

27. November 2025

7-4-2-3

Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung¹

unter Berücksichtigung
der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007,
der KVV-Revision zu den Planungskriterien vom 23.6.2021
und der Rechtsprechung vom 1.1.2012 bis 30.06.2025

Revidierte Version genehmigt von der GDK-Plenarversammlung am 27.11.2025

Inhalt

A.	Kontext	2
B.	Glossar	4
C.	Empfehlungen der GDK	6
1.	Leistungsorientierte Spitalplanung	6
2.	Bedarfsgerechte Spitalplanung	9
3.	Leistungsspektrum	12
4.	Wirtschaftlichkeit	13
5.	Qualität	15
6.	Erreichbarkeit	17
7.	Mindestfallzahlen	18
8.	Mengensteuerung	19
9.	Aufnahmepflicht	22
10.	Notfallaufnahme	23
11.	Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme	23
12.	Datenlieferung	26
13.	Arbeitsbedingungen	27
14.	Ausbildungsleistungen	28
15.	Controlling, Aufsicht und Sanktionen	30
16.	Datenschutz und Informationssicherheit	31

¹ Verabschiedet vom GDK-Vorstand am 14. Mai 2009; revidiert mit Beschlüssen der GDK-Plenarversammlung vom 18. Mai 2017, 25. Mai 2018 sowie 20. Mai 2022.

A. 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. In den Jahren 2017/2018 erfolgte eine 2. Revisionsstufe, aus der eine revidierte Version der Empfehlungen resultierte, die von der Plenarversammlung der GDK am 25.5.2018 verabschiedet wurde. Im Nachgang zur Weiterentwicklung der Planungskriterien durch den Bund und unter Berücksichtigung der ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurden die Empfehlungen einer weiteren Revision unterzogen, die von der Plenarversammlung der GDK am 20.5.2022 verabschiedet wurde.

Im Hinblick auf eine verbindlichere, systematischere Koordination der kantonalen Spitalplanung sowie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und von Anpassungen der Rechtsgrundlagen auf Bundesebene erfolgte im Jahr 2025 eine Ergänzung und Aktualisierung der Empfehlung, die von der Plenarversammlung der GDK am 27.11.2025 verabschiedet wurde. Dabei wurde die Empfehlung 2a ergänzt und die Empfehlung 11a neu eingefügt; die übrigen Empfehlungen wurden bei Bedarf aktualisiert, jedoch nicht grundlegend materiell überarbeitet.

Die vorliegenden Empfehlungen werden ergänzt durch folgende Arbeitsgrundlagen:

- Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) Akutsomatik²
- Empfehlungen zur Anwendung einer Spitalleistungsgruppensystematik im Rahmen der kantonalen Spitalplanung vom 25.5.2018³
- Empfehlungen für die kantonalen Spitalplanungen im Bereich der Rehabilitation vom 24. November 2022⁴
- Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG⁵, aktualisierte Version verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 27. Juni 2019, sowie nachfolgend vom GDK-Vorstand verabschiedete Präzisierungen zur Psychiatrie und Rehabilitation⁶ sowie zur Miete von Anlagen von nahestehenden Rechtspersonen⁷.

Die vorliegenden Empfehlungen betreffen nicht die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin nach Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG und der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)⁸.

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 ein Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 KVG.

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

² Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

³ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_d.pdf

⁴ Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/rehabilitation>

⁵ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_d.pdf

⁶ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_d.pdf

⁷ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_ANK_Miete_von_Nahestehenden_20210624_d.pdf

⁸ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf

Die Empfehlungen sind im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben umzusetzen. Ob zur konkreteren Ausgestaltung und zur Durchsetzung der Spitalplanung ergänzende kantonale Er-lasse erforderlich sind, ist nach dem jeweiligen kantonalen Recht zu prüfen.

B. Glossar

Im Rahmen der vorliegenden GDK-Empfehlungen werden zentrale Begriffe der Spitalplanung wie folgt definiert:

Leistungsauftrag:

Ein Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist eine auf die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b KVV abgestützte, bedarfsorientierte Sicherung des Angebots eines Spitals auf der Spitalliste im Sinne von Art. 58b Abs. 3 KVV. Er enthält das ihm unter Auflagen und Bedingungen zugewiesene Leistungsspektrum.

Der Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ist kein Auftrag im Sinne des OR, sondern eine durch den Kanton auferlegte Leistungsverpflichtung sowie ein entsprechender Vergütungsanspruch des Spitals gegenüber dem Versicherer und dem Kanton im definierten Umfang gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).

Spitalliste:

Vom Kanton erlassene Liste, in der die Listenspitäler als Leistungserbringer gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung aufgeführt sind. Die Spitalliste stellt die Summe der Leistungsaufträge dar.

Listenspital:

Spital, das auf einer kantonalen Spitalliste geführt wird und einen kantonalen Leistungsauftrag hat. Das Listenspital hat im Umfang des Leistungsauftrags eine Leistungsverpflichtung und einen gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG).

Vertragsspital:

Spitäler ohne kantonalen Leistungsauftrag und damit ohne Listenplatz können mit einem (oder mehreren) Versicherer(n) gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen und so zu einem Vertragsspital werden. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Art. 49a Abs. 2 KVG. Vertragsspitäler haben keinen Anspruch auf einen Kantonsbeitrag gemäss Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG.

Leistungsvereinbarung / Leistungsvertrag:

Vertrag zwischen dem Kanton und einem Listenspital, der nach Massgabe der gesetzlichen Vorgaben und des Leistungsauftrags die vom Spital zu erbringenden Leistungen (Art, Menge), die von ihm zu liefernden Berichte und Daten, die vom Leistungsbesteller zu leistende Abgeltung sowie die Folgen des Nichteinhaltens der vertraglichen Vorgaben genauer regeln kann.

Ergebnis-, Indikations-, Struktur- und Prozessqualität:

- Ergebnisqualität: bezieht sich auf das Behandlungsergebnis.
- Indikationsqualität: bezieht sich auf das Vorgehen der Indikationsstellung.
- Struktur- und Prozessqualität: Art, Umfang, Qualifikation des Personals und/oder der Ausstattung wie auch der Kooperationsstrukturen.

SPLG-Konzept Akutsomatik:

Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD). Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst. Die Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen wird jedes Jahr von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD ZH) aktualisiert. Beim SPLG-Konzept Akutsomatik handelt es sich um eine leistungsorientierte Planungssystematik in der Akutsomatik, deren Anwendung von der GDK empfohlen wird.

Spital(standort):

Ein Spital (inkl. Geburtshaus) ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Spitäler im Sinne der Zulassungsbestimmung nach KVG können über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen oder Teil einer grösseren Einheit wie beispielsweise einer Anstalt, einer Kapitalgesellschaft oder einer Verwaltungseinheit sein. Damit eine Betriebseinheit im Rahmen der vorliegenden GDK-Empfehlungen als Spital qualifiziert werden kann, müssen mindestens folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

1. Ein Spital erbringt stationäre medizinische Leistungen und verfügt für die selbstständige Behandlung seiner Patientinnen und Patienten über die notwendigen betrieblichen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen.
2. Die am Spital tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals.
3. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist durch räumliche Kontinuität gewährleistet.

In anderen Worten sollte sich die Zugehörigkeit eines Spitals eindeutig aus der Organisationsstruktur (Organigramm) der Spitalträgerschaft ergeben. Die Spitalbetreiberin bezeichnet ihre Spitäler möglicherweise nicht als solche, sondern als Spitalstandorte, Abteilungen, Stationen, Einheiten, Kliniken etc. Nicht die Bezeichnung, sondern die Funktion innerhalb des Spitals ist massgebend dafür, ob ein Spital im Sinne dieser Empfehlungen vorliegt. Zentral ist die räumliche Kontinuität in der Patientenversorgung. Ist diese räumliche Kontinuität nicht gegeben, ist der Betrieb als zwei (oder mehrere) Spitäler zu betrachten. Für diese gelten dann differenzierte Auflagen betreffend die Leistungserbringung, die notwendige Infrastruktur oder weiteres.

C. Empfehlungen der GDK

1. Leistungsorientierte Spitalplanung

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 ff. KVV in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2^{ter} 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 sowie bei Neuaufnahmen von Spitälern auf die Spitalliste oder Erweiterung der Leistungsaufträge von Spitälern bei bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich möglich. 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) 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. Die zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Spitalplanung bekannten aktuellsten Daten müssen berücksichtigt werden.

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

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

g) Leistungsaufträge werden mit einer Leistungsverpflichtung und einer angemessenen Kündigungsfrist versehen.

Erläuterung:

a) Das Verfahren einer Spitalplanung muss den Vorgaben der KVV folgen. Ein Bewerbungsverfahren ist integraler Bestandteil davon (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.

Im Zusammenhang mit dem Beschwerderecht der Organisationen der Versicherer gemäss Art. 53 Abs. 1bis KVG wird empfohlen, den Versicherern über ihren Verband / ihre Verbände im Rahmen der Vernehmlassung(en) des Planungsverfahrens das rechtliche Gehör zu gewähren.

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 eines Leistungsauftrags in 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 ist einer Neuerteilung eines Leistungsauftrags bzw. einer Neuaufnahme eines Spitals auf die Spitalliste gleichzusetzen.

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

- Nachvollzug von IVHSM-Entscheiden;
- Nachvollzug der Kataloganpassungen CHOP und ICD in den Leistungsgruppen-Definitionen (sofern die Leistungsaufträge 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) 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.

e) Damit kann ein effizienter und zeitgerechter Vollzug ermöglicht werden. Vor Bundesverwaltungsgericht anfechtbar ist ausschliesslich die Spitalliste.

f) Das Bundesparlament hat darauf verzichtet, die Entscheide zu den Leistungsaufträgen den Regeln des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB) zu unterstellen.

g) Mit dem Begriff der Leistungsverpflichtung sind Aufnahmepflicht und Behandlungspflicht aller Patientinnen und Patienten gemeint,

unabhängig von ihrem Versicherungsstatus. Spitäler, die ihren Leistungsauftrag integral oder in gewissen Leistungsgruppen bzw. -bereichen nicht mehr wahrnehmen *können*, haben dies dem Kanton unmittelbar mitzuteilen. Spitäler, die ihren Leistungsauftrag integral oder in gewissen Leistungsgruppen bzw. -bereichen nicht mehr wahrnehmen *wollen*, haben dies dem Kanton unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten oder gesetzlich geregelten Kündigungsfrist mitzuteilen. Der Kanton benötigt diese frühzeitige Mitteilung, damit er rechtzeitig prüfen kann, ob er zur Bedarfsdeckung Massnahmen ergreifen muss. Das Spital seinerseits benötigt diese Kündigungsfrist ebenfalls, um sich auf den Entzug des Leistungsauftrags vorzubereiten.

2. Bedarfsgerechte Spitalplanung

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 sowie die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (vgl. dazu Art. 58b Abs. 1 KVV).

Die Kantone erstellen alle fünf Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und alle zehn Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsprognose für stationäre medizinische Leistungen unter Berücksichtigung der Patientenströme. Auf diesen Grundlagen entwickeln die Kantone ihre Bedarfsplanung.

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 innerkantonaies 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 Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern beträgt.

In begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung, kann ein innerkantonaies Spital zur Deckung des Bedarfs als versorgungsrelevant betrachtet werden, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe weniger als 5 Prozent der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern beträgt. 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 ausserkantonaies

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

Erläuterung:

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. Art. 58b Abs. 1 KVV verlangt, dass namentlich auch die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Darunter sind beispielsweise die Entwicklung von Demographie, Epidemiologie, Medizintechnik, Höhe der Vergütung für eine chirurgische ambulante und stationäre Intervention, Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis zu verstehen.

Die GDK gibt alle fünf Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und alle zehn Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsprognose für stationäre medizinische Leistungen in Auftrag. Die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse sowie Bedarfsprognose werden jeweils sämtlichen Kantonen zur Verfügung gestellt. Es steht den Kantonen frei, für ihre Spitalplanungen zusätzliche kantonale Bedarfsanalysen und Bedarfsprognosen zu erstellen. Die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose bieten den Kantonen einheitliche statistische Grundlagen im Rahmen ihrer Spitalplanungen. Die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose werden zudem bei den Arbeiten zur Definition schweizweit einheitlicher Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) im Rahmen der Spezialversorgung gemäss Empfehlung 11a genutzt.

b)-c) Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird, die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt wird und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden (C-6587/2019, E. 8.3), ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten (C-4232/2014, E. 5.4.4). Ein Leistungsauftrag ist dann zu vergeben, wenn dieser zur Deckung eines relevanten Anteils des Bedarfs auf kantonaler oder regionaler Ebene notwendig ist.⁹ 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. Der Abbau oder die Verhinderung des Aufbaus von Überkapazitäten ist eines der Ziele der Spitalplanung.

d) 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 dem Angebot ausserkantonalen Spitäler, soweit diese über einen Leistungsauftrag ihres Standortkantons verfügen, wobei die Beanspruchung von ausserkantonalen Spitälern mit Zusatzkosten verbunden sein kann. Die Kantonseinwohner können sich auch in einem inner- oder ausserkantonalen Spital behandeln lassen, das mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Vergütung von Leistungen der OKP abgeschlossen hat (Vertragsspital). Die Behandlung in einem Vertragsspital kann auch mit Zusatzkosten verbunden sein.

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 Kantonsbevölkerung 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.

⁹ Bei der Prüfung der Versorgungsrelevanz kann es ausnahmsweise angezeigt sein, die Leistungsdaten auch mit der aktuellsten Version der Gruppensoftware zu gruppieren (C-2827/2019, E. 8.7).

3. Leistungsspektrum

Empfehlung 3:

- a)** Es wird empfohlen, das Leistungsspektrum in der Akutsomatik gemäss dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG-Konzept Akutsomatik) zu klassifizieren.
- b)** Die Anwendung des SPLG-Konzepts Akutsomatik ist grundsätzlich unter Einschluss der für jede SPLG festgelegten leistungsspezifischen Anforderungen empfohlen. Die Kantone können Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen.
- c)** Es wird empfohlen, die Leistungsaufträge an die akutsomatischen Spitäler gemäss den SPLG zu vergeben und für jede Leistungsgruppe mindestens einen Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantonaies Spital zu erteilen.
- 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)** Die Erteilung der Leistungsaufträge erfolgt standortbezogen. Ein Spital gelangt im Rahmen und Umfang der zugewiesenen Leistungsaufträge auf die kantonale Spitalliste. Die Weitervergabe von Leistungsaufträgen ist nicht zulässig.

Erläuterung:

- a)** Bis anhin liegt – zum Zweck der Spitalplanung – erst für den akutsomatischen Bereich eine Klassifikation der medizinischen Leistungen zu Planungszwecken vor. Seit 2011 empfiehlt die GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung des sogenannten SPLG-Konzepts Akutsomatik der GD Zürich, das inzwischen von allen Kantonen verwendet wird. Damit ist eine wichtige Basis für eine interkantonale Koordination gelegt. Im Bereich der Rehabilitation empfiehlt die GDK seit 2022 die Anwendung der Musterplanungssystematik Rehabilitation der GDK, deren Klassifikation der medizinischen Leistungen noch in Entwicklung ist. Sobald für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation ebenfalls medizinisch basierte Leistungsgruppen zum Zweck der Psychiatrie- bzw. Rehabilitations-Planung vorliegen, wird die Plenarversammlung der GDK darüber zu entscheiden haben, ob deren Verwendung den Kantonen ebenfalls empfohlen werden soll.
- b)** Die definierten Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen der einzelnen SPLG sollen gesamtschweizerisch möglichst einheitlich umgesetzt werden. Die Kantone können aber Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen.
- 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. 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 Aufnahmespflicht kennt.

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 Aufnahmespflicht nach Art. 41a KVG beziehen sich folglich einzig auf das jeweilige Leistungsspektrum, für welches das Spital einen Leistungsauftrag erhalten hat.

Gerade im Kontext der Versorgungssicherheit, aber auch der Erfüllung der Vorgaben von Art. 39 Abs. 1 KVG ist es unabdingbar, dass die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben und eingehalten werden und die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge an ein anderes Spital unterlaufen wird. Art. 58f Abs. 2 KVV verlangt denn auch ausdrücklich, dass wenn eine Einrichtung mehrere Standorte hat, der Leistungsauftrag festhält, für welchen Standort er gilt. Kooperationen zwischen Spitälern sind möglich, soweit die fachlichen Voraussetzungen gegeben sind. Die Kantone können entsprechende Auflagen in den Leistungsaufträgen vorsehen, insbesondere im Rahmen der Anforderungen der Leistungsgruppen. Bei Spitalunternehmen mit mehreren Standorten ist es dem Kanton überlassen, Vorgaben für einzelne Standorte zu formulieren.

4. Wirtschaftlichkeit

Empfehlung 4:

a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen berücksichtigt der Kanton neben der Qualität und dem Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung. Dazu müssen die Kantone eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Betriebsvergleiche vornehmen. Basis einer solchen Wirtschaftlichkeitsprüfung bildet ein Effizienzvergleich und damit in der Regel ein Vergleich der schweregradbereinigten (Fall)Kosten.

b) Die Ermittlung der schweregradbereinigten (Fall)Kosten zur Beurteilung der Effizienz 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. Wo möglich, werden die Kostendaten der GDK-Datenaustauschplattform entnommen.

c) Darüber hinaus kann der Kanton im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität eines Spitals prüfen.

d) Im Weiteren muss der Kanton neben den ausgewiesenen Kosten der einzelnen Betriebe auch das prospektive Optimierungspotenzial, das mit der Konzentration zusammenhängender Leistungsbereiche auf eine reduzierte Zahl von Leistungserbringern erreicht werden kann, angemessen berücksichtigen.

Erläuterung:

a-b) Ein Effizienzvergleich kann entweder unter einer repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler oder alternativ unter den sich für den Leistungsauftrag bewerbenden Spitälern erfolgen.

Sind Betriebsvergleiche aufgrund einer fehlenden Vergleichsmenge nicht möglich, kann auch die vertiefte Prüfung des Kostenausweises des betreffenden Spitals im Sinne der Ergänzungen zu Kapitel 2.3. der GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Leistungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation vorgenommen werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert in der Regel auf den gesamten OKP-relevanten Kosten des Spitals. Neben den Vergleichen der schweregradbereinigten OKP-relevanten Kosten der Spitäler über alle Leistungsbereiche sind gemäss Art. 58d Abs. 1 KVV auch Vergleiche auf Ebene von einzelnen oder mehreren Leistungsgruppen möglich, sofern sie im konkreten Fall aufgrund der vorhandenen leistungsgruppenspezifischen Kostendaten aussagekräftig sind. Grundsätzlich kann sich ein Kanton im Rahmen seiner Spitalplanung auf die durch einen anderen Kanton erfolgte Prüfung der korrekten Kostenherleitung abstützen.

Mit der Verwendung der Daten aus der GDK-Kostendatenaustauschplattform wird gewährleistet, dass die Kostendaten aus ITAR_K und weiteren Quellen schweizweit mit einer einheitlichen Methodik aufbereitet und transparent dargestellt werden. Dabei sind die OKP-relevanten, schweregradbereinigten Kosten gemäss Empfehlungen der GDK zur Herleitung der vergleichsrelevanten Kosten in die Betriebsvergleiche einzubeziehen. Für die Bildung von Vergleichsmengen kann ebenso auf die GDK-Empfehlungen abgestellt werden, sofern Vergleichsgruppen notwendig sind. Es ist somit zielführend, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung – soweit möglich – ähnlich vorzugehen wie bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung, aber abweichende Aspekte wie z.B. Toleranzmarge bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen oder Mehrjahresbetrachtungen zu berücksichtigen.

Bei neuen Spitalbewerbern kann ggf. nicht auf Erfahrungswerte zur Wirtschaftlichkeit abgestellt werden. In diesem Fall kann auf Planrechnungen abgestellt werden, wobei der Leistungsauftrag befristet werden kann bis zum Tatbeweis, dass die tatsächliche Wirtschaftlichkeit nicht über den Planrechnungen liegt.

Darüber hinaus kann auch im Fall der Änderung von Leistungsaufträgen oder der Konzentration von Leistungen auf Planrechnungen abgestellt werden, wobei der Leistungsauftrag ebenfalls befristet werden kann bis zum Tatbeweis, dass die tatsächliche Wirtschaftlichkeit nicht über den Planrechnungen liegt.

c) Für die langfristige Wirtschaftlichkeit kann nebst der Effizienz auch die finanzielle Stabilität eines Spitals (z.B. genügende Eigenkapitalausstattung, EBITDA/EBITDAR-Marge o.ä.) wichtig sein und deshalb als Kriterium einbezogen werden.

d) Hiermit wird der Fokus auf die betriebsübergreifende Wirtschaftlichkeit des ganzen Versorgungssystems gerichtet (vgl. dazu Art. 58d Abs. 4 KVV). Der Blick über die einzelbetriebliche Wirtschaftlichkeit hinaus ermöglicht eine bedarfsgerechte Optimierung der Versorgungsstrukturen (C-4232/2014, E. 5.4.3, 2. Absatz).

5. Qualität

Empfehlung 5:

a) Zur Beurteilung der Qualität der Einrichtungen kann der Kanton von den Spitälern und Geburtshäusern eine Selbstdeklaration einfordern, mit welcher diese bestätigen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58d Abs. 2 KVV erfüllen.

b) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen kann der Kanton leistungsspezifische Auflagen formulieren, die der Struktur- und Prozessqualität dienen, z.B. 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. Die Anforderungen bzw. Auflagen gelten pro Standort.

c) Die Kantone können im Rahmen der Qualitätssicherung weitere Vorgaben betreffend die erforderlichen Auflagen zur Qualitätssicherung, zum Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität und der qualitätssichernden Massnahmen festhalten. Diese Vorgaben sollten in den Leistungsaufträgen oder im kantonalen Recht vorgesehen werden.

d) Es wird empfohlen, die Verwendung der H+-Berichtsvorlage ("Qualitätsbericht") vorzusehen und die Berichte auf der Webseite des Kantons oder mindestens der Webseite des Spitals zu publizieren.

e) Die Kantone verpflichten im kantonalen Leistungsauftrag die Spitäler, an den durch den "Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" (ANQ) koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Die spitalindividuellen Ergebnisse werden vom ANQ nach den vom Verein definierten Grundsätzen publiziert.

f) Die Kantone können die Spitäler verpflichten, an weiteren kantonalen oder nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen und weitergehende Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit umzusetzen. Ebenso können die Kantone Vorgaben zum Aufbau des internen oder externen Qualitätsmanagements formulieren.

g) Die Kantone verpflichten die Spitäler im Bereich der Akutsomatik, die von Swissnoso für Schweizer Akutspitäler publizierten strukturellen Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcareassoziierten

Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten einzuhalten.

h) Bei Nichteinhaltung der in den Buchstaben a) – g) formulierten Vorgaben kann der Kanton angemessene Sanktionen ergreifen (vgl. Empfehlung 15).

Erläuterung:

a) Die Kantone können von den Spitälern und Geburtshäusern verlangen, dass diese im Rahmen einer Selbstdenkleration bestätigen, dass sie die Qualitätsanforderungen gemäss Art. 58d Abs. 2 KVV erfüllen. Dabei kann (muss aber nicht) gefordert werden, dass für jede Qualitätsanforderung nach Art. 58d Abs. 2 KVV einzeln ausgeführt wird, auf welche Weise sie erfüllt wird. Die Kantone sollen diese Angaben vertieft überprüfen, wenn die Selbstdenkleration qualitativ nicht ausreichend ist (z.B. lückenhafte Informationen, fehlende Belege) oder wenn Hinweise auf eine nicht wahrheitsgemässe Selbstdenkleration vorliegen. Zudem können die Spitäler und Geburtshäuser darauf hingewiesen werden, dass sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung entsprechend Qualitätsvertrag (Art. 58a Abs. 6 KVG) oder – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – an die entsprechenden vom Bundesrat festgelegten Regeln (Art. 58a Abs. 5 KVG) halten müssen.

Die Gewichtung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58d Abs. 2 KVV sowie die Festlegung weiterer Qualitätsanforderungen liegen im Ermessen der Kantone.

Bei der Beurteilung der Qualität darf auf die Ergebnisse anderer Kantone abgestützt werden (vgl. dazu Art. 58d Abs. 5 KVV).

b) Die Kantone stellen im Rahmen der gesundheitspolizeilichen 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 setzen jedoch spezifische Anforderungen voraus, z.B. bezüglich Fachpersonal oder Infrastruktur. Diese spezifischen Anforderungen in Form von generellen und leistungs(gruppen)spezifischen Anforderungen werden durch die Kantone im Leistungsauftrag formuliert (vgl. dazu Art. 58f Abs. 4 KVV).

c) Durch die Kantone können weitere Vorgaben insbesondere betreffend die Indikations- und Ergebnisqualität und qualitätssichernde Massnahmen formuliert werden. Damit soll die Transparenz gefördert und der durch das KVG geforderte Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern gestärkt werden. Dies etwa durch den Einbezug weiterer Kennzahlen zur Beurteilung der Qualität (z.B. BAG/CHIQL-Indikatoren).

d) Qualitätsberichte der einzelnen Spitäler helfen, die Qualitätsbemühungen der Spitäler für die Öffentlichkeit besser sichtbar und vergleichbar zu machen. Für die Inhalte der Qualitätsberichte (insbesondere qualitätssichernde Massnahmen und die Indikations- und Ergebnisqualität) wird die Benützung der Berichtsvorlage von H+ empfohlen, da diese die gewünschte schweizweite Vergleichbarkeit ermöglicht und den Empfehlungen „Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die

medizinische Behandlungsqualität“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) entspricht. Der H+-Qualitätsbericht ersetzt aber weder die Pflichtinstrumente zum Controlling der von den Kantonen vergebenen Leistungsaufträge noch die obligatorischen und vertraglich vereinbarten ANQ-Messungen über die Ergebnisqualität (vgl. Buchstabe e).

Die Kantone können die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsberichte bei der Erteilung von Leistungsaufträgen nach eigenem Ermessen berücksichtigen.

e) Die Teilnahme an den Messungen des "Nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" (ANQ) sichert eine breite Basis für die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit von Qualitätsindikatoren. Auch wenn diese die Qualität der Leistungserbringung in ihrer ganzen Komplexität nicht hinreichend abzubilden vermögen, stellen die Koordinationsbestrebungen eine notwendige Bedingung dar, um ein Fundament in der gesamtschweizerisch vergleichbaren Qualitätsmessung zu legen. Die Kantone sind bestrebt, die Massnahmen nach Art. 58a KVG im Rahmen des ANQ zusammen mit den Versicherern und Leistungserbringern zu koordinieren.

f) Der Aufbau eines Qualitätsmanagements bildet eine Voraussetzung für die Sicherung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Weitere qualitätssichernde Massnahmen und Qualitätsmessungen kann der Kanton nach seinem Ermessen festlegen. Entsprechende Ergebnisse kann der Kanton als Auswahlkriterium bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen berücksichtigen (vgl. dazu Art. 58d Abs. 3 KVV).

g) Die Festlegung von Mindestanforderungen zur Reduktion von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI) auf Spitalebene ist erstrebenswert. Die wirksame Überwachung, Prävention und Bekämpfung ist Teil eines jeden Qualitätsverbesserungssystems. Dazu sind entsprechende Strukturen und Entscheidungsbefugnisse erforderlich. Zur Optimierung der HAI-Prävention hat Swissnoso einheitliche, strukturelle Mindestanforderungen für Schweizer Akutspitäler in Absprache mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und u.a. mit Unterstützung der GDK erarbeitet.

h) Nur mit der Möglichkeit von Sanktionen kommt den qualitätssichernden Massnahmen die notwendige Verbindlichkeit zu. Der Kanton ist zum Ergreifen von Sanktionen durch die gesundheitspolizeiliche Aufsichtsfunktion legitimiert. Die Sanktionen werden zweckmässigerweise in der kantonalen Gesetzgebung vorgesehen.

6. Erreichbarkeit

Empfehlung 6:

a) Der Kanton kann die Erreichbarkeit für die in Frage stehende Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV) als wichtiges Kriterium für die Erteilung des Leistungsauftrags definieren.

b) Bei der Evaluation der Erreichbarkeit kann der Kanton zwischen Leistungen der Grundversorgung und der Spezialversorgung (inkl. je dazugehöriger Notfallversorgung) einerseits, sowie den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation andererseits, angemessen differenzieren.

Erläuterung:

a) Die Gewährleistung der Erreichbarkeit eines Spitals der Grundversorgung innert nützlicher Frist ist zentral, insbesondere bei dezentralen Versorgungsstrukturen. Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton unter Berücksichtigung der Art der Leistung (Grundversorgung oder Spezialversorgung) ein geographisch naheliegendes Angebot einem anderen Angebot vorziehen, auch wenn letzteres in Bezug auf andere Kriterien vorteilhafter ist.

b) Erreichbarkeitskriterien sind insbesondere für die bedarfsorientierte Grundversorgung wichtig. Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton unter Berücksichtigung der Art der Leistung (Grundversorgung oder Spezialversorgung) unterschiedliche Richtwerte zur Erreichbarkeit anwenden, um zwischen Grundversorgung und Spezialversorgung (inkl. je dazugehöriger Notfallversorgung) einerseits, sowie den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation andererseits, angemessen zu differenzieren.

7. Mindestfallzahlen

Empfehlung 7:

a) Der Kanton kann als Basis für die Zuteilung bestimmter Leistungen in bestimmten Leistungsgruppen Mindestfallzahlen gemäss Art. 58d Abs. 4 und Art. 58f Abs. 4 Bst. f KVV festlegen.

b) Wenn Mindestfallzahlen festgelegt werden, gelten sie in der Regel pro Spitalstandort. Der Kanton kann, unter Berücksichtigung der Art der betroffenen Leistung, bei der Festlegung der Mindestfallzahlen zwischen dem Spital und einer differenzierteren Betrachtung unterscheiden (Operateur, Team, etc.).

c) Die Beurteilung der Fallzahlen 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.

d) Neue Leistungsanbieter können auch in Leistungsbereichen mit definierten Mindestfallzahlen provisorisch zugelassen werden, wenn aufgrund der betrieblichen Strukturen und der regionalen Gegebenheiten ein Erreichen der erforderlichen Fallzahlen im Laufe von längstens drei Jahren erwartet werden kann.

Erläuterung:

- a) Bei der Festlegung von Mindestfallzahlen stehen spezialisierte stationäre Behandlungen im Vordergrund. Die Bestimmung in Art. 58d Abs. 4 KVV umfasst neben den Mindestfallzahlen auch die Nutzung von Synergien und das Potenzial der Konzentration von Leistungen. Die Definition von Mindestfallzahlen kann nur soweit vorgenommen werden, als sie in diesem Kontext von Relevanz ist. Entsprechend gilt sie nicht zwingend für alle, sondern für die vom Kanton zu bezeichnenden Leistungen oder Leistungsgruppen (vgl. Art. 58f Abs. 4 Bst. f KVV). Mindestfallzahlen können grundsätzlich in allen drei Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) festgelegt werden. Mindestfallzahlen sind Bestandteil der leistungsspezifischen Anforderungen des SPLG-Konzepts Akutsomatik und als solche Teil der Empfehlungen der GDK vom 27.1.2011 und 25.5.2018 zur Anwendung des SPLG-Konzepts Akutsomatik im Rahmen der Spitalplanung. Die Kantone können von den im SPLG-Konzept Akutsomatik formulierten leistungsspezifischen Anforderungen abweichen.
- b) Kantone, die Mindestfallzahlen festlegen, können diese weiter differenzieren. Fallzahlen können grundsätzlich auch der Expertise des Operators und seinem Team zugeordnet werden.
- c) Die erbrachten Fälle sind im Zusammenhang mit den Ergebnissen von Qualitätsmessungen ein 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 muss daher nicht zu Sanktionen Anlass geben, sondern kann ggf. auch zu einer Neuevaluation führen.
- d) Mit dieser Empfehlung soll die Möglichkeit abgebildet werden, dass ein neuer Anbieter in den Markt eintreten könnte oder dass ein Spital einen einmal verlorenen Leistungsauftrag bei geänderten Rahmenbedingungen oder nach Erschliessung neuer personeller Ressourcen wiedererlangen könnte.

8. Mengensteuerung

Empfehlung 8:

- a) Die Kantone können spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten ergreifen. Es stehen dazu zusätzliche Instrumente der Mengensteuerung zur Verfügung.
- 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 oder die Vergütung in Form eines Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG beschränken.
- c) Wenn ein Kanton entscheidet, die Leistungsmengen eines Spitals direkt zu beschränken, muss er sich mit den anderen

Kantone absprechen, um sicherzustellen, dass der Bedarf der Bevölkerung der anderen Kantone in diesem Spital gedeckt wird und gegebenenfalls, um zu definieren, wie dieser Bedarf berücksichtigt werden muss. Es ist zu präzisieren, für wen (Einwohner welcher Kantone) und für welche medizinischen Leistungen die Mengenbeschränkung gilt.

d) Wird im Leistungsauftrag die maximale Anzahl der zu behandelnden Fälle oder eine Globalvergütung festgelegt, sollte dieser auch die Folgen bei Überschreiten der Leistungsmenge beinhalten.

e) Der Leistungsauftrag kann Anforderungen in Bezug auf die Einhaltung von spitalübergreifenden Geräteplanungen enthalten. Dabei sollte nach Erneuerungsinvestitionen und laufenden Anschaffungen bis zu einem gewissen Wert, welche die Spitäler in eigener Kompetenz tätigen können, einerseits und Anschaffungen von Grossapparaten andererseits unterschieden werden, deren Beeinflussung von öffentlichem Interesse sein kann.

f) Die Erbringung von stationären Leistungen kann eingeschränkt werden, wo die ambulante Leistungserbringung in der Regel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher ist (ambulant vor stationär; AVOS). Wenn bei solchen Leistungen ungerechtfertigt stationär behandelt wird, muss der Kanton die entsprechenden Fälle nicht mitfinanzieren.

Erläuterung:

a) Mögliche Anknüpfungspunkte für solche Instrumente zur Verhinderung von unverhältnismässigen Mengenausweitungen und Überkapazitäten sind beispielsweise:

Gesamtumfang der Vergütungen des Kantons:

Gestützt auf Art. 51 KVG kann die gesamte finanzielle Beteiligung des Kantons jährlich auf der Grundlage der Spitalplanung, der tatsächlichen Tätigkeit (Anzahl Fälle und Casemix-Index) der vorangehenden Jahre, der freien Spitalwahl, der Wirtschaftlichkeit und Nützlichkeit der Leistungen, der Entwicklung der Tarifstruktur und der anerkannten Tarife budgetiert werden.

Maximalfallzahlen:

Der Kanton kann den Listenspitälern bedarfsgerecht für ausgewählte oder alle Spitalleistungsgruppen eine jährliche Maximalfallzahl an stationären OKP-Behandlungen von Kantonseinwohnern vorgeben.

Bewilligungspflicht für Erweiterungsinvestitionen:

Der Kanton kann für sämtliche Listenspitäler eine Bewilligungspflicht für Erweiterungsinvestitionen (Investitionen, die eine Kapazitätsausweitung zur Folge haben) vorsehen.

Kontrolle der Zunahme der Bettenzahl:

In der Psychiatrie und der Rehabilitation kann die Zunahme der Bettenzahl im Vergleich zur im Zeitpunkt der Spitalplanung pro Spital berücksichtigten Bettenzahl beschränkt werden.

b) 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 (BGE 138 II 398), nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts jedoch nicht (C-7017/2015, E. 11.5; C-4302/2011, E. 6.2.2). Letztlich führt jede Mengensteuerung direkt oder indirekt zu Vorgaben zu den Bettenkapazitäten.

Das Überschreiten einer beschränkten Menge 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, was gemäss Art. 58f Abs. 6 KVV unzulässig ist (vgl. auch C-7017/2015, E. 11.4). Wird das Instrument der Mengensteuerung angewendet, sollten diese 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.

c) Die Mengensteuerung ist im Übrigen von Mindestfallzahlen zu unterscheiden (s. Empfehlung 7). Wenn ein Kanton die Leistungsmengen eines Spitals direkt limitiert, muss er gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG sicherstellen, dass er seine Planung koordiniert, d.h. sicherstellen, dass der Bedarf der anderen Kantone berücksichtigt ist. Das Bundesverwaltungsgericht ist der Ansicht, dass die Pflicht der Kantone, ihre Spitalplanung zu koordinieren, wie sie in Art. 39 Abs. 2 KVG vorgesehen und in Art. 58e KVV konkretisiert ist, generell gilt und nicht nur, um Unterkapazitäten bei Spitalleistungen zu verhindern (C-6266/2013, E. 4.5).

d) Sind Beschränkungen von Leistungsmengen geplant, empfiehlt es sich zu prüfen, ob diese in die Spitalliste aufzunehmen sind (C-995/2019, C-4029/2019, E. 7.2.3). 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 ein kantonaler Leistungsauftrag eine Mengenbeschränkung vorsieht und diese vom Leistungserbringer bei den entsprechenden Kantonsangehörigen überschritten wird, so ist der betreffende Kanton nicht verpflichtet, den ganzen Kantonsanteil der betroffenen stationären Behandlungen zu übernehmen (Bundesgerichtsurteile 9C_493/2018, E. 4.1 f. und 9C_540/2018, E. 4.3 ff.)

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.

e) 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.

f) Unterschiedliche, nicht aufeinander abgestimmte Finanzierungssysteme im stationären und ambulanten Versorgungsbereich können die Spitäler veranlassen, medizinisch nicht indizierte Hospitalisationsentscheide zu treffen, um die lukrativere Entschädigung zu erlangen. Soweit solche Entwicklungen nicht durch die Bundesgesetzgebung eingeschränkt oder verunmöglicht werden (vgl. Art. 3c KLV i.V.m. Anhang 1a der KLV), können die Kantone entsprechende Einschränkungen verfügen. Dafür ist eine kantonale Rechtsgrundlage zu empfehlen.

9. Aufnahmepflicht

Empfehlung 9:

a) Die Kantone sind angehalten, für die Einhaltung der Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 2 KVG zu sorgen. Ziel der Aufnahmepflicht ist es, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und diskriminierende Aufnahmepraktiken von Listenspitälern zu verhindern.

b) Zur Gewährleistung des Zugangs der allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten zu den vorhandenen Spitalkapazitäten der Listenspitäler kann der Kanton einen Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten formulieren, den alle Listenspitäler erfüllen müssen.

c) Als ausschliesslich allgemein versichert gelten Patientinnen und 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.

Erläuterung:

a) Die Bevölkerung hat den Anspruch, sich auch ohne Zusatzversicherung in einem Spital behandeln lassen zu können. 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) Damit kann nebst der Erfüllung der Aufnahmepflicht die damit verbundene Behandlungspflicht gewährleistet werden.

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

10. Notfallaufnahme

Empfehlung 10:	a) Das Führen einer Notfallaufnahme sowie die damit verbundenen Anforderungen können als Auflage formuliert werden. b) Der Kanton kann im Zusammenhang mit der Notfallversorgung weitere Auflagen formulieren, insbesondere bezüglich Aufnahmebereitschaft und Vorkehrungen zum Katastrophenschutz.
-----------------------	---

Erläuterung:	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. 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. b) 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.
---------------------	--

11. Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme

Empfehlung 11:	a) Sobald die notwendigen Grundlagen vorliegen, orientieren sich die Kantone bei ihren Spitalplanungen an Spitalversorgungsräumen. Diese ergeben sich aus den nachfolgenden Schritten¹⁰: Die Kantone erarbeiten - eine schweizweit einheitliche Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen Grundversorgung und Spezialversorgung und - schweizweit einheitliche Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung. Für die Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen und die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung berücksichtigen die Kantone die
-----------------------	--

¹⁰ Vorerst im Bereich Akutsomatik.

Patientenströme, die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und -prognose sowie insbesondere die Kriterien der Erreichbarkeit, der Komplexität der Leistungen und der Fallzahlen.

Im Bereich der Grundversorgung koordinieren die Kantone ihre Spitalplanungen gemäss den Vorgaben des KVG und der KVV. In der Spezialversorgung erfolgt die Spitalplanung – nebst den Vorgaben von KVG und KVV – unter Anwendung der schweizweit einheitlichen Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung).

In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation gehen die Kantone zu gegebenem Zeitpunkt prozessual analog vor.

b) Die Patientenströme (Ab- und Zuflüsse) und der prognostizierte Bedarf werden anhand der Leistungsbereiche – wo sinnvoll nach den einzelnen Leistungsgruppen – analysiert.

c) Im Rahmen einer neuen Spitalplanung lädt der planende Kanton diejenigen Kantone zu einer Stellungnahme ein,

- die benachbart sind,
- die Standortkanton eines durch den planenden Kanton auf die Spitalliste aufgenommenen oder zur Aufnahme vorgesehenen, ausserkantonalen Spitals sind,
- die Spitäler des planenden Kantons auf ihre Spitalliste aufgenommen haben oder dies vorsehen,
- aus denen gewichtige Patientenströme in die innerkantonalen Spitäler des planenden Kantons fliessen und/oder voraussichtlich fliessen werden¹¹,
- in welche gewichtige Patientenströme des planenden Kantons fliessen werden und/oder voraussichtlich fliessen werden sowie
- wenn die Koordination zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann.

Werden allfällige, im Rahmen einer solchen Stellungnahme gestellten Gesuche nicht berücksichtigt, ist dies vom planenden Kanton schriftlich zu begründen.

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

e) Die Kantone, welche ausserkantonale Spitäler auf ihre Spitalliste aufnehmen, müssen die Erteilung dieser Leistungsaufträge mit den Standortkantonen dieser Spitäler koordinieren.

Erläuterung:

a) Bevor sich die Kantone bei ihren Planungen an Spitalversorgungsräumen orientieren können, bedarf es zunächst der Bereitstellung der notwendigen Grundlagen (gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose;

¹¹ Die Werte gemäss Empfehlung 2, Buchstabe d können bei der Beurteilung der Gewichtigkeit herangezogen werden.

schweizweit einheitliche Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen Grundversorgung und Spezialversorgung; Definition schweizweit einheitlicher Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung).

Im Rahmen ihrer Spitalplanungen stützen sich die Kantone auf die periodisch aktualisierte gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose gemäss Empfehlung 2a ab.

Die in der Empfehlung aufgeführten Kriterien für die Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen sowie zur Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung sind beispielhaft und nicht abschliessend. Welche Kriterien zusätzlich zu berücksichtigen sind, welche für die Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen zur Anwendung gelangen, welche bei der Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung relevant sind und welche in beiden Fällen zur Anwendung gelangen, wird im Rahmen der konkreten Umsetzungsarbeiten entschieden.

Die Unterteilung in Grundversorgung und Spezialversorgung (inkl. je dazugehöriger Notfallversorgung) dient dazu, im Bereich der Spezialversorgung die Koordination zu verstärken. Die Grundversorgung wird dabei mehr umfassen als das bisher bekannte Basispaket im SPLG-Konzept Akutsomatik. Die Tarifstrukturen zur Finanzierung der Spitäler werden die Unterteilung in Grundversorgung (in der Nähe) und Spezialversorgung berücksichtigen.

Für die Spezialversorgung definieren die Kantone gemeinsam schweizweit einheitliche Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung). Daraus ergeben sich für die SPLG kriterienbasiert unterschiedliche Spitalversorgungsräume auf kantonaler, regionaler oder nationaler Ebene.

Für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung an die Spitäler gelten die von den Kantonen gemeinsam definierten Kriterien, die als Struktur- und Prozesskriterien aus medizinischer Sicht zu bestimmen sind. Kooperationen zwischen den Spitälern sollen berücksichtigt und gezielt gefördert werden. Das führt zu einer intensiven interkantonalen Koordination, insbesondere bei medizinisch komplexeren oder kostenintensiven SPLG. Die Spitallistenentscheide fallen die Kantone in eigener Kompetenz. Für die kriterienbasierte Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen sowie die Definition der Kriterien zur Erteilung von Leistungsaufträgen (Zuteilung) in der Spezialversorgung erfolgt eine Erweiterung des SPLG-Konzeptes Akutsomatik. Das entsprechende Verfahren wird auf Ebene GDK definiert.

Das SPLG-Konzept Akutsomatik wird von allen Kantonen zur Planung der Akutsomatik verwendet. Für die Bereiche der Psychiatrie und Rehabilitation liegen noch keine Klassifikationen der medizinischen Leistungen zu Planungszwecken vor, welche die GDK den Kantonen zur Anwendung empfiehlt. Sie werden folgen. Bis dahin ist ein koordiniertes Vorgehen der Kantone anhand von Spitalversorgungsräumen auf Grund der fehlenden gemeinsamen Systematik nur eingeschränkt möglich.

b) 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. Der Austausch der Patientenströme unter den Kantonen sollte sinnvollerweise vor Eröffnung der Vernehmlassung der Planungsberichte erfolgen (vgl. Buchstabe c).

c) 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.

d) Bei einer Aktualisierung der Spitalliste sind die direkt von den geplanten Änderungen betroffenen Kantone zu einer Stellungnahme einzuladen. Direkt betroffen ist ein Kanton, wenn der Leistungsauftrag eines ausserkantonalen Leistungserbringers, der für ihn bedarfsnotwendig ist, eine Änderung erfährt oder wenn der Leistungsauftrag eines Leistungserbringers mit Standort in seinem Kanton eine Änderung erfährt. Wird ein neuer Leistungsauftrag erteilt, der eine Kapazitätsausweitung zur Folge hat und der damit Auswirkungen auf die Patientenströme zwischen benachbarten Kantonen (resp. innerhalb einer Versorgungsregion) haben könnte, muss vorgängig mit diesen Kantonen eine Koordination erfolgen (C-5379/2018, E. 5.10; C-1565/2017, E. 4.7.2).

e) Dies 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 Spitälern 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. 58e KVV.

12. Datenlieferung

Empfehlung 12:

a) Der Kanton verpflichtet den Leistungserbringer im Rahmen des Leistungsauftrags explizit zur zeitgerechten Lieferung vollständiger und richtiger Daten der sozial-medizinischen Institutionen, der Gesundheitsstatistiken des BFS, der Kostendaten gemäss Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und der von der SwissDRG AG eingeforderten Daten, soweit diese Daten den Kantonen nicht durch das BFS zur Verfügung gestellt werden.

b) Allfällige weitere Verpflichtungen zur Datenlieferung an den Kanton sind ebenfalls 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.

c) Die Kantone können die Publikation der Fallzahlen in allen Leistungsgruppen oder in höherem Detailierungsgrad vorsehen. Die Spitäler sind verpflichtet, die dafür notwendigen Angaben zu liefern.

d) Im Leistungsauftrag wird auf die im kantonalen Recht vorgesehenen Sanktionen bei Verstössen gegen die Verpflichtung zur Datenlieferung verwiesen. Die Verankerung dieser Sanktionen im kantonalen Recht wird empfohlen.

Erläuterung:

a) Die Datenerhebung ist trotz Obligatorium zur Teilnahme an den Statistiken des BFS und der Verpflichtung zur Lieferung an die SwissDRG AG (Art. 49 Abs. 2 KVG) nicht vollständig. Die vollständige Teilnahme ist deshalb im Rahmen allfälliger Leistungsaufträge sicherzustellen, soweit die entsprechenden Daten den Kantonen nicht durch das BFS zur Verfügung gestellt werden.

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

c) Die Veröffentlichung der Fallzahlen gibt, idealerweise im Zusammenhang mit entsprechenden Ergebnissen von Qualitätsmessungen, einen Anhaltspunkt für die Erfahrung, über das ein Spital bei den entsprechenden Leistungen verfügt. Den Zugang zu dieser Information wollen die Kantone für die Patientinnen und Patienten und die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte gewährleisten.

d) Sanktionen unterstützen die Verbindlichkeit der Verpflichtung zur Datenlieferung. Die Sanktionen können finanzieller Art sein oder bis zum Entzug des Leistungsauftrags reichen (vgl. Empfehlung 15).

13. Arbeitsbedingungen

Empfehlung 13:

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 bestimmter spezifischer Anforderungen gesamtarbeitsvertraglicher Regelungen im Leistungsauftrag als anwendbar erklären.

c) Der Kanton kann im Rahmen des Leistungsauftrags Lohnobergrenzen festlegen. Er verankert in den Leistungsaufträgen für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht führen.

Erläuterung:

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. Obwohl die Vorgabe zur Einhaltung der Arbeitsbedingungen insofern rechtskonform ist als diese Bedingungen insbesondere das Ziel der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu unterstützen vermögen, bedeutet dies selbstverständlich nicht, dass alle Arbeitsbedingungen jeglicher Art der Erreichung eines solchen Ziels dienen. Vielmehr gilt es, die konkreten, von den Einrichtungen einzuhaltenden Arbeitsbedingungen zu definieren und aufzuzeigen, wie sie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen, und letztendlich eine zielführendere Bewertung dieser Qualität und Wirtschaftlichkeit, garantieren bzw. verbessern können (C-7017/2015, E. 10.7.1).

c) Solche Vorgaben zur Besoldung können einen Beitrag zur Vermeidung von Überentschädigung und somit Übertreibung des Gesundheitswesens leisten. Mit Verboten von mengenabhängigen Bonuszahlungen können die Anreize zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung reduziert werden (vgl. dazu auch Art. 58f Abs. 7 KVV).

14. Ausbildungsleistungen

Empfehlung 14:

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

b) Die Leistungen der Aus- und Weiterbildung bei den nicht universitären Gesundheitsberufen werden als Auflagen im Leistungsauftrag formuliert. Die Vorgaben orientieren sich am Ausbildungspotenzial des Leistungserbringers, welches nach kantonal einheitlichen Kriterien ermittelt wird.

c) Wendet der Kanton ein Ausgleichsmodell an,¹² so wird empfohlen, sich für die Mindestansätze an den Normbeträgen für die Ausbildungsleistungen gemäss GDK-Empfehlung vom 20. April 2023 zu orientieren.¹³

d) Es wird empfohlen, bei der Vergabe von Leistungsaufträgen das Interesse am Erhalt eines regional, national und international hohen Lehr- und Forschungsniveaus zu berücksichtigen. Ziel der jeweiligen Spitalplanung muss daher sein, Spitälern mit Lehr- und Forschungsauftrag Leistungsaufträge im erforderlichen Umfang zuzusprechen, damit diese in der Lage sind, das regional, national und international hohe Lehr- und Forschungsniveau zu halten.

Erläuterung:

a) Die Kantone finanzieren diese Leistungen. Sie fliessen nicht in die leistungsbezogenen Pauschalen ein. Daher regelt der Kanton die Finanzierung separat¹⁴¹⁵. Die interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV) bezweckt die Förderung der ärztlichen Weiterbildung. Sie legt fest, dass die gemäss der vom Bund akkreditierten Weiterbildungsordnung anerkannten Weiterbildungsstätten für ihre Ausbildungsleistungen mit einem einheitlichen Mindestbetrag abgegolten werden und die unterschiedliche finanzielle Belastung unter den Kantonen ausgeglichen wird.¹⁶

b) Diese Leistungen stellen keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar. Ihre Kosten sind demnach anrechenbar und nach den Regeln von Art. 49a KVG zu finanzieren. Aus diesem Grund sind diese Leistungen als Auflage zu formulieren (vgl. dazu die Anforderungen gemäss Art. 39 Abs. 1^{bis} KVG, in Kraft bis 30. Juni 2032). Indem alle Leistungserbringer eines Kantons nach den gleichen Kriterien auf einen bestimmten Umfang an Ausbildungsleistungen verpflichtet werden, werden allfällige Wettbewerbsnachteile vermieden. Eine entsprechende kantonalgesetzliche Grundlage kann von Vorteil sein.

c) Die Normbeträge basieren auf verschiedenen Studien zur Erhebung der Nettonormkosten der praktischen Ausbildung bei den nicht universitären Gesundheitsberufen. Die Nettonormkosten ergeben sich aus der Differenz der Gesamtkosten (Betreuungsaufwand, Tätigkeiten im Zusammenhang mit der

¹² Ausgleichsmodell im Sinne eines Bonus-Malus-Systems: Leistungserbringer, die ihr Ausbildungs-Soll nicht erreichen, müssen eine entsprechende Strafzahlung ausrichten; Leistungserbringer, die übererfüllen, erhalten einen Bonus.

¹³ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun_gesundheitsberufe/EM_Abgeltung_Ausbkosten_nicht-univ_Gesberufe_20230420_def_d.pdf (Abgeltung der praktischen Ausbildungskosten in nicht universitären Gesundheitsberufen vom 20. April 2023).

¹⁴ Im Auftrag der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) werden seit 2016 die IST-Gesamtkosten des Medizinstudiums, d.h. die an der Universität und am Universitätsspital anfallenden Ausbildungskosten, erhoben (Projekt «EKO»). Die Zahlen zu den Kostenindikatoren für die fünf Universitätsstandorte sind auf der Website der SHK publiziert: <https://shk.ch/de/dokumentation/publikationen>. Die Erhebung der Daten soll weitergeführt werden mit dem Ziel, sie längerfristig in die Hochschulfinanzstatistik des BFS zu integrieren. Ausserdem kommt ein von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in Auftrag gegebenes Gutachten zum Schluss, dass die Methodik w² zur Tätigkeitserhebung sachgerecht und zweckmässig ist, um die Kosten der universitären Lehre und Forschung von den Behandlungskosten der stationären Fälle zu trennen.

¹⁵ Gemäss revidierter VKL umfasst der Ausdruck «universitäre Lehre» die Kosten für die Aus- und Weiterbildung (bis zum Fachtitel) der Studierenden eines Medizinalberufes gemäss MedBG. Die Psychologieberufe sind nicht eingeschlossen.

¹⁶ Vgl. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerztliche_weiterbildung/IKV_WFV_ple-nar_BeitrV_20141120_in_Kraft_d.pdf (Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) vom 20. November 2014).

Ausbildung, Sachaufwand) und des Nutzens (produktive Leistungen der Lernenden).

d) Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass die Spitäler mit Lehr- und Forschungsauftrag bei Leistungen, die im Zusammenhang mit diesem Auftrag stehen, die gemäss internationalen Standards notwendigen Fallzahlen erreichen. Nur so ist gewährleistet, dass sie genügend Ärztinnen und Ärzte ausbilden können, die in der Lage sind, den Bedarf an erstklassig qualifizierten Ärztinnen und Ärzten in den übrigen Spitälern der Schweiz zu decken. Diesem Grundsatz ist bei der Spitalplanung und der interkantonalen Koordination der Spitalplanungen Rechnung zu tragen.

15. Controlling, Aufsicht und Sanktionen

Empfehlung 15:

a) Es wird empfohlen, dass der Kanton im Rahmen des Leistungscontrollings periodisch überprüft, ob die im Leistungsauftrag festgeschriebenen Leistungen im Sinn der Leistungspflicht erbracht wurden. Weiter wird empfohlen, dass der Kanton dann jeweils überprüft, ob die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Anforderungen erfüllt wurden und ob nur Leistungen erbracht werden, für die das Spital über einen Leistungsauftrag eines Kantons verfügt. Bei Leistungserbringung ohne Auftrag ist der Kanton nicht verpflichtet, den kantonalen Anteil an der Vergütung zu begleichen oder kann diesen, sollte er bereits bezahlt worden sein, zurückfordern.

b) Der Kanton kann für konkret bezeichnete Verstösse (z.B. gegen die Leistungsaufträge oder die Leistungspflicht) Sanktionen festlegen. Die Tatbestände (Verstösse) und die Sanktionen sollten im kantonalen Gesetz verankert werden.

Erläuterung:

a) Die Leistungsaufträge sind bindend und verbieten es den Leistungserbringern, Behandlungen oder Untersuchungen ausserhalb des Leistungsauftrags zulasten des Kantons und der OKP zu erbringen. Es ist Sache des Auftraggebers, die Einhaltung des Leistungsauftrags zu kontrollieren und bei Überschreitung einzugreifen, den kantonalen Vergütungsanteil zurückzufordern und die Krankenversicherer zu informieren. Dabei geht es nicht nur um die Rückerstattung, sondern die Durchsetzung der Leistungsaufträge. Dies ist auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, die in den Listenspitälern Anspruch auf Leistungserbringung innerhalb der staatlich geprüften Angebote haben. Zudem kann die Leistungserbringung ausserhalb der Leistungsaufträge die Koordinations- und Konzentrationseffekte der Spitalliste unterlaufen.

Sind von den Spitälern ohne Leistungsaufträge erbrachte Leistungen nicht begründbar (bspw. Notfalleingriff), sind sie vom Kanton auch nicht zu vergüten. Es besteht für die Kantone keine Rechtsgrundlage zur Mitfinanzierung solcher Fälle. Die entsprechenden Kantonsbeiträge sind deshalb zurückzufordern.

b) Sanktionen müssen verhältnismässig sein und können je nach Schwere der Verletzung einzeln oder kumulativ verfügt werden:

- Busse
- vollständige oder teilweise Rückerstattung von Finanzierungsanteilen der öffentlichen Hand,
- vollständige oder teilweise Rückerstattung von Subventionen,
- Abschöpfung unrechtmässig erlangter Vorteile.

Bei schweren oder wiederholten Verletzungen kann der Kanton den Leistungsauftrag ganz oder teilweise entziehen.

16. Datenschutz und Informationssicherheit

Empfehlung 16:

a) Es wird empfohlen, dass die Kantone die Listenspitäler zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäss kantonalem und Bundesrecht verpflichten.

b) Zudem wird empfohlen, die Listenspitäler zur Führung eines Informationssicherheits-Managementsystems (ISMS) oder zur Umsetzung bestimmter Massnahmen eines ISMS zu verpflichten.

c) Der Kanton kann die Listenspitäler verpflichten, die technischen Hilfsmittel des Bundesamts für Cybersicherheit (BACS) im Spital einzusetzen und sich am Informationsaustausch des BACS zu beteiligen.

Erläuterung:

a) Lückenloses Gewährleisten von Datenschutz und Informationssicherheit ist eine Voraussetzung für die Fähigkeit zur Wahrnehmung des Leistungsauftrags. Die Listenspitäler sollen daher alle erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen treffen, um die Erfüllung der anwendbaren Gesetzesbestimmungen in Bezug auf Datenschutz und Datensicherheit sicherzustellen und ihre Daten vor Verlust und unbefugter Kenntnisnahme, Bearbeitung und Entwendung zu schützen.

b) Das Aufstellen von Verfahren und Regeln innerhalb einer Organisation im Rahmen eines Informationssicherheits-Managementsystems (ISMS) dient dazu, die Informationssicherheit dauerhaft zu definieren, zu steuern, zu kontrollieren, aufrechtzuerhalten und fortlaufend zu verbessern. Mit Blick auf die genutzten ISMS ist der aktuelle Stand der Technik zu berücksichtigen und es wird empfohlen, sich an einschlägigen internationalen Standards (z.B. ISO 2700x-Reihe, Vorgaben des deutschen Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik BSI) zu orientieren. Erscheint die Verpflichtung zur Führung eines vollumfänglichen ISMS unverhältnismässig, sollten die Spitäler immerhin zur Umsetzung jener konkreten Massnahmen eines ISMS verpflichtet werden, die vom Bundesamt für Cybersicherheit (BACS) empfohlen werden.

c) Das einwandfreie Funktionieren und die permanente Einsatzbereitschaft der in den Spitälern allgegenwärtigen IT-Systemen sowie die dort vorhandenen hochsensiblen Patientendaten verlangen nach dem bestmöglichen Schutz vor Cyberangriffen. Die nationale Fachstelle für die technische Cybervorfalls-Bewältigung und die technische Analyse von Cyberbedrohungen des BACS, das GovCERT, hat technische Hilfsmittel entwickelt, welche Angriffsversuche von bekannten kriminellen Netzwerken automatisch blockieren. Der Austausch über Angriffe und Probleme läuft über die Austauschplattform «Cyber Security Hub» des BACS.