



Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

**unter Berücksichtigung der
KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007
und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 31.1.2017**

**Teilweise revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten
Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 18.5.2017**

Inhalt

1	Kontext	2
2	Empfehlungen der GDK	4
2.1	Leistungsorientierte Spitalplanung (revidierte Empfehlung)	4
2.2	Bedarfsgerechte Spitalplanung (neue Empfehlung)	7
2.3	Leistungsspektrum (revidierte Empfehlung)	9
2.4	Wirtschaftlichkeit (revidierte Empfehlung)	10
2.5	Qualität (noch nicht revidierte Empfehlung)	11
2.6	Erreichbarkeit (revidierte Empfehlung)	12
2.7	Mindestfallzahlen (noch nicht revidierte Empfehlung)	12
2.8	Mengensteuerung (revidierte Empfehlung)	13
2.9	Aufnahmepflicht (noch nicht revidierte Empfehlung)	15
2.10	Notfallaufnahme (noch nicht revidierte Empfehlung)	16
2.11	Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme (neue Empfehlung)	16
2.12	Datenlieferung (noch nicht revidierte Empfehlung)	18
2.13	Auslösen von Investitionen (noch nicht revidierte Empfehlung)	18
2.14	Investitionskostenbeiträge (noch nicht revidierte Empfehlung)	19
2.15	Arbeitsbedingungen (noch nicht revidierte Empfehlung)	20
2.16	Ausbildungsleistungen (noch nicht revidierte Empfehlung)	20



1 Kontext

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

In den Jahren 2016/2017 erfolgte eine Teilrevision der Empfehlungen zwecks Präzisierung ausgewählter Punkte. Diese wurden von der Plenarversammlung der GDK am 18.5.2017 verabschiedet. Die Empfehlungen sind jeweils in der Überschrift und farblich folgendermassen gekennzeichnet:

Revidierte oder neue Empfehlungen: blau markiert

Noch nicht revidierte Empfehlungen: grau markiert

Die nicht bearbeiteten Empfehlungen werden in einer zweiten Etappe revidiert.

Die vorliegenden Empfehlungen werden ergänzt durch folgende Arbeitsgrundlagen:

- Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) Akutsomatik, das der Vorstand der GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen mit Beschluss vom 27.1.2011 im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung zur Anwendung empfiehlt¹.
- Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, aktualisierte Version verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 6. April 2017.²
- Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung der GDK vom Juli 2005 für den Bereich Akutsomatik und Leitfaden zur Psychiatrieplanung vom Juli 2008 für den Bereich Psychiatrie³.

Die vorliegenden Empfehlungen betreffen nicht die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin nach Art. 39 Abs. 2bis KVG und der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)⁴.

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.

Die Empfehlungen gelten grundsätzlich für die Planung von Leistungen in allen Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation, Geburtshäuser). Es ist jedoch bei der Planung der Versorgungsbereiche Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäuser zu beachten, dass am Ausgangspunkt der Empfehlungen mehrheitlich Problemstellungen aus dem Bereich der Akutsomatik lagen.

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, bedarfsorientierte 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

¹ Vgl. www.gdk-cds.ch/index.php?id=623

² http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/em_wirtschaftlichkeitspruefung_v3.0_20170406_def_d.pdf

³ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615>

⁴ www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf



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.



2 Empfehlungen der GDK

2.1 Leistungsorientierte Spitalplanung (revidierte Empfehlung)

Empfehlung 1:

a) Eine **Spitalplanung** umfasst die Evaluation aller interessierten Leistungserbringer nach den relevanten Planungskriterien und mündet im Erlass der kantonalen Spitalliste. Sie muss den Planungskriterien gemäss Art. 58a KVV in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2ter KVG entsprechen und zeichnet sich durch folgende Schritte aus: Umfassende Bedarfsermittlung bzw. -prognose; Bewerbungsverfahren; Beurteilung und Festlegung des Angebotes; Koordination mit anderen Kantonen; Erlass der Spitalliste. Leistungszuteilungen erfordern, dass die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist erfüllt sind. Die Überprüfung der Spitalplanung erfolgt periodisch.

b) Eine **Aktualisierung der Spitalliste** ohne umfassende Spitalplanung gemäss Buchstabe a) ist bei kleineren Anpassungen an den Leistungsaufträgen von Listenspitälern bei ausgewiesenem Bedarf möglich sowie bei Neuaufnahmen von Spitälern auf die Spitalliste oder Erweiterung der Leistungsaufträge von Spitälern bei bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich. Entsprechend müssen nicht sämtliche Planungsschritte erneut durchgeführt werden. Allfällige neue Leistungszuteilungen müssen jedoch den Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist entsprechen. Die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler werden dadurch nicht in Frage gestellt.

c) Ausgenommen von der Prüfung der unter Buchstaben a) und b) genannten Kriterien und der Gewährung des rechtlichen Gehörs sind Anpassungen der Spitallisten, die nur formeller Natur sind. Aufgrund solcher Anpassungen resultieren keine neuen oder aktualisierten Spitallisten im Sinne von Buchstaben a) und b).

d) 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 (Akutsomatik und Geburtshaus) und gegebenenfalls nach Art. 58c Bst. b KVV (Psychiatrie) dar.

e) 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.

f) Die Bedarfs- und Angebotsermittlung einerseits und die Erteilung von Leistungsaufträgen und ihre Zusammenfassung in der kantonalen Spitalliste andererseits können Gegenstand separater Beschlüsse sein.

g) Die Erteilung von Leistungsaufträgen stellt eine hoheitliche Zuteilung dar.

Begründung:

a) Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Ein Bewerbungsverfahren ist integraler Bestandteil davon (vgl. BVGer-Urteil C-6266/2013). Dabei muss sichergestellt sein,



dass alle interessierten Leistungserbringer in das Bewerbungsverfahren einbezogen werden. Einladungen zum Bewerbungsverfahren sind im amtlichen Publikationsorgan zu veröffentlichen.

Gemäss Art. 58a KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Die Überprüfung kann zum Ergebnis haben, dass die Spitalplanung keine Anpassung erfordert. Eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge ist nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll oder wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Längerfristige Leistungsaufträge sind gerade im Spitalwesen für Leistungserbringer zentral, da dadurch die Planungs- und Investitionssicherheit erhöht werden kann. Umfassende Neuplanungen und Neuausschreibungen lösen Unsicherheit aus, sind aber bei grösseren Umstellungen in der Versorgungsstruktur unerlässlich.

Die Festlegung der zeitlichen Abstände solcher umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen liegt im Ermessen der Kantone und hat folgenden unterschiedlichen Interessen Rechnung zu tragen: So ist einerseits den Patientinnen und Patienten, den Leistungserbringern, den finanzierenden Kantonen und den Versicherern eine angemessene Stabilität und Kontinuität zu gewähren. Zu lange Planungsintervalle schaffen andererseits die Gefahr einer Zementierung des Systems mit all den damit verbundenen Nachteilen für Qualität und Kosten.

b) Solange sich die in der Spitalplanung ermittelte Bedarfsprognose als nach wie vor korrekt erweist und auch die übrigen Planungsgrundlagen noch gültig sind, ist innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität keine umfassende neue Spitalplanung notwendig. Es gibt jedoch verschiedene Gründe, dass innerhalb der vom Kanton vorgesehenen Spitalplanungs-Periodizität eine bestehende Spitalliste ohne neue Spitalplanung überprüft und aktualisiert wird, insbesondere bei:

- Entzug eines Leistungsauftrags (gesamthaft oder für eine oder mehrere Leistungsgruppen).
- Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen (gesamthaft oder in einer oder mehreren Leistungsgruppen) bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages.
- Kündigung eines Leistungsauftrages durch ein Listenspital.
- Erteilung einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios.
- Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung.
- Kleinere Anpassungen an den Anforderungen.

Wird eine Spitalliste innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität aktualisiert, sollen die Kriterien Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang innert nützlicher Frist nur bei der Aufnahme eines neuen Listenspitals beurteilt werden (aber in der Regel nur in Bezug auf



die Interessenten). Nebst dem Verfahren zur Ausmarchung der Interessenten ist hier auch eine interkantonale Koordination notwendig.

Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nicht in Frage gestellt. (Unbefristete) Leistungsaufträge können innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nur entzogen werden, wenn ein Listenspital die Spitallisten-Anforderungen nicht mehr erfüllt. Neue Spitäler können bei einer Aktualisierung der Spitalliste nur bei einer bestehenden oder sich abzeichnenden Unterversorgung berücksichtigt werden.

Die Streichung von Mengen- und Kapazitätsbeschränkungen sind einer Neuerteilung eines Leistungsauftrags bzw. einer Neuaufnahme eines Spitals auf die Spitalliste gleichzusetzen.

Es obliegt dem jeweiligen Kanton zu beurteilen, ob eine Aktualisierung der Spitalliste innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nötig ist. Grundsätzlich sollen die im Zuge solcher Aktualisierungen notwendigen Abklärungen bzw. Beurteilungen gebündelt vorgenommen werden.

c) Änderungen der Spitallisten formeller Natur, welche nicht zu einer neuen oder aktualisierten Spitalliste im Sinne der Empfehlungen in Buchstaben e) und f) führen, sind namentlich:

- Nachvollzug von IVHSM-Entscheiden;
- Nachvollzug der Kataloganpassungen CHOP und ICD in den Leistungsgruppen-Definitionen (sofern die Rechte und Pflichten der Spitäler nicht betroffen sind);
- Korrektur von Fehlern;
- Nachvollzug von formellen Änderungen (Namenswechsel etc.). Diese Änderungen machen wegen der Publizitätsfunktion der Spitalliste immer auch eine Neuauflage der Spitalliste notwendig; allerdings nicht im Sinne von Buchstaben a) und b) bzw. ohne Vernehmlassung bei den anderen Kantonen.

d) Aus Sicht der GDK kann mit diesem Vorgehen die Anforderung nach einer leistungsorientierten Planung im akutsomatischen 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.

e) Die Verfügbarkeit der definitiven Bundesstatistiken zum stationären Gesundheitswesen ist stark verzögert. Provisorische Ergebnisse des BFS können, müssen jedoch nicht zur Ermittlung von Nachfrage und Angebot herangezogen werden.

f) 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 müssen. Überdies ist auch darauf hinzuweisen, dass das Beschwerdeverfahren nach Art. 53 KVG neu geregelt wurde. Insbesondere ist die Rüge



der Unangemessenheit gemäss Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG 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.

g) 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 f).

2.2 Bedarfsgerechte Spitalplanung (neue Empfehlung)

Empfehlung 2:

a) Jeder Kanton hat den Bedarf seiner Wohnbevölkerung an stationären medizinischen Leistungen zu planen. Ebenso ist den ausserkantonalen Patientenströmen Rechnung zu tragen. Der Bedarf wird in nachvollziehbaren Schritten ermittelt, namentlich gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

b) Neben Qualität und Wirtschaftlichkeit ist auch die Versorgungsrelevanz eines Spitals zur Deckung des notwendigen Bedarfs ein mögliches Kriterium für die Vergabe eines Leistungsauftrags. Die Kantone können entsprechend Schwellenwerte für den durch einen Leistungserbringer zu deckenden Bedarf festlegen (vgl. Buchstaben c und d).

c) Bei insgesamt ausreichendem oder über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein innerkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs (in einer Leistungsgruppe) nicht als versorgungsrelevant zu betrachten, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer vom Kanton festgelegten Periode nicht mindestens 5 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantoneinwohnerinnen und -einwohnern beträgt.

In begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung, kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Schwellenwerten abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.

d) Bei insgesamt ausreichendem oder über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein ausserkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs (in einer Leistungsgruppe) nicht als versorgungsrelevant zu betrachten, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer vom Kanton festgelegten Periode nicht mindestens 10 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen der Einwohnerinnen und Einwohnern des planenden Kantons beträgt.

In begründeten Fällen kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Schwellenwerten abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.

e) Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn in der Spitalliste Leistungsaufträge an inner- und ausserkantonale Spitäler so erteilt werden, dass für jede Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben wird. Je nach Inanspruchnahme von Leistungen



ausserhalb der kantonalen Spitalliste kann in Leistungsgruppen von einer Abdeckung von 100% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abgewichen werden. Eine Abdeckung von unter 80% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung (resp. von unter 70% bei Kantonen mit weniger als 300'000 EinwohnerInnen) ist in jedem Fall zu begründen.

Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.

Begründung:

a) Die Kantone sind verpflichtet, den Bedarf an stationären Spitalleistungen ihrer eigenen Wohnbevölkerung zu planen und die dafür notwendigen Leistungen zu sichern. Vom Bundesverwaltungsgericht wurde vorgegeben, dass nicht nur der innerkantonalen Nachfrage, sondern auch der ausserkantonalen Nachfrage Rechnung getragen werden muss (C-1966/2014 E. 4.1.3). Gemäss Art. 58b KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und stützten sich dabei namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.

b)-d) Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird, die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt wird und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden, ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten (C-4232/2014 E. 5.4.4). Ein Leistungsauftrag soll

dann vergeben werden, wenn dieser zur Deckung eines relevanten Anteils des Bedarfs notwendig ist. Bei fehlender Versorgungsrelevanz zur Deckung des Bedarfs muss kein Leistungsauftrag erteilt werden; insgesamt nicht für die Versorgung eines Kantons relevante Spitäler müssen nicht berücksichtigt werden. Dadurch werden Überkapazitäten vermieden bzw. reduziert. In den ergangenen Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts wurde der Abbau von Überkapazitäten als eines der Ziele der Spitalplanung explizit erwähnt, ohne allerdings auszuführen, wie dies erfolgen soll und wann Überkapazitäten vorhanden sind. Wird ein Spital vom Standortkanton als nicht bedarfsnotwendig erachtet, aber von anderen Kantonen zur Deckung des eigenen Bedarfs schon, ist es möglich, dass das betroffene Spital vom Standortkanton keinen Leistungsauftrag erhält, von einem anderen Kanton aber schon. Aus den zur Definition der Versorgungsrelevanz empfohlenen Schwellenwerten kann jedoch nicht im Umkehrschluss abgeleitet werden, wann ein Spital als versorgungsrelevant zu betrachten ist, also kann daraus in keinem Fall ein Anspruch auf einen Leistungsauftrag abgeleitet werden.

e) Die stationäre Gesundheitsversorgung steht im Spannungsfeld zwischen Planung und Wettbewerb. Die Kantonseinwohner haben bei einer Spitalbehandlung die Wahl zwischen dem Angebot auf der Spitalliste ihres Wohnkantons und den Spitallisten der übrigen Kantone in der Schweiz, wobei die Beanspruchung von ausserkantonalen Spitälern mit Zusatzkosten verbunden sein kann. Ist davon auszugehen, dass der Bedarf der Wohnbevölkerung teilweise durch Angebote ausserhalb der Spitalliste gedeckt wird, sind die Kantone nicht verpflichtet, alle Leistungen, welche von ihrer Kan-



tonsbevölkerung beansprucht werden, auf ihren Spitallisten zu sichern. Die Empfehlung, dass auch von einer Bedarfsdeckung von 100% abgewichen werden kann, will einen Anhaltspunkt bieten, wie die Planungsvorgabe in Art. 58b Abs. 3 KVV umzusetzen ist.

2.3 Leistungsspektrum (revidierte Empfehlung)

Empfehlung 3:

a) Das Leistungsspektrum in der Akutsomatik ist gemäss dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) zu klassifizieren. Die Klassifikation kann auf aggregierten Stufen (Leistungsbereichen) erfolgen.

b) Die für jede SPLG festgelegten, medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen bilden grundsätzlich integralen Bestandteil des SPLG-Konzeptes. Die Kantone sind angehalten, diese Anforderungen in ihren Planungen anzuwenden. In begründeten Fällen kann ein Kanton bei seiner Spitalplanung davon abweichen.

c) Die Leistungsaufträge an die akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser werden gemäss den SPLG vergeben. Für jede Leistungsgruppe wird mindestens ein Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantonales Spital erteilt.

d) Der Kanton kann zur Auflage oder Bedingung für die Erteilung eines Leistungsauftrages machen, dass ein bestimmtes Leistungsspektrum zur Sicherstellung der (Grund-)Versorgung in der Region integral angeboten werden muss.

e) Ein Spital gelangt im Rahmen und Umfang der zugewiesenen Leistungsaufträge auf die kantonale Spitalliste.

Begründung:

a) Bis anhin liegt – zum Zweck der Spitalplanung – erst für den akutsomatischen Bereich eine Klassifikation der medizinischen Leistungen zu Planungszwecken vor. Diese wird - der Empfehlung des GDK-Vorstandes vom 27.1.2011 folgend - von der grossen Mehrheit der Kantone für ihre Spitalplanung verwendet. Damit ist eine wichtige Basis für eine interkantonale Koordination gelegt.

Sobald für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation ebenfalls medizinisch basierte Leistungsgruppen zum Zweck der Psychiatrie- bzw. Rehabilitations-Planung vorliegen, wird der Vorstand der GDK darüber zu entscheiden haben, ob deren Verwendung den Kantonen ebenfalls empfohlen werden soll.

b) Die definierten Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen sowie die Mindestfallzahlen der einzelnen SPLG sollen gesamtschweizerisch möglichst einheitlich umgesetzt werden. Ausnahmen auf Grund der individuellen Versorgungslage in einem Kanton müssen möglich sein. Abweichungen sollen auf der Spitalliste oder in den Planungsdokumenten vermerkt sein.

c) Mit der Vergabe von mindestens einem Leistungsauftrag pro Leistungsgruppe wird sichergestellt, dass das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen abgedeckt ist. Dadurch wird dem Risiko von Versorgungslücken zu einem gewissen Mass vorgebeugt.

d) Im Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept bildet das Basispaket die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für



diese obligatorisch. Die Kantone können weitere, integral zu erbringende Leistungspakete definieren in Form von Verknüpfungen zwischen Leistungsgruppen.

Die Formulierung von solchen integral zu erbringenden "Leistungspaketen" kann notwendig sein, um die umfassende (Grund-)Versorgung in einer Region zu gewährleisten und/oder um den interessierten Leistungserbringern zu ermöglichen, die Leistungen dank einer gewissen Konzentration des Angebots insgesamt wirtschaftlich zu erbringen. Das Zusammenfassen von Leistungen ist insbesondere auch angezeigt, wenn der Leistungserbringer Aufgaben wie Aus- und Weiterbildung und Notfalldienst wahrnimmt und eine Aufnahmepflicht kennt. Gerade im Kontext der Versorgungssicherheit, aber auch der Qualität ist es wichtig, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe an ein anderes Spital unterlaufen wird, sondern die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben und eingehalten werden.

e) 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 beziehen sich folglich einzig auf das jeweilige Leistungsspektrum, für welches das Spital einen Leistungsauftrag erhalten hat.

2.4 Wirtschaftlichkeit (revidierte Empfehlung)

Empfehlung 4:

a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen beurteilt der Kanton die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung. Basis der Beurteilung der Effizienz bildet in der Regel ein Vergleich der schweregradbereinigten (Fall)Kosten einer möglichst repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler.

b) Die Ermittlung der schweregradbereinigten (Fall)Kosten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt im Rahmen der Spitalplanung in der Regel analog zu derjenigen bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung. Die Methodik der Kostenherleitung richtet sich nach den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Begründung:

a) Sind Betriebsvergleiche aufgrund einer fehlenden Vergleichsmenge nicht möglich, kann auch die vertiefte Prüfung des Kostenausweises des betreffenden Spitals (Vergleiche Personalkosten, Miete und Ausstattungskosten mit branchenüblichen Werten) vorgenommen werden.

Da ein Kostenausweis aufgrund der verfügbaren Daten nicht auf Stufe Leistungsgruppe erfolgen kann, basiert die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf den gesamten OKP-relevanten Kosten des Spitals. Grundsätzlich kann sich ein Kanton im Rahmen seiner Spitalplanung auf die durch einen anderen Kanton erfolgte Prüfung der korrekten Kostenherleitung abstützen.

b) Es sind die KVG-relevanten Kosten in die Betriebsvergleiche einzubeziehen. Die Empfehlungen der GDK zur Herleitung der vergleichsrelevanten Kosten beziehen sich auf diese KVG-relevanten, schweregradbereinigten Kosten. Es ist somit zielführend, bei der



Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung – soweit möglich – ähnlich vorzugehen wie bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung, wobei abweichende Aspekte berücksichtigt werden, wie z.B. Mehrjahresbetrachtungen und der Einbezug weiterer Kennzahlen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit (z.B. EBITDA-Marge).

2.5 Qualität (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 5:

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:

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.

2.6 Erreichbarkeit (revidierte Empfehlung)

- Empfehlung 6:**
- 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.

- Begründung:**
- a) Bei dezentralen Siedlungsstrukturen ist die Gewährleistung der Erreichbarkeit eines Spitals der Grundversorgung innert nützlicher Frist zentral.
 - b) Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton ein geographisch naheliegendes Angebot einem anderen Angebot vorziehen, auch wenn letzteres in Bezug auf andere Kriterien vorteilhafter ist.

2.7 Mindestfallzahlen (noch nicht revidierte Empfehlung)

- Empfehlung 7:**
- 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:**
- 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 4 klammert die diesbezüglichen Entscheide aus; im HSM-Bereich sind die Entscheide der HSM-Beschlussorgane relevant.

2.8 Mengensteuerung (revidierte Empfehlung)

Empfehlung 8:

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 und/oder die Fallschwere. Der Kanton kann im Rahmen des Leistungsauftrags die Anzahl Fälle für bestimmte Leistungskategorien limitieren.

Eine indirekte Mengensteuerung kann Kapazitäten und Ausrüstung limitieren (s. Empfehlung 13).

c) Wird im Leistungsauftrag die maximale Anzahl der zu behandelnden Fälle festgelegt, sollte dieser auch die Folgen bei Überschreiten der Leistungsmenge beinhalten. Es wird empfohlen zu prüfen, ob dazu eine kantonale Rechtsgrundlage notwendig ist.

d) Im Leistungsauftrag kann allenfalls festgehalten werden, welche Leistungen in der Regel nicht stationär erbracht werden sollen.

Begründung:

a) Instrumente zur Mengensteuerung können eine (zu starke) Angebotsverknappung und damit eine Rationierung sowie Einschränkung des Wettbewerbs bedeuten. Sie sind deshalb in ihrer Wirkung oder in ihrem Anwendungsbereich massvoll einzusetzen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei der leistungsbezogenen Planung eine kapazitätsbezogene Mengensteuerung durch Vorgabe von Bettenkapazitäten zulässig, nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts jedoch nicht. Letztlich führt jede Mengensteuerung direkt oder indirekt zu Vorgaben zu den Bettenkapazitäten.

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 Bereich sowie die Anreize der leistungsbezogenen Pauschalen zur möglichst frühzeitigen Entlassung aus der Spitalpflege und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Rehospitalisationen und die Fallzahlen.

Die Mengensteuerung ist im Übrigen von Mindestfallzahlen zu unterscheiden, welche der Konzentration der Leistungen sowie der Qualitätssicherung dienen (s. Empfehlung 7).

b) Die Anzahl Fälle kann als Maximalwert oder als Bandbreite formuliert werden, mit Meldepflicht bei Veränderungen. Die Mengenbeschränkung muss sich nicht zwingend auf alle Leistungskategorien beziehen.

Der Kanton kann pro Leistungserbringer einen Zuschlag zum ermittelten Bedarf einrechnen, z.B. von 5 Prozent. Damit wird trotz Mengensteuerung ein gewisses Mass an Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ermöglicht, wie es die ergangenen Gerichtsurteile eingefordert haben. Ein Zuschlag kann auch durch die mögliche Zunahme des Bedarfs und die Einhaltung der Aufnahmepflicht begründet sein.

c) Im Leistungsauftrag werden bei der direkten Mengensteuerung die Folgen bei Überschreiten der festgelegten Leistungsmenge definiert. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG regelt, dass eine Voraussetzung für die Zulassung eines Spitals ist, dass es auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, d.h. über einen Leistungsauftrag verfügt. Wenn der Leistungsauftrag eine Mengenbeschränkung vorsieht und diese überschritten wird, ist die Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP nicht mehr gegeben.

Falls der Kanton die über den festgelegten Leistungsmengen erbrachten Fälle mitfinanziert, kommt gegebenenfalls ein Abschlag auf den kantonalen Anteil an den Fallpauschalen in Betracht (degressiver Tarif). Dieser kann um den Umfang des Deckungsbeitrags pro Fall an den Fixkosten reduziert werden. Da der Abschlag abgeltungsrelevant und im KVG nicht vorgesehen ist, empfiehlt sich die Prüfung einer kantonalgesetzlichen Grundlage.

d) Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn möglichst viele Behandlungen ambulant erfolgen (Grundsatz ambulant vor stationär). 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.



2.9 Aufnahmepflicht (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 9:

- a)** Die Kantone können punktuell Ausnahmen von der allgemeinen Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG im kantonalen Leistungsauftrag vorsehen.
- 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.
- 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.
- d)** Vorbehalten bleiben Meldungen über Vorkommnisse, welche auf eine Verletzung der Aufnahmepflicht hindeuten.
- e)** Der Kanton definiert im Leistungsauftrag die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Aufnahmepflicht.
- f)** Es wird empfohlen, die kantonalgesetzliche Verankerung dieser Regelung zu prüfen.

Begründung:

- a)** Die Bevölkerung hat den Anspruch, sich auch ohne Zusatzversicherung in einem Spital behandeln lassen zu können⁵. 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. 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 5 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.

⁵ 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; ..."



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.

2.10 Notfallaufnahme (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 10:	<p>a) Das Führen einer Notfallaufnahme sowie die damit verbundenen Anforderungen können als Auflage formuliert werden.</p> <p>b) Die Notfallversorgung stellt keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar.</p> <p>c) Der Kanton kann im Zusammenhang mit der Notfallversorgung weitere Auflagen formulieren, insbesondere bezüglich Aufnahmebereitschaft und Vorkehrungen zum Katastrophenschutz.</p>
-----------------------	--

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

2.11 Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme (neue Empfehlung)

Empfehlung 11:	<p>a) Die Patientenströme (Ab- und Zuflüsse) und der prognostizierte Bedarf werden anhand der Leistungsbereiche - wo sinnvoll nach den einzelnen Leistungsgruppen - analysiert.</p> <p>b) Im Rahmen einer neuen Spitalplanung lädt der planende Kanton diejenigen Kantone zu einer Stellungnahme ein, die a) benachbart sind, b) Standortkantone eines durch den planenden Kanton auf die Spitalliste aufgenommenen, ausserkantonalen Spitals sind und</p>
-----------------------	--



/ oder c) aus denen gewichtige⁶ Patientenströme in die innerkantonalen Spitäler des planenden Kantons fließen. Werden allfällige, im Rahmen einer solchen Stellungnahme gestellten Gesuche nicht berücksichtigt, ist dies vom planenden Kanton schriftlich zu begründen.

c) Falls lediglich eine aktualisierte Spitalliste erlassen wird, sind andere Kantone zur Stellungnahme einzuladen, falls sie von den geplanten Änderungen direkt betroffen sind.

d) Die Kantone, welche ausserkantonale Spitäler auf ihre Spitalliste aufnehmen, werden angehalten, die Erteilung dieser Leistungsaufträge mit den Standortkantonen dieser Spitäler zu koordinieren.

Begründung:

a) Eine einheitliche Klassifikation für die Darstellung der Patientenströme (Zu- und Abflüsse) und der Bedarfsermittlung bildet die Grundlage für eine Koordination zwischen den Kantonen. So wird die Vergleichbarkeit der von den Kantonen vorgenommenen Analysen unterstützt. Dabei sind sowohl Patientenzuwanderungen in den Kanton wie auch Patientenabwanderungen aus dem Kanton zu analysieren.

b) Damit soll die interkantonale Abstimmung gewährleistet werden, insbesondere über die getroffenen Annahmen und voraussichtlichen Änderungen in Bezug auf die zu erwartenden interkantonalen Patientenströme. Wird ein Gesuch nicht berücksichtigt, muss die entsprechende schriftliche Begründung nicht direkt gegenüber dem Antrag stellenden Kanton erfolgen, sondern kann in den öffentlich einsehbaren Planungsdokumenten erfolgen.

c) Bei einer Aktualisierung der Spitalliste sind nur die direkt von den geplanten Änderungen betroffenen Kantone zu einer Stellungnahme einzuladen. Direkt betroffen ist ein Kanton, wenn der Leistungsauftrag eines Leistungserbringers, der für diesen Kanton bedarfsnotwendig ist, eine Änderung erfährt oder wenn der Leistungsauftrag eines Leistungserbringers mit Standort in seinem Kanton eine Änderung erfährt.

d) Die Empfehlung ermöglicht den Standortkantonen den Gesamtüberblick über die Leistungsaufträge, die andere Kantone den Spitälern mit Standort im seinem Kanton erteilen. 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 und über die von ihnen eingegangenen Verbindlichkeiten (inkl. Aufnahmepflicht nach Art. 41 KVG). Dieser Informationsaustausch dient der interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 58d KVV.

⁶ Die Werte gemäss Empfehlung 2, Buchstabe d können bei der Beurteilung der Wichtigkeit herangezogen werden.



2.12 Datenlieferung (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 12:

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.

Begründung:

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 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.

2.13 Auslösen von Investitionen (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 13:

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:

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 Kantons ebenfalls kantonalrechtlich verankert werden sollten.

c) Gegenstand der Definition einer allfälligen Eigner Strategie⁷ dürfte auch der Entscheid sein, ob die Gebäude und damit auch deren Unterhalt zu Nutzen und Schaden dem Spital übertragen werden.

2.14 Investitionskostenbeiträge (noch nicht revidierte Empfehlung)

Empfehlung 14:

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:

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 ist⁸.

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

⁷ 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.

⁸ 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.



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.

2.15 Arbeitsbedingungen (noch nicht revidierte Empfehlung)

- Empfehlung 15:**
- 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:**
- 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 evtl. 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.

2.16 Ausbildungsleistungen (noch nicht revidierte Empfehlung)

- Empfehlung 16:**
- a) Für die Forschung und die universitäre Lehre nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG 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:**
- a) Die Kantone finanzieren diese Leistungen vollständig. Sie fließen nicht in die leistungsbezogenen Pauschalen ein. Daher regelt der Kanton die Finanzierung separat⁹.
 - b) Diese Leistungen stellen keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar. Ihre Kosten sind demnach grundsätzlich anrechenbar und nach den Regeln von Art. 49a KVG

⁹ 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.



zu finanzieren. Aus diesem Grund sind diese Leistungen als Auflage zu formulieren. Eine entsprechende kantonalgesetzliche Grundlage kann von Vorteil sein¹⁰.

¹⁰ 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.