwesens, sondern der gesamten Gesundheitsversorgung dargestellt werden können, desto besser sind die Voraussetzungen, dass die Versicherten bzw. die Patientinnen und Patienten, aber auch die anderen Akteure im Gesundheitswesen die ihnen zugedachten veränderten Funktionen und Rollen tatsächlich auch wahrnehmen können.
- **Vollzug verbessern:** Die Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten kann dazu dienen, die Notwendigkeit von Kurskorrekturen frühzeitig zu erkennen. Evaluatorische Arbeiten sind deshalb geeignet, der Sanitätsdirektorenkonferenz und den Kantonen wissenschaftlich gesicherte Grundlagen für die Verbesserung der Spital- und Gesundheitsplanungen sowie für die gebührende Einflussnahme auf die Steuerung der gesamten Gesundheitsreform zur Verfügung zu stellen.
- **Kosten sparen:** Evaluationsergebnisse können helfen, Kosten zu sparen. Sie können direkt auf die Ermittlung von Möglichkeiten der Kostensenkung ausgerichtet werden. Dies bedingt allerdings, dass die Wirtschaftlichkeit als Kriterium durch den Auftraggeber ausdrücklich als prioritär bewertet wird.
- **Gemeinsam lernen:** Das in der heutigen Situation wohl wichtigste Ziel der Evaluation der Spitalplanungen und der Spitalisten wird wohl darin bestehen, aus den Ergebnissen zu lernen. Damit dieser Lerneffekt optimal ausfällt, werden Überlegungen darüber notwendig sein, wer in erster Linie an einem solchen gemeinsamen Lernprozess zu beteiligen sein wird. Sind vor allem die Sanitätsdirektorinnen und -direktoren und ihre engeren MitarbeiterInnenstäbe sowie die kantonalen Planungsabteilungen und Spitalämter angesprochen oder sind weitere Institutionen, z.B. Leistungserbringer, und eine breitere Öffentlichkeit einzubeziehen?

d) Empfehlungen

1. Es wurde bereits auf die völlig unbefriedigende gesamtschweizerische Datenlage und auf Schwierigkeiten bei der Datenbeschaffung hingewiesen. Verlässliche Daten, insbesondere lückenlose und homogene Zeitreihen stellen jedoch eine zentrale Vorbedingung jeglicher evaluatorischer Arbeit dar. Schwierigkeiten bezüglich der Beschaffung und Verfügbarkeit von Daten sind an der Tagesordnung. Es wird folglich von Vorteil sein, auf eine gewisse Flexibilität des Untersuchungsdesigns der verschiedenen Projekte zu achten, damit gegebenenfalls kurzfristige Anpassungen nicht verunmöglicht werden.
2. Es gilt, mit Hilfe einer geeigneten Evaluationsstrategie sicherzustellen, dass das gesamte Evaluationsvorhaben nicht durch allfällige Schwierigkeiten oder Misserfolge einzelner Teilaufträge oder Untersuchungsetappen gefährdet wird.
3. Es gibt in der Schweiz zurzeit nur wenige Fachleute, welche über die fachlichen Voraussetzungen für evaluatorisches Arbeiten im Bereich des Spital- und Gesundheitswesens verfügen. Die geplante Wirkungsanalyse des Bundesamtes für Sozialversicherung mit einem geplanten Auftragsvolumen von mehreren hunderttausend Franken pro Jahr wird einen grossen Teil dieser Kapazitäten absorbieren. Die Auswahl möglicher Auftragnehmerinnen und Auftragnehmer ausserhalb der kantonalen Verwaltungen wird dadurch noch bescheidener werden. Der Einsatz von verwaltungsexterner Expertise wird in erster Linie dazu dienen müssen, verwaltungsinterne Ressourcen zu entwickeln, zu qualifizieren, zu koordinieren und möglichst optimal einzusetzen.
4. Die SDK und die einzelnen Kantone verfügen im Vergleich zum Bundesamt für Sozialversicherung nur über bescheidene personelle und finanzielle Möglichkeiten im Hinblick auf Evaluationsvorhaben. Die Evaluierbarkeit möglicher Themen wird deshalb sehr sorgfältig erfolgen müssen, und es ist eine Evaluationsstrategie zu entwickeln, die möglichen Ansätzen der Selbstevaluation gegenüber Projekten der Fremdevaluation grosses Gewicht einräumen. Sehr wichtig wird die sorgfältige Abstimmung einzelner kantonalen Projekte mit gesamtschweizerischen Projekten sein.

e) Selbstevaluation und Fremdevaluation

Unter Fremdevaluation oder externer Evaluation ist die Vergabe eines Evaluationsmandates an eine unabhängige Stelle (Hochschulinstitut, privates Unternehmen, etc.) zu verstehen.

Selbstevaluation oder interne Evaluation wird normalerweise von jedem Sanitätsdepartement bzw. von jeder Gesundheitsdirektion und auch von der SDK in

einem bestimmten Umfang heute bereits betrieben. Die Bandbreite der Themen und Vorgehensweisen reicht bei der Selbstevaluation von der einfachen Selbstreflexion und Selbstkontrolle zwecks Praxisverbesserung bis zur Anwendung und Entwicklung sozialwissenschaftlicher Methodologie für die Vollzeitevaluation oder die Wirksamkeitsanalyse.

Ohne ein gewisses Minimum an Ressourcen und vor allem ohne ein Basiswissen über Verfahren und einem Minimum an Sachverstand zum Evaluationsgegenstand wird jedoch auch die Selbstevaluation nicht auskommen. Daher wird hier für folgende Schritte plädiert:

- Informations- und Erfahrungsaustausch über bisher verwaltungsintern durchgeführte Evaluationen (Themen und Methoden) intensivieren;
- Entwickeln eines rudimentären Leitfadens zur Selbstevaluation (unter Bezug externer Expertise);
- "Learning by doing": Planen und Konzipieren von Projekten, die von mehreren oder allen Kantonen gemeinsam in Selbstevaluation durchzuführen sein werden.

7. Ausgewählte Vorschläge für Evaluationsprojekte

Vorschlag 1:

Studie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern

In verschiedenen Kantonen (unter anderem BE, VD, TI, GR) gelangten oder gelangen Instrumente zur Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern zur Anwendung. In den meisten Fällen handelte es sich um modifizierte Formen des in den USA entwickelten Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Mögliche Untersuchungsfragen:

- a) Welche Erfahrungen wurden mit diesen Instrumenten gemacht? Hat sich diese Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern bewährt? Unter welchen Bedingungen lässt sie sich zur Weiterverwendung in anderen Kantonen empfehlen?
- b) Welche gesundheitspolitischen Schlüsse konnten aus den gewonnenen Informationen gezogen werden?
- c) Welche Veränderungen resultierten aus der Analyse der Entwicklung von Aufenthaltsdauern?

- d) Welches ist das Aufwand-/Ertragsverhältnis bei der Anwendung dieser Instrumente?

Vorschlag 2:

Ausserkantonale Hospitalisierungen: Förderung der Freizügigkeit oder Massnahmen zur Eindämmung?

Während bestimmte Kantone zwecks Minimierung der ausserkantonalen Hospitalisierungen Massnahmen ergreifen, um die Bevölkerung möglichst in Spitälern des eigenen Kantons behandeln zu können, streben andere Kantone Freizügigkeitsregelungen in bestimmten Grenzgebieten oder gar mit mehreren Kantonen an.

Mögliche Untersuchungsfragen:

- a) Welche Gründe sprechen für Massnahmen zur Minimierung ausserkantonaler Hospitalisierungen? Gelten diese Gründe gleichermassen für die Grundversorgung, für den spitzenmedizinischen Bedarf, für die stationäre Rehabilitation und für die Psychiatrie? Sind in Zukunft bestimmte Leistungen aus medizinischen, gesundheitspolitischen oder anderen Gründen möglichst wohnortnahe anzubieten?
- b) Welche Erfahrungen wurden bisher mit Freizügigkeitsvereinbarungen gemacht?
- c) Welches sind die Aufwand/Nutzen-Verhältnisse von Massnahmen zur Senkung der ausserkantonalen Hospitalisierungen bzw. von Freizügigkeitsregelungen?

Vorschlag 3:

Fallstudie zur Auswirkung von Massnahmen zur Verkürzungen der Spitalaufenthaltsdauern

Durch die Verkürzung von Aufenthaltsdauern im Akutspital können sich verschiedene Probleme ergeben:

- Unter anderem muss in bestimmten Fällen die Betreuungsintensität während des Spitalaufenthaltes erhöht werden.
- Die Betreuungsintensität in den Nachsorgeinstitutionen (Rehabilitation, Langzeitpflege, Spitex) muss ebenfalls gesteigert werden.
- Gewisse diagnostische Abklärungen können in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht mehr durchgeführt werden.

Mögliche Untersuchungsfragen:

- a) Welche Nebenwirkungen der Verkürzung von Spitalaufenthaltsdauern sind feststellbar?

- b) Wie kann unter Beachtung der erforderlichen Leistungsqualität sichergestellt werden, dass die Reduktion der Anzahl Pflgetage im Akutbereich nicht zu einer entsprechenden Zunahme der Pflgetage im Langzeit- und Rehabilitationsbereich führt? Wie kann verhindert werden, dass die Massnahmen zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Akutspital nicht einfach zur Verlagerung von Kosten in andere Bereiche (z. B. Spitex) führen?
- c) Welche flankierenden gesundheitspolitischen Massnahmen sind möglich und erforderlich?
- d) Wie beurteilen die betroffenen Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen die Qualität der Leistungserbringung von Nachsorgeinstitutionen und Spitex-Diensten nach dem Spitalaustritt?

Vorschlag 4:

Darstellung und Bewertung gesundheitspolitischer Interventionsmöglichkeiten der Kantone

Nebst den Spitalplanungen und den Spitallisten haben viele Kantone bereits weitere Steuerungsinstrumente entwickelt und angewandt. Zu nennen sind etwa:

- Globalbudgets für einzelne Spitäler bzw. für Versorgungsregionen;
- Befristete Leistungsaufträge bzw. Zielvereinbarungen;
- Restriktive Budgetvorgaben für Spitäler, teilstationäre und ambulante Einrichtungen;
- Reorganisation der Rechtsform der Trägerschaften und der Führungsstrukturen (Trennung von strategischen und operativen Funktionen, Kantonalisierung bzw. Verselbständigung von Einrichtungen);
- Abteilungskostenpauschalen, Fallkostenpauschalen bzw. diagnosebezogene Entschädigungen.

Nur schon die systematische Darstellung und Inventarisierung dieser Massnahmen dürfte für alle Kantone sehr interessant sein. Wird die kommentierte Liste noch durch erste Zwischenergebnisse aus einzelnen Projekten und durch Selbstbewertungen ergänzt, könnte sich daraus ein wichtiges Instrument der Praxisverbesserung und des gegenseitigen Erfahrungsaustausches ergeben. Im Grunde genommen beinhaltet dieser Vorschlag lediglich die Ausweitung und Systematisierung der Arbeiten, wie sie durch einzelne Kantone bereits initiiert worden sind.