

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung

Bericht des Arbeitsausschusses
„Leistungsorientierte Spitalplanung“
zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen
Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Bern, Juli 2005



Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2005), Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung, Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der GDK, Bern. (<http://www.gdk-cds.ch/57.0.html>).

Bericht zu beziehen bei: office@gdk-cds.ch.

Mitglieder des Arbeitsausschusses:

- Michael Jordi, GDK/CDS (Leitung)
- Roland Unternährer, GDK/CDS (Leitung; Sekretariat)
- Semya Ayoubi, GDK/CDS
- Patrick Andenmatten, FR
- Rolf Arnold, AR
- Giorgio Baumann, AG/BL
- Cristina Benedetti, BE (bis 31.12.04)
- Iva Bolgiani, TI
- Lukas Erb, BL (bis 1.11.04)
- Nicola Marzo, GE
- Felix Engeler, AG (ab 1.1.05)
- Christine Huber, BS (ab 1.7.04)
- André Meister, BFS
- Michel Montavon, VD
- Natalie Nanchen, VS (bis 30.6.04)
- Arianna Radaelli, NE
- Sigfried Schuster, ZH
- Jean-Blaise Seppey, VS (dès le 1.7.04)
- Thomas Spuhler, BE (ab 1.1.05)
- Hanspeter Vogler, LU
- Philipp Waibel, BS (bis 30.6.04)
- Daniel Zahnd, BAG/OFSP



INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
2	Leitsätze zur leistungsorientierten Spitalplanung	7
3	Grundsätze	14
4	Rechtsgrundlagen	17
5	Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen	21
5.1	Planungshypothesen und Planungsziele	24
5.2	Planungsgrundlagen	25
5.2.1	<i>Datenquellen</i>	25
5.2.1.1	<i>Datenverfügbarkeit</i>	27
5.2.1.2	<i>Datenqualität</i>	28
5.2.2	<i>Datenauswertung</i>	29
5.3	Darstellung der IST-Situation	30
5.3.1	<i>Auswertungssystem und Datenaggregationsebene</i>	30
5.3.1.1	<i>DRG-Auswertungssysteme</i>	31
5.3.1.2	<i>Clinical Classification Software, CCS-CH</i>	33
5.3.2	<i>Zuordnung des heutigen Leistungsangebots zu Versorgungsstufen (Versorgungsmodule)</i>	34
5.3.3	<i>Darstellung der heutigen Versorgungsregionen</i>	36
5.4	Evaluation der heutigen Angebotsstrukturen (Strukturanalyse)	37
5.4.1	<i>Alternative Versorgungsstrukturen</i>	38
5.4.2	<i>Intersektorale Zusammenarbeit</i>	39
5.4.3	<i>Alternative stationäre Versorgungskonzepte</i>	39
5.5	Prognose des zukünftigen Leistungsbedarfs	39
5.5.1	<i>Variablen der Bedarfsprognosen</i>	41
5.5.1.1	<i>Medizinisch-technische Entwicklung</i>	41
5.5.1.2	<i>Demografische Entwicklung der Kantonsbevölkerung</i>	42
5.5.1.3	<i>Epidemiologische Entwicklungen</i>	43
5.5.1.4	<i>Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate</i>	43
5.6	Szenarien der zukünftigen Bedarfsentwicklung (SOLL-Zustand)	44
5.7	Bildung von Versorgungsstrukturvarianten und Zuweisung des Leistungsbedarfs	46



5.7.1	<i>Definition von Allokationskriterien</i>	47
5.7.2	<i>Bildung von Versorgungsstrukturvarianten</i>	48
5.7.3	<i>Organisatorische Massnahmen für stufengerechte Versorgungsstrukturen</i>	48
5.7.4	<i>Evaluation der Versorgungsstrukturvarianten</i>	49
5.8	Modalitäten des Abschlusses von Leistungsvereinbarungen und deren Inhalt (Kapazitätszuteilung und Leistungseinkauf)	51
5.8.1	<i>Kriterien zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen</i>	52
5.8.1.1	<i>Muskriterien</i>	52
5.8.1.2	<i>Zuschlagskriterien</i>	53
5.8.2	<i>Ausgestaltung von Rahmenvertrag und Jahresvertrag</i>	54
5.8.2.1	<i>Rahmenvertrag</i>	54
5.8.2.2	<i>Jahresvertrag</i>	59
5.8.3	<i>Zeitlicher Ablauf der Erarbeitung der Leistungsvereinbarungen</i>	60
5.9	Ausgestaltung der Spitalliste	62
5.9.1	<i>GDK-Empfehlungen und Rechtssprechung Bundesrat</i>	62
5.9.2	<i>Neuerungen in der Ausgestaltung der Spitallisten</i>	63
5.10	Kontrollfunktion des Kantons: Benchmarking als ein mögliches Instrument	64
5.10.1	<i>Wozu Benchmarking?</i>	64
5.10.2	<i>Grundzüge des Benchmarking zur Wirtschaftlichkeitskontrolle</i>	65
5.10.3	<i>Gesetzliche Grundlagen für Betriebsvergleiche</i>	68
5.10.4	<i>Benchmarking der Preisüberwachung</i>	68
5.10.5	<i>Anforderungen an einen aussagekräftigen Betriebsvergleich</i>	69
5.10.6	<i>Ansätze zu Wirtschaftlichkeitsvergleichen</i>	70
6	Bibliographie	73
7	Glossar	77



1 Einleitung

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung muss die Spitalplanung mit dem jeweiligen Finanzierungssystem kompatibel sein. Mit dem anstehenden Übergang zur leistungsbezogenen Finanzierung stellt sich die Frage nach der Zweckmässigkeit der heutigen Planungsmethodik der Kantone. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) hat deshalb einen Arbeitsausschuss „Leistungsorientierte Spitalplanung“ (AA-LOSP) eingesetzt und diesen damit beauftragt, Empfehlungen im Sinne von Leitplanken für die Umsetzung von leistungsorientierten Spitalplanungen auszuarbeiten.

Die Mitglieder des Arbeitsausschusses haben sich in den Jahren 2004 und 2005 zu insgesamt fünf Sitzungen getroffen. Der Ausschuss setzte sich zum Ziel, einerseits eine Methodik – oder zumindest Teile davon – einer leistungsorientierten Spitalplanung zu entwickeln, und andererseits gemeinsame Definitionen von verschiedenen Begriffen rund um die leistungsorientierte Spitalplanung zu formulieren. Dabei beschränkte er sich auf den stationären, akut-somatischen Bereich. Angesichts der Tatsache, dass in den Kantonen bis heute kaum eine alle Bereiche betreffende Leistungsplanung etabliert ist, sind die nachfolgenden Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen als ein prospektiver Vorgehensvorschlag für eine in Zukunft mögliche Planungsart der stationären Versorgung zu verstehen. Folglich kann der vorliegende Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung in Bezug auf seine Gültigkeit und Anwendbarkeit noch nicht denselben Stellenwert erhalten wie die revidierten Empfehlungen der GDK zu Spitalplanung und Spitallisten vom 3. Mai 2002¹.

Der goldene Weg zur Entwicklung und Umsetzung einer leistungsorientierten Spitalplanung existiert nicht. Wir können noch auf keine praktischen Erfahrungen zurückgreifen². Unterschiedliche Ausgangslagen in den Kantonen, sei dies z.B. bezüglich Struktur der Gesundheitsversorgung oder verfügbaren Ressourcen, bringen es mit sich, dass je nach Kanton andere Vorgehensweisen erfolgsversprechend sind. Es wurde deshalb Wert darauf gelegt, dass der Leitfaden verschiedene Vorgehensweisen im Rahmen von Szenarien aufzeigt. Dies wird aber im Rahmen einer einheitlichen Struktur erfolgen. Der Arbeitsausschuss hat zu diesem Zweck insgesamt zehn Planungsetappen definiert. Die Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen weisen einen unterschiedlichen Konkretisierungsgrad auf, was insbesondere mit dem – je nach Planungsetappe – ungleich vorhandenen theoretischen Wissen und den praktischen Erfahrungen zu erklären ist.

Planungsprozesse werden im vorliegenden Dokument auch als Lernprozesse verstanden mit dem Ziel, die Methoden und Instrumente fortlaufend weiter zu entwickeln, zu verbessern und unter dem Gesichtspunkt der Zielerreichung zu überprüfen. Hinweise auf potenzielle Fallstricke und Schwierigkeiten sind – soweit auf der Grundlage der Literatur bekannt – punktuell bei den jeweiligen Themen zu finden. Das heisst keineswegs, dass möglichen Problemen

¹ Siehe: „Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG“, 3.5.2002.

http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsversorgung/Planung_Gesversorgung/SpitalplanungSpitallisten/Rev-Empfehlungen-d.pdf

² Auch international bestehen nur beschränkte Erfahrungswerte. Namentlich in Deutschland sind Bestrebungen zur Einführung von leistungsorientierten Elementen in die Krankenhausplanung zu verzeichnen. Ein vollständiger Wandel von der Betten- zur Leistungsplanung hat sich jedoch bislang in keinem Krankenhausplan vollzogen (siehe Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2004). Österreich plant mit der Umsetzung der Gesundheitsreform 2005 die Einführung einer österreichweiten Leistungsangebotsplanung für alle Bereiche des Gesundheitswesens (Österreichischer Strukturplan Gesundheit, ÖSG). Der ÖSG umfasst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich mit Planungshorizont 2010 und soll bis Ende 2005 ausgearbeitet werden (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2004). Bereits heute existieren auf Landesebene Leistungsangebotsplanungen (LAP) für gewisse Fachrichtungen (siehe z.B. Landesgesetzblatt für Oberösterreich, 2004).



zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, sondern dass die Potenziale und Vorgehensweisen einer leistungsorientierten Spitalplanung besonders betont werden wollten.

Wie bereits von Edwards und Harrison festgestellt, existiert nur sehr wenig Forschung über die Spitalplanung (Edwards und Harrison, 1999)³. Umfang und Inhalt der internationalen Literatur sind noch sehr bescheiden. Wo angebracht, sind deshalb internationale Publikationen punktuell bzw. themenbezogen in den Leitfaden eingearbeitet worden.

Kapitel 2 fasst in Form von dreissig Leitsätzen die Kernaussagen zu den zehn Planungsetappen zusammen. In Kapitel 3 werden grundsätzliche Aspekte leistungsbezogener Planungen erörtert. Nebst einer Definition, was der Arbeitsausschuss unter leistungsorientierter Spitalplanung versteht, enthält dieses Kapitel auch einen Abriss von Veränderungen im stationären Gesundheitswesen, welche eine Anpassung der Planungsinstrumente an diese neuen Begebenheiten als notwendig erscheinen lassen. Schliesslich listet dieser Abschnitt aber auch die zwingenden Voraussetzungen für die Durchführung einer leistungsorientierten Spitalplanung auf und enthält Ausführungen zum Rollenverständnis der Kantone im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung. Während Kapitel 4 die rechtlichen Grundlagen einer leistungsorientierten Spitalplanung abhandelt, ist in Kapitel 5 der eigentliche Leitfaden zu finden, welcher die Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen enthält. Zu guter Letzt sind im Anhang eine Bibliographie, ein Glossar sowie praktische Beispiele von kantonalen Planungen mit Elementen einer leistungsorientierten Spitalplanung vereint.

³ Sie kommen zum Schluss: „Little research has been done that highlights the central issues of hospital planning: how many hospitals we need, what services each should offer, how they should relate to each other, and how, once these issues are resolved, they should be organised, staffed, and managed“ (Ibid, S.1363).



2 Leitsätze zur leistungsorientierten Spitalplanung

Die Leitsätze finden sich jeweils am Schluss der Abschnitte in nachfolgendem Text. An dieser Stelle werden sie im Sinne einer Zusammenfassung mit Referenz auf die jeweilige Abschnittsnummer (in Klammer) zusammengezogen.

Grundsätze:

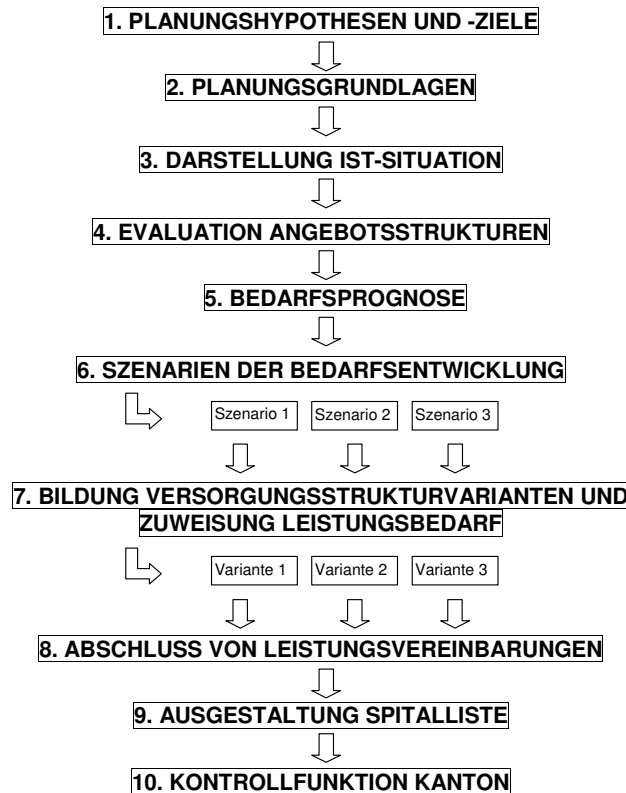
- Definition** Leitsatz 1 (3) Eine leistungsorientierte Planung ist Output-orientiert und richtet sich primär auf die effektiv erbrachten medizinischen Leistungen der stationären Versorgungseinrichtungen aus. Zur Verwirklichung der im Rahmen eines politischen Prozesses festgelegten Planungsziele werden Leistungen und finanzielle Ressourcen bestimmt und im Rahmen einer Strategie umgesetzt, welche grossen Wert auf die Effizienz, Kostenstruktur und die Qualität eines jeden Leistungserbringers legt. Die Kantone können das Ziel der Optimierung des Mitteleinsatzes und der Versorgung je nach Angebotsstruktur und Zielsetzung mit standardisierten Methoden unterschiedlicher Detaillierungstiefe erreichen.
- Zweck** Leitsatz 2 (3) Eine leistungsorientierte Spitalplanung hat zum Zweck, (1) eine bedarfsgerechte Versorgung durch Erstellen von Bedarfsanalysen und –prognosen sicherzustellen, (2) die Versorgungslandschaft durch leistungsdatenbasierte Planung einzelner Versorgungsgebiete und den Mitteleinsatz in der stationären Akutversorgung durch Herstellung der Verbindung zwischen Output (medizinische Leistung) und Input (eingesetzte Ressourcen) zu optimieren, (3) die Steuerungsmöglichkeiten der Politik auch nach der Einführung von leistungsbezogenen Abgeltungsformen zu gewährleisten und (4) der Trennung zwischen operativer, strategischer und politischer Ebene im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung Vorschub zu leisten.
- Leistungsorientiertes Abgeltungssystem** Leitsatz 3 (3) Eine vorgängige kantonale Einführung eines leistungsorientierten Abgeltungssystems für die stationären medizinischen Leistungen vereinfacht die Konzeption und Umsetzung einer leistungsbezogenen Spitalplanung stark und kann deren potenziellen Nutzen in grossem Ausmass erhöhen.
- Rechtsgrundlagen** Leitsatz 4 (4) Die leistungsorientierte Planung findet bereits im geltenden KVG eine genügende Rechtsgrundlage (KVG Art. 32 Abs. 1; Art. 39; Art. 43 Abs. 6; Art. 46 Abs. 4; Art. 49 Abs. 7). Auch sind die Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet, die notwendigen Datengrundlagen zu liefern. Es empfiehlt sich jedoch, in den kantonalen Spitalgesetzen und in den Leistungsvereinbarungen der Kantone mit den Spitälern endgültige Klarheit über Umfang, Qualität und Zeitpunkt der zu übermittelnden Daten zu schaffen.



Planungsmodell:

Leitsatz 5 (5) Ein kantonales Planungsmodell sollte die wesentlichsten Elemente folgender Planungsetappen enthalten:

Planungsmodell



Planungshypothesen und -ziele:

Leitsatz 6 (5.1) Planungsziele lassen sich aus Hypothesen ableiten, welche die Wirkungszusammenhänge, den Zustand, die Entwicklung und das Umfeld der akutstationären Gesundheitsversorgung beschreiben. Dabei kommt es zwangsweise zu Zielkonflikten, welche offengelegt werden müssen. Eine Prioritätensetzung innerhalb der Ziele ist ebenfalls empfehlenswert. Schliesslich ist eine leistungsbezogene Planung mit Vorteil prozessorientiert auszugestalten, weil es auch darum geht, einen bereits im Gange befindlichen Lernprozess im Hinblick auf die erwähnten Zielsetzungen weiter zu entwickeln, fortlaufend zu verbessern und unter dem Gesichtspunkt der Zielerreichung zu überprüfen.

Planungsziele

Planungsgrundlagen:

Leitsatz 7 (5.2) Die Beschreibung der Ist-Situation erfordert eine Darstellung der erbrachten medizinischen Leistungen unter Einschluss der Diagnosen und medizinischen Eingriffe. Die Datengrundlagen (5.2.1) bilden die medizinische Statistik der Krankenhäuser, die Krankenhausstatistik, abgeleitete Fallkostenstatistiken, die Schweizerische Gesundheitsbefragung, die Perinatal- und die Todesursachenstatistik, Bevölkerungs- (Volkszählung, Bevölkerungsbewegung) sowie GEOSTAT-Daten.

Datenquellen

Leitsatz 8 (5.2.1.1 + 5.2.1.2) Falls der Kanton die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Vorkehrungen getroffen hat, kann die Datenlage bei den innerkantonalen öffentlichen Krankenhäusern als gut bezeichnet werden. Bei privaten Krankenhäusern kann der Kanton die Daten der medizinischen Statistik auf Grund der ausreichenden kantonalen gesetzlichen Grundlagen oder der Vereinbarung zwi-

Datenverfügbarkeit und -qualität



schen GDK und BFS ebenfalls zu Planungszwecken verwenden. Auf Grund ebendieser Vereinbarung ist auch der Bezug der nominativen Einzeldaten auf Betriebsebene der ausserkantonale behandelten Patientinnen und Patienten des Wohnortkantons sichergestellt. Falls interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen zwei Kantonen abgeschlossen worden sind, so können die Daten unter den Vereinbarungskantonen auch ausgetauscht werden. Die Qualität der Daten ist insbesondere abhängig von der Qualität der Codierung der Diagnosen und Eingriffe in den Spitälern.

Datenauswertung

Leitsatz 9 (5.2.2) Die Auswertung der Daten kann patienten-, leistungs-, leistungserbringer- und indikatorenzentriert erfolgen. Durch eine Verknüpfung unterschiedlicher Auswertungsarten können vertiefte Erkenntnisse gewonnen werden.

Darstellung IST-Situation:

Auswertungssystem:
Planungsgegenstand +
Aggregations-
ebene

Leitsatz 10 (5.3.1) Eine der zentralsten Planungsetappen ist die Definition der Aggregationsebene der Leistungsdaten bzw. die Bestimmung des Planungsgegenstandes. Diese zwei Parameter werden massgeblich von der Wahl des Auswertungssystems bestimmt. Zwei verschiedene Auswertungssysteme mit unterschiedlichen Subgruppen stehen zur Auswahl. Es sind dies einerseits alle Instrumente, welche auf der Basis von Patientenklassifikationssystemen aufgebaut sind, sowie andererseits das Clinical Classification System (CCS). Die Arbeitsgruppe erachtet je nach Breite des Versorgungsangebotes Planungsparameter im Bereich von 30 bis 70 aggregierten Fallgruppen als zweckmässig. Auch die Bildung von Fachbereichsmodulen nach Versorgungsstufen erscheint sinnvoll (Grund-, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung). Sobald verfügbar (voraussichtlich im 2007), wird SwissDRG auf Grund seiner schweizspezifischen Ausgestaltung die Grundalge erster Wahl für das Auswertungssystem einer leistungsorientierten Spitalplanung sein.

Horizontale
und vertikale
Abstufung

Leitsatz 11 (5.3.2) Zur Abgrenzung der Versorgungsstufen bieten sich eine horizontale und eine vertikale Abstufung an. Die horizontale Abstufung unterscheidet nach Fachrichtungen, die vertikale nach Versorgungsstufe. Dabei wird nach Grundversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung unterschieden. Konkret kann mittels mathematischer Cluster-Analyse vorgegangen werden. Die Anforderungen können aber auch nach den in diesem Kapitel beschriebenen Kriterien festgelegt und die Spitäler so zugeteilt werden.

Ermittlung
der
Patienten-
ströme

Leitsatz 12 (5.3.3) Die Ermittlung der Patientenströme ist Grundvoraussetzung für die Darstellung der bestehenden Versorgungsregionen. Eine vielversprechende Auswertungsmethode ist die Bildung von Spitaleinzugsgebieten mit Hilfe der „Small Area Analysis“ (SAA). Für eine vertiefte Analyse der einzelnen Einzugsgebiete können unterschiedliche Indizes wie z.B. Lokalisations-, Abwanderungs-, Zustrom- und Nettopatientenstrom-Index verwendet werden. Auf der Basis von GIS-Daten können weitere kartographische Analysen vorgenommen werden.

Evaluation Angebotsstrukturen:

Evaluation
der
Angebots-
strukturen

Leitsatz 13 (5.4) Im Rahmen von Strukturanalysen werden die stationären Angebotsstrukturen unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit auch hinsichtlich der Eignung des Behandlungssettings „vollstationäre Spitalversorgung“ und der Eignung der Behandlungspfade evaluiert. So können stationäre Leistungen allenfalls durch alternative nicht akutstationäre Versorgungsstrukturen substituiert (5.4.1), durch intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulanten, stationären oder rehabilitativen Anbietern verbessert (5.4.2) oder durch alternative stationäre Versorgungskonzepte erbracht werden (5.4.3).



Bedarfsprognosen:

**Bedarfsabschätzung:
Detaillierungsgrad**

Leitsatz 14 (5.5) Die prospektive Bedarfsabschätzung muss sich auf die unter 5.3.1 vorgenommene Gliederung der Leistungen abstützen. Je feiner diese Gliederung erfolgte (d.h. je mehr Kategorien geschaffen wurden), desto aufwändiger gestalten sich die Bedarfsschätzungen. Es kann angezeigt sein, sich im Rahmen der Bedarfsplanung auf Diagnosegruppen mit hohen Fallhäufigkeiten zu konzentrieren. Im Regelfall werden die Bedarfsprognosen auf Ebene der in Versorgungsstufen eingeteilten Fachrichtungen (Fachabteilungen) auf der Basis von einigen ausgewählten Diagnosegruppen vorgenommen.

**Variablen
der Bedarfsprognosen**

Leitsatz 15 (5.5.1) Die Variablen der Bedarfsprognosen sind auf Daten von statistischen Auswertungen, auf qualitative Einschätzungen durch Expertinnen und Experten sowie auf normative Vorgaben abzustützen. Als Variablen können bezeichnet werden: (1) die medizinisch-technische Entwicklung (5.5.1.1), (2) die demografische Entwicklung der Kantonsbevölkerung (5.5.1.2), (3) epidemiologische Entwicklungen (5.5.1.3), (4) Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate (5.5.1.4).

Szenarien der Bedarfsentwicklung:

**Szenarien
der Bedarfsentwicklung**

Leitsatz 16 (5.6) Je nach Gewichtung der hinterlegten Variablen und auf Grund der vorgenommenen Strukturanalysen im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungspfade und je nach Wahl des Auswertungssystems entstehen unterschiedliche Bedarfsprognosenmodelle mit voneinander abweichenden Mengengerüsten. Es empfiehlt sich, verschiedene Szenarien auszuarbeiten, welche jeweils auf unterschiedlichen Annahmen beruhen und divergierende Zielvorgaben verfolgen. Die endgültige Wahl des weiter zu verfolgenden Szenarios muss auf politischer Ebene erfolgen.

Bildung von Versorgungsstrukturvarianten und Zuweisung des Leistungsbedarfs:

**Bildung von
Allokationskriterien**

Leitsatz 17 (5.7) Der in den SOLL-Szenarien ermittelte (fachspezifische) Gesamtleistungsbedarf ist auf die Versorgungsregionen herunterzubrechen und einzelnen Leistungsanbietern zuzuweisen. Dazu werden Allokationskriterien entwickelt, welche medizinischer (Mindestfallzahlen, Zugangszeiten), ökonomischer (allfällige Skaleneffekte bei optimierten Fallzahlen), politischer (Bezirke), geografischer (wohnortnahe Versorgung, Notfall) und demografischer (Altersstruktur, Tourismus) Art sein können. Je nach Gewichtung und Verwendung der Allokationskriterien werden unterschiedliche Versorgungsstrukturvarianten abgeleitet. Diese werden sodann einer Bewertung unterzogen.

**Bildung von
Versorgungsstrukturvarianten**

Leitsatz 18 (5.7.2) Zur Bildung der Versorgungsregionen werden die in den fachgebietsbezogenen SOLL-Leistungsmodulen enthaltenen Leistungen in Form von Diagnose/Interventionscodes oder CCL-Fallgruppen über die Herkunft der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Regionen und auf Wohnorte ausserhalb des Kantons heruntergebrochen. Je nach Gewichtung und Verwendung der Allokationskriterien aus Kapitel 5.7.1 entstehen unterschiedliche Versorgungsstrukturen.

**Organisatorische
Massnahmen für
stufengerechte
Versorgung**

Leitsatz 19 (5.7.3) Die stufengerechte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen kann durch Triage und Zuweisung der Patientinnen und Patienten an geeignete Leistungserbringer durch basismedizinische Institutionen gewährleistet werden. Richtlinien bzgl. Aufnahmepflicht der Notfallstationen, eine Stärkung der Notfallbereitschaft der Ärzte und von Managed Care-Organisationen, die Information der Versicherten sowie die Vernetzung der stationären Leistungsstrukturen sind geeignete Massnahmen für die Förderung abgestufter Versorgungsstrukturen.



Evaluation
Versorgungs-
struktur-
varianten

Leitsatz 20 (5.7.4) Die Versorgungsstrukturvarianten müssen anhand von Bewertungskriterien evaluiert werden, wobei die Optimierung des Gesamtsystems im Vordergrund steht. Bei der Bewertung kommen folgende Kriterien zur Anwendung: betriebswirtschaftliche Kriterien, Qualitätskriterien, räumliche Erreichbarkeit und volkswirtschaftliche Kostenfolgen. Sind die Bewertungskriterien operationalisiert, gilt es, den jeweiligen Zielerreichungsgrad für die verschiedenen Strukturvarianten zu ermitteln.

Abschluss von Leistungsvereinbarungen:

Leistungsver-
einbarung:
Rahmen- und
Jahresvertrag

Leitsatz 21 (5.8) Beim Abschluss von Leistungsaufträgen geht es in erster Linie um die Kapazitätszuteilung und den Leistungseinkauf. In Erweiterung der heute üblichen Zulassungsbewilligung und des groben Leistungsauftrags gilt es, eine detaillierte Leistungsvereinbarung abzuschliessen, welche die Leistungen (in einem mittelfristigen Rahmenvertrag definierbar) und das erwartete Mengengerüst (mittels Jahresvertrag regelbar) umschreibt.

Kriterien für
Abschluss von
Leistungsver-
einbarungen

Leitsatz 22 (5.8.1) Die Kriterien für die Leistungsvergabe und den Abschluss der entsprechenden Leistungsvereinbarungen in der Grund- und spezialisierten Versorgung lassen sich in Musskriterien einerseits und in Zuschlagskriterien andererseits gliedern. Musskriterien regeln die notwendigen Bedingungen zur Teilnahme am Vergabeprozess. Sie können Auflagen bezüglich Aus- und Weiterbildung, Transparenz, Qualifikation und Anstellungsbedingungen des Personals, Infrastruktur, Qualitätssicherung, Mindestfallzahlen, Notfallsicherheit sowie Erreichbarkeit und allenfalls Wartezeiten umfassen. Die Zuschlagskriterien sollen sodann den Ausschlag über den definitiven Abschluss der Leistungsvereinbarungen geben und beinhalten die Wirtschaftlichkeit, die Qualität, die aktuelle Wettbewerbssituation und Wirkungen auf den Wettbewerb, die Ausbildungsaktivitäten sowie die geographische Lage (Erreichbarkeit) der einzelnen Leistungserbringer.

Ausgestaltung
der Leistungs-
vereinbarung

Leitsatz 23 (5.8.2) Zur Ausgestaltung der Leistungsvereinbarungen mittels Rahmen- und Jahresvertrag können noch keine ausgereiften Beispiele genannt oder Handlungsanweisungen gegeben werden. Die Ausführungen in diesem Abschnitt sind daher als beispielhaft zu verstehen. Ein Rahmenvertrag sollte Gegenstand, Ziel und Zweck, Geltungsbereich, allgemeine Rahmenbedingungen, Leistungsdefinitionen, Regelungen zu Notfalldienst und Aufnahmepflicht, Vereinbarungen zur Vergütung der Leistungen inkl. der Berechnungsmodalitäten, zur Qualitätssicherung und zur Berichterstattung enthalten. Bei der Definition der Leistungen ist das Leistungsprogramm zu umschreiben sowie eine Unterscheidung zwischen fallabhängigen und fallunabhängigen Leistungen (FAL resp. FUL) vorzunehmen. Im Jahresvertrag sind alsdann die jährlich variierenden Mengen und Preise sowie die daraus resultierende Kontraktsumme aufzuführen.

Qualität und
leistungs-
orientierte
Fallpauschalen

Leitsatz 24 (5.8) Ein System mit leistungsorientierten Fallpauschalen kann die einzelnen Leistungserbringer dazu verleiten, einseitig die Wirtschaftlichkeit auf Kosten der Qualität der zu erbringenden medizinischen Leistungen zu optimieren. Daher sollten die Kantone der Qualität der medizinischen Leistungen vermehrte Beachtung schenken. Zum einen können mit dem Aufbau eines zweckmässigen Monitorings auffällige Veränderungen frühzeitig entdeckt werden. Zum anderen können die Leistungserbringer zur Teilnahme an anerkannten Qualitätssicherungsprogrammen (z.B. Outcome) verpflichtet werden.

**Ausgestaltung Spitalliste:****Ausgestaltung der Spitalliste I**

Leitsatz 25 (5.9.1) Bezüglich der Ausgestaltung der Spitalliste gelten grundsätzlich die von der GDK verabschiedeten Empfehlungen vom 3.5.2002. In diesem Zusammenhang sei die empfohlene Kategorisierung der Spitäler nach Versorgungsstufe in Erinnerung gerufen. Ausserdem ist die Rechtsprechung des Bundesrates zu beachten. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung tritt der Kanton neu vermehrt als Leistungseinkäufer mit strategischer Oberaufsicht auf. Hierzu schliesst er mit den Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen ab, welche nicht Bestandteil der Spitalliste sind. Grösserer Handlungsspielraum für die Leistungserbringer ist verbunden mit intensiveren Vertragsbeziehungen zwischen Kanton und Leistungserbringern.

Ausgestaltung der Spitalliste II

Leitsatz 26 (5.9.2) Heute sind auf der Spitalliste, der eine Publizitäts- und Transparenzaufgabe zukommt, auch die Kapazitäten im Sinn von Ressourcen festzulegen. Damit verbunden ist der Nachteil, dass diesbezügliche Änderungen mit einer (beschwerdefähigen) Revision der Spitalliste einhergehen. Die Festlegung von Ressourcen in der Spitalliste ist insofern nicht mit den Grundsätzen der leistungsorientierten Spitalplanung kompatibel, als letztere keine Mittel festlegen will, sondern es dem Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben in der Leistungsvereinbarung freistellt, mit welchen Ressourcen er die vereinbarten Leistungen erbringen will. Die Steuerung erfolgt in diesem Sinne nicht mehr über Inputfaktoren, sondern über Preis, Menge und Qualität.

Kontrollfunktion Kanton:**Kontrollfunktion Kanton: Allgemein**

Leitsatz 27 (5.10.1) Als letztem Schritt im Aufgabenbereich der leistungsorientierten Spitalplanung kommt der Kontrollfunktion des Kantons eine Schlüsselposition in zweierlei Hinsicht zu: Erstens ist die Planung ex post in Bezug auf ihre Wirkungen auf die Leistungserbringung und die Kosten unter Berücksichtigung der Qualität zu evaluieren und zweitens ex ante in die Entscheidungsgrundlagen der künftigen Planung einzubeziehen. Für die Gesundheitsdepartemente ist Benchmarking im Sinne eines Leistungs- oder Wirtschaftlichkeitsvergleichs auf verschiedenen Planungsstufen anwendbar. Der anzustellende Vergleich (Benchmarking) bezieht sich grundsätzlich sowohl auf die Leistungen als auch auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer. Wirtschaftlichkeitsvergleiche beziehen im Gegensatz zu den Leistungsvergleichen auch die Kosten ein und sind damit umfassender.

Definition Benchmarking

Leitsatz 28 (5.10.2) Benchmarking-Systeme im Sinne der ins Zentrum der Betrachtung gerückten Wirtschaftlichkeitsvergleiche eignen sich sowohl als Anreiz- (Effizienz und Innovation) wie auch als Steuerungsinstrumente (Tarife und Leistungen). Die beschriebenen Elemente des Benchmarking sind für die möglichen Schlussfolgerungen zentral. Je feiner die Indikatoren eines Benchmarking die strukturellen von den wirtschaftlichen Unterschieden zu differenzieren vermögen, umso strenger dürfen die Schlussfolgerungen sein und umgekehrt. Unschärfe bei den Indikatoren und bei den unterlegten Daten werden sich in Bandbreiten tolerierbarer Unterschiede und Sicherheitsmargen ausdrücken müssen.

Anforderungen an Benchmarking

Leitsatz 29 (5.10.5) Die Anforderungen an einen aussagekräftigen Betriebsvergleich sind hoch und betreffen insbesondere die Datenqualität, die Definition der anrechenbaren Kosten auf der Basis einer einheitlichen Kostenstellenrechnung und die Validität der Indikatoren. Der Einbezug eines Case Mix Index wird als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung betrachtet. Zusätzlich sind die Referenzspitäler zweckmässig auszuwählen, die Berechnungen transparent und mit den ermittelten Unschärfen darzustellen sowie konsistente Schlussfolgerungen zu ziehen.

**Ausgestaltung eines Benchmarking-Modells**

Leitsatz 30 (5.10.6) Mögliche Ansätze zu Wirtschaftlichkeitsvergleichen stützen sich idealerweise auf DRGs, die auf der Basis von qualitativ guten Grunddaten ermittelt wurden. Des Weiteren ist es sinnvoll, die Kapital- bzw. Investitionskosten ebenso separat zu behandeln wie die Lohnkosten. Dabei sollte zwischen Arztlöhnen sowie jenen für nicht ärztliches Personal unterschieden werden. Die Kosten für Ausbildung, universitäre Lehre und Forschung, Kosten für Vorhalteleistungen sowie für Langzeitaufenthalte sind aus dem Wirtschaftlichkeitsvergleich auszuklammern und nachträglich dem Tarif wieder zuzuschlagen. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass Sonderfaktoren bleiben können, welche auch mit dem CMI nicht hinreichend abgebildet werden.



3 Grundsätze

Verschiedene Entwicklungen im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung deuten darauf hin, dass eine Anpassung der Planungsinstrumente an diese neuen Begebenheiten angezeigt ist. Insbesondere zu erwähnen sind dabei die sich abzeichnenden Änderungen des Finanzierungsmodus der im Spital erbrachten Leistungen, die Tendenz zur Verselbständigung von öffentlich und öffentlich subventionierten stationären Leistungserbringern, die Bestrebungen rund um die Einführung eines Modells zur diagnosebezogenen Spitalleistungsabgeltung (Projekt „SwissDRG“) und verschiedene politische Vorstösse und Aktivitäten auf Bundesebene, welche die Einführung von leistungsorientierten Elementen in die kantonalen Spitalplanungen zum Gegenstand haben⁴.

All diese Veränderungen ziehen (zumindest teilweise) neue Anreizsysteme mit neuen Wirkungs- und Steuerungsmechanismen nach sich. Rollen und Aufgaben der einzelnen Akteure werden ebenfalls tangiert. So zeigen Beispiele aus dem Ausland, dass die Einführung der Fallfinanzierung im stationären Bereich teils erwünschte, teils unerwünschte Veränderungen in der Versorgungslandschaft bewirkt⁵. Eine leistungsorientierte Abgeltung der stationären Leistungen wird generell zu einer Verkürzung der Verweildauer (Kapazitätseffekt) und einer tendenziellen Reduktion des Preises pro Fall (Preiseffekt) führen, was die Leistungserbringer wiederum dazu animieren wird – nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen –, für die frei werdenden Kapazitäten zusätzliche Fälle zu generieren. Überdies führt eine leistungsbezogene Finanzierung der Spitalleistungen zu einer Spezialisierung und Leistungsselektion unter den Anbietern. Auf der anderen Seite werden mit der leistungsorientierten Spitalfinanzierung und dem Trend zur Verselbständigung der Spitäler die Voraussetzungen für eine Klärung der Rolle der Kantone in der stationären Gesundheitsversorgung geschaffen. Diese neuen Instrumente erlauben es den Kantonen, in Zukunft verstärkt als Auftraggeber und Leistungsbesteller bzw. -finanzierer aufzutreten und sich so immer mehr von der Rolle des Leistungserbringers zu distanzieren.

Der Arbeitsausschuss geht davon aus, dass der Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung unabhängig von der Revision der Gesetzesgrundlagen im KVG in den nächsten Jahren vollzogen wird (Übergang zu leistungsbezogenen Abgeltungssystemen wie Abteilungsfallpauschalen, mipp, APDRG, SwissDRG). Daraus folgt, dass sich auch die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung enger an der Leistungserbringung orientieren muss. Die Spitalplanung ist daher vermehrt gefordert, die Leistungsebene der Spitäler zu berücksichtigen und dazu entsprechende Planungsinstrumente zu entwickeln. Eine solche Planung kann nicht nur einen abstrakten Bedarf berücksichtigen, sondern muss – über neue Benchmark- und Leistungsmessinstrumente – auch an die Effizienz, die Kostenstruktur, die Qualität und das Leistungsspektrum der Leistungserbringer angebunden werden. Eine Anpassung der Planungsinstrumente an die neuen Begebenheiten erscheint unter diesen Aspekten notwendig, wollen die Kantone ihren Einfluss auf die Ausgestaltung der stationären Gesundheitsversorgung nicht verlieren. Eine Definition des Begriffs „Leistungsorientierte Spitalplanung“ im Sinne einer Annäherung lautet demnach wie folgt:

⁴ Siehe z.B. Postulat Rossini: Modelle für die Spitalplanung (02.3750), Postulat Geschäftsprüfungskommission SR: Verstärkung der interkantonalen Spitalplanung (02.3175), Geschäftsprüfungskommission SR, 2002, siehe Abschnitt 343, S. 14 und Postulat Geschäftsprüfungskommission SR: Vorbereitung des Überganges zur Leistungsplanung (02.3176).

⁵ Siehe z.B. Westfälisches Ärzteblatt (2002).



Eine leistungsorientierte Planung ist Output-orientiert und richtet sich primär auf die effektiv erbrachten medizinischen Leistungen der stationären Versorgungseinrichtungen aus. Zur Verwirklichung der im Rahmen eines politischen Prozesses festgelegten Planungsziele werden Leistungen und finanzielle Ressourcen bestimmt und im Rahmen einer Strategie umgesetzt, welche grossen Wert auf die Effizienz, Kostenstruktur und die Qualität eines jeden Leistungserbringers legt.

Einer leistungsorientierten Planung können folgende Zwecke zugeordnet werden:

1. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Erstellen einer Bedarfsanalyse und Prognose, welche sowohl auf Daten aus statistischen Auswertungen als auch auf qualitativen Einschätzungen durch Expertinnen und Experten sowie normative Vorgaben beruhen.
2. Optimierung des Mitteleinsatzes in der stationären Akutversorgung durch Herstellung der Verbindung zwischen Output (medizinische Leistung) und Input (eingesetzte Ressourcen);
3. Optimierung der Versorgungslandschaft durch leistungsdatenbasierte Planung einzelner Versorgungsgebiete;
4. Gewährleistung von Steuerungsmöglichkeiten seitens der Politik, um ungewünschte Entwicklungen in der stationären Gesundheitsversorgung auch nach der Einführung von leistungsbezogenen Abgeltungsformen korrigieren zu können;
5. Gewährleistung der Trennung zwischen operativer, strategischer und politischer Ebene im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung.

Die erfolgreiche Durchführung und Umsetzung einer leistungsorientierten Spitalplanung ist abhängig von einer Reihe von Bedingungen, welche zwingend erfüllt sein müssen. In der Folge werden nur die wichtigsten genannt. Im Rahmen der Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen wird vertiefter auf diese und weitere Bedingungen eingegangen. So muss der Kanton pro Leistungserbringer über möglichst umfassende valide und zuverlässige Daten über die einzelnen medizinischen Leistungen verfügen, welche von Leistungserbringern mit einem Leistungsauftrag für die Kantonsbevölkerung⁶ erbracht werden. Die Qualität dieser Daten muss sorgfältig überprüft werden und ist zur Zeit allgemein noch nicht ausreichend. Generell kann davon ausgegangen werden, dass eine optimale Datenqualität erst dann erreicht werden kann, wenn die Daten finanzierungsrelevant sind. Seitens der Betriebe muss der transparente Ausweis der Kosten für den einzelnen Fall möglich sein, was das Vorhandensein einer detaillierten Kostenstellen und –trägerrechnung sowie einer Leistungserfassung bedingt.

Die eben genannten Grundbedingungen zeigen auf, dass eine vorgängige kantonale Einführung eines leistungsorientierten Abgeltungssystems für die stationären medizinischen Leistungen die Konzeption und Umsetzung einer leistungsbezogenen Spitalplanung stark vereinfacht und deren potenziellen Nutzen in grossem Ausmass erhöhen kann.

Dem leistungsorientierten Planungsansatz ist auch eine bestimmte Rollenverteilung unter den Akteuren hinterlegt. Was den Kanton betrifft, so tritt dieser in erster Linie als Leistungseinkäufer mit strategischer Oberaufsicht auf. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass der Kanton in einzelnen Versorgungsbereichen Leistungen selber erbringt. Der Kanton ist bestrebt, den Leistungserbringern im operativen Bereich im Rahmen der von ihm festgelegten Leitplanken freie Hand zu gewähren. Diese Leitplanken basieren auf Zielvorstellungen, welche auf politischer Ebene im Rahmen eines Aushandlungsprozesses festgelegt wurden und die sodann explizit verfolgt werden. Der Kanton sichert die stationäre Gesundheitsversorgung für seine Wohnbevölkerung durch Erteilung von Leistungsaufträgen und Abschluss von

⁶ Diese Anforderung muss auch bei ausserkantonalen Leistungserbringern mit Leistungsauftrag erfüllt sein.



transparenten Leistungsvereinbarungen. Dies erfolgt auf Grund von überprüfbaren Kriterien insbesondere aus den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit. In einem stationären Gesundheitssystem, welches auf output-orientierte Steuerungsmechanismen abstützt und den Leistungserbringern grösstmöglichen operativen Handlungsspielraum garantieren will, kommt dem Monitoring/Controlling der Spitäler eine zentrale Rolle zu. Der Kanton ist in einem solchen System verpflichtet, Instrumente bereit zu stellen oder zu entwickeln, welche es ihm erlauben, allfällige Fehlentwicklungen auf Ebene der Leistungserbringer, z.B. auf Grund von falschen Anreizsystemem, zeitgerecht zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu deren Korrektur einzuleiten.

Abschliessend gilt es zu betonen, dass es die Entscheidung eines jeden einzelnen Kantons ist, ob ein leistungsorientierter Planungsansatz verfolgt wird und wenn ja, in welcher Art und Weise dies geschehen soll.

Leitsatz 1 Eine leistungsorientierte Planung ist Output-orientiert und richtet sich primär auf die effektiv erbrachten medizinischen Leistungen der stationären Versorgungseinrichtungen aus. Zur Verwirklichung der im Rahmen eines politischen Prozesses festgelegten Planungsziele werden Leistungen und finanzielle Ressourcen bestimmt und im Rahmen einer Strategie umgesetzt, welche grossen Wert auf die Effizienz, Kostenstruktur und die Qualität eines jeden Leistungserbringers legt. Die Kantone können das Ziel der Optimierung des Mitteleinsatzes und der Versorgung je nach Angebotsstruktur und Zielsetzung mit standardisierten Methoden unterschiedlicher Detaillierungstiefe erreichen.

Leitsatz 2 Eine leistungsorientierte Spitalplanung hat zum Zweck, (1) die Versorgungslandschaft durch leistungsdatenbasierte Planung einzelner Versorgungsgebiete und den Mitteleinsatz in der stationären Akutversorgung durch Herstellung der Verbindung zwischen Output (medizinische Leistung) und Input (eingesetzte Ressourcen) zu optimieren, (2) die Steuerungsmöglichkeiten der Politik auch nach der Einführung von leistungsbezogenen Abgeltungsformen zu gewährleisten, (3) der Trennung zwischen operativer, strategischer und politischer Ebene im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung Vorschub zu leisten und (4) eine bedarfsgerechte Versorgung durch Erstellen von Bedarfsanalysen und –prognosen sicherzustellen.

Leitsatz 3 Eine vorgängige kantonale Einführung eines leistungsorientierten Abgeltungssystems für die stationären medizinischen Leistungen vereinfacht die Konzeption und Umsetzung einer leistungsbezogenen Spitalplanung stark und kann deren potenziellen Nutzen in grossem Ausmass erhöhen.



4 Rechtsgrundlagen

Die GDK erliess am 14.5.2002 revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG⁷. Die dort festgehaltenen Grundsätze stützen sich im wesentlichen auf Art. 39 KVG:

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

² Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a-c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.

³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Insbesondere Abs. 1 Bst. d macht klar, dass der Bundesgesetzgeber keine Vorschriften erlässt, welche die Methodik einer bedarfsgerechten Planung näher präzisieren. Einzig die Erfordernis einer angemessenen Berücksichtigung von privaten Trägerschaften und einer in Kategorien gegliederten Spitalliste schränkt die Kantone in ihrer Planungskompetenz ein. Im Rahmen von Beschwerdeverfahren zur Spitalplanung und zur Spitalliste hat der Bundesrat jedoch in verschiedenen Punkten die Vorgaben von Art. 39 KVG präzisiert und den Spielraum der Kantone eingeschränkt⁸. Dabei behandelte er insbesondere folgende Punkte:

1. Umfang der Planung
2. Definition „allgemeine Abteilung“
3. Ermittlung des Bedarfs an stationärer medizinischer Versorgung
4. Evaluation der Angebote der in Frage kommenden Spitäler
5. Miteinbezug von ausserkantonalen Spitälern in die Planung
6. Abbau von Überkapazitäten
7. Zuweisung von Kapazitäten
8. Ausgestaltung der Spitalliste
9. Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung von Geburtshäusern
10. Anpassung der Spitalliste

⁷ Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG vom 3. Mai 2002, s. <http://www.gdk-cds.ch/57.0.html>.

⁸ Eine Übersicht über die Rechtssprechung des Bundesrates in Sachen Beschwerden gegen kantonalen Spitalplanungen und Spitalliste wurde von Salzmann erstellt (Salzmann, 2003) und ist auf der Website der GDK einsehbar: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsversorgung/Planung_Gesversorgung/SpitalplanungSpitallisten/Bundesrats-Praxis_Planung-Spitalliste-d.pdf.



In den Planungsprozess sollten zudem Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einfließen. Das Wirtschaftlichkeitserfordernis findet sich im KVG an verschiedenen Orten verankert:

Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und **wirtschaftlich** sein.

Art 43 Grundsatz

⁶ Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung **zu möglichst günstigen Kosten** erreicht wird.

Art 46 Tarifvertrag

⁴ Der Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und Gebot der **Wirtschaftlichkeit** und **Billigkeit** in Einklang steht.

Art. 49 Tarifverträge mit Spitälern

⁷ Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen **Betriebsvergleiche** zwischen den Spitälern an. ...

Die laufende Revision des KVG sieht in Artikel 49 finanzierungsseitig eine explizite gesetzliche Grundlage für leistungsbezogene Pauschalen vor. Diese Vorschrift postuliert als Neuerung eine Verpflichtung zur flächendeckenden Einführung dieser Pauschalen. Dieser Revisionsaspekt ist weitgehend unbestritten.

Art. 49 Abs. 1 Botschaft zur KVG-R vom 15.9.04, Teil Spitalfinanzierung

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die einheitlichen Strukturen können in Kategorien aufgeteilt werden. Sie werden von den Tarifpartnern vereinbart. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

Planungsseitig macht die KVG-Revision keine diesbezüglichen Aussagen. Da jedoch ein innerer Sachzusammenhang zwischen Finanzierung und Planung besteht, ist es nahe liegend, wenn auch nicht gesetzlich zwingend, die Planung in Zukunft ebenfalls leistungsorientiert auszugestalten. Als Folge davon müssen auch die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG mittelfristig überarbeitet werden.

Es ist angezeigt, in den kantonalen Gesetzen die Planung als leistungsbezogener Prozess in seinen Grundzügen zu umschreiben, damit die Rechtssicherheit erhöht wird. Auf Gesetzesebene sollten folgende Elemente umschrieben werden⁹:

- Planungsgegenstand;
- Planungsumfang;
- Kompetenz zur Beschreibung der Versorgungsziele und der Koordinationsinstrumente;
- Kompetenz zur Festlegung des Planungsprozesses;
- Umfang der strategischen Steuerung;
- Kompetenz zur Erhebung von Leistungsdaten;
- Berücksichtigung jener Bereiche, welche der Spitalplanung vor- und nachgelagert sind.

Die Datenquellen, welche für die leistungsbezogene Spitalplanung notwendig sind, werden noch näher in Kapitel 5.2 umschrieben. Die Rechtsgrundlagen für die Verfügbarkeit von Da-

⁹ Vgl. z.B. Art. 4 Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern (Grosser Rat Kanton Bern, 2004).



ten für die Kantone sind im KVG geregelt und sollten mit der Revision des KVG noch verbessert und präzisiert werden. Ebenso können die kantonalen Spitalgesetze und die Leistungsverträge der Kantone mit den Spitälern hier endgültige Klarheit über Umfang, Qualität und Zeitpunkt der zu übermittelnden Daten schaffen. Auf Bundesebene sind folgende Bestimmungen für den Bezug von Leistungsdaten der Spitäler durch die Kantone von Relevanz:

1. Nach Artikel 21 Absatz 4 KVG müssen Spitäler und Pflegeheime den zuständigen Bundesbehörden (BSV/BAG¹⁰) die Daten bekannt geben, die sie benötigen, um die Anwendungen der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Tariffhöhe, den Kostendeckungsgrad sowie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Dabei muss die Anonymität der Versicherten gewahrt bleiben.
2. In Artikel 30 KVV wird präzisiert, dass die Spitäler bestimmte Angaben zur Überprüfung des Kostendeckungsgrades, der Kostenentwicklung sowie der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen zu machen haben (Abs. 1) und alle Einrichtungen, die Leistungen gemäss Artikel 24 – 31 KVG in Rechnung stellen, zur Erteilung der entsprechenden Auskünfte verpflichtet sind (Abs. 2). In Absatz 3 wird schliesslich festgehalten, dass das BFS die Daten erhebt, was bedeutet, dass – um Doppelspurigkeiten zu vermeiden – das BFS im Auftrag der zuständigen Bundesbehörden (BSV/BAG) Aufsichtsdaten im Sinne von Art. 21 Abs. 4 KVG bei den Institutionen erhebt und diese an das BSV/BAG und die kantonalen Gesundheitsdirektionen weiterleitet. Für die befassten Bundesbehörden ist in diesem Bereich demnach eine genügende gesetzliche Grundlage vorhanden.
3. Die Weitergabe der Daten an die Kantone im Rahmen einer Vereinbarung ergibt sich aus Art. 21a Abs. 2 KVG. Nach dieser Bestimmung könnten die betreffenden Daten gar von den Kantonen selbst erhoben werden. Umso mehr ist damit auch die Weitergabe von dieser Bestimmung abgedeckt. Zudem übernehmen die Kantone hier Aufsichtsfunktionen im Rahmen der Durchführung der sozialen Krankenversicherung und gelten damit ebenfalls als Bundesbehörden i.S. von Art. 21 Abs. 4 KVG.
4. Art. 84a Abs. 1 lit. e hält überdies fest, dass "Stellen, die mit der Führung von Statistiken zur Durchführung dieses Gesetzes betraut sind, wenn die Daten für die Erfüllung dieser Aufgabe erforderlich sind und die Anonymität der Versicherten gewahrt bleibt", ebenfalls Daten bekannt gegeben werden dürfen. Damit werden die zuständigen kantonalen Statistikämter in dieser Vereinbarung mindestens den kantonalen Gesundheitsdirektionen gleichgestellt.

Die heute vorhandenen rechtlichen Grundlagen ermöglichen somit die Weitergabe von nominativen Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS an die kantonalen Gesundheitsdirektionen. Diese Weitergabe wurde noch vertraglich untermauert¹¹.

¹⁰ Per 1. Januar 2004 wurde das Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung (KUV) vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überführt.

¹¹ Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) bezüglich der Weitergabe von Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen vom 9. November 2004.



Leitsatz 4 Die leistungsorientierte Planung findet bereits im geltenden KVG eine genügende Rechtsgrundlage (KVG Art. 32 Abs. 1; Art. 39; Art. 43 Abs. 6; Art. 46 Abs. 4; Art. 49 Abs. 7). Auch sind die Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet, die notwendigen Datengrundlagen zu liefern. Es empfiehlt sich jedoch, in den kantonalen Spitalgesetzen und in den Leistungsvereinbarungen der Kantone mit den Spitälern endgültige Klarheit über Umfang, Qualität und Zeitpunkt der zu übermittelnden Daten zu schaffen.

5 Ausführungen zu den einzelnen Planungsetappen

Hauptaufgabe einer Planung der stationären Gesundheitsleistungen ist es, den Bedarf der Bevölkerung an solchen Gesundheitsleistungen zu ermitteln und die Deckung desselben sicherzustellen. Verschiedene internationale Publikationen weisen auf die methodischen Probleme hin, welche mit der Ermittlung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen und deren Sicherstellung durch entsprechende stationäre Angebote verbunden sind (siehe z.B. Salomez und Lacoste, 1999, Cases und Baubeau, 2004, Sutton et al, 2002, Thomas, 2003). Wir verzichten an dieser Stelle auf eine weitergehende Diskussion. Speziell erwähnenswert hingegen erscheint uns eine im Auftrag des französischen Gesundheitsministeriums verfasste Übersichtsarbeit über die unterschiedlichen Methoden der Bedarfsermittlung (Estellat und Lebrun, 2004)¹². Darin werden fünf verschiedene Methoden unterschieden:

1. Modellierung anhand von sozio-demografischen Indikatoren;
2. Befragung von Akteuren: Patientinnen und Patienten, Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe, Verwaltungspersonal;
3. Spezifische Nachforschungen (z.B. Entwicklung von Indikatoren, Fehlbelegungsanalysen etc.);
4. Bedarfsprognosen basierend auf den Daten der aktuellen Inanspruchnahme;
5. Umsetzung von Guidelines und Einführung von „Best-Practice“-Verfahren.

Alle Methoden weisen ihre Vor- und Nachteile auf. In Österreich sind ebenfalls Ansätze von Leistungsplanungen zu verzeichnen. Für einzelne Fachbereiche wurden österreichweit sogenannte fachspezifische Leistungsspektren erarbeitet (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003). Ziel ist die Ergänzung der traditionellen Methoden der Bettenangebotsplanung durch stärkere Berücksichtigung des fachspezifischen Leistungsgeschehens und der Strukturqualität¹³. Luxemburg erwähnt in einem Planungsdokument aus dem Jahr 2001 nicht explizit den Begriff Leistungsplanung (Ministère de la Santé, 2001). Die darin verwendete Methodik trägt jedoch einigen Grundsätzen einer leistungsorientierten Planung Rechnung¹⁴. In England und Kanada schliesslich besteht eine umfangreiche Literatur über Methoden zur Bedarfsermittlung, wobei die Bedarfsermittlung in diesen Ländern dazu dient, die Ressourcenverteilung in Form von öffentlichen Geldern pro Kopf zu hinterlegen. Zu diesem Zweck wurden verschiedene „Ressourcenallokationsformeln“ entwickelt (Für Grossbritannien: Carr-Hill et al, 1994, und Sutton et al, 2002. Übersichtsarbeit für Kanada: Thouez, 2002). Die neuste Formel für Grossbritannien berücksichtigt sowohl sozio-demografische wie auch epidemiologische Indikatoren und gibt an, auch den ungedeckten Bedarf abbilden zu können¹⁵ (Sutton et al, 2002). Solche Formeln fokussieren insbesondere auf Ungleichhei-

¹²U.a. basierend darauf hat das französische Gesundheitsministerium eine Art „Pflichtenheft“ für die Bedarfsermittlung im Rahmen der auf Ebene der „Agences régionales d'hospitalisation“ zu erfolgenden Spitalplanungen („Schémas régionaux d'organisation sanitaire“, SROS) ausgearbeitet. Auch hier werden sowohl Daten der Inanspruchnahme (Entwicklung einer neuen, nationalen Datenbank PMSI-EBS) wie auch des Bedarfs an Gesundheitsleistungen (Mortalitätsraten, Daten aus der Langzeitpflegestatistik und Inzidenzraten) verwendet. Für weitere Details siehe ORS des Pays de la Loire, 2004.

¹³Zur Berechnung der quantitativen Entwicklung der Leistungserbringung wurden folgende Parameter berücksichtigt: a) Regionale demografische Entwicklung, b) Alter der Patienten, c) Entwicklung der Frequenzen von Aufnahmen mit bzw. ohne entsprechender medizinischer Einzelleistung und d) Entwicklung der entsprechenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauer 1992 bis 2000 (siehe Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2003).

¹⁴Planungsgegenstand sind die 21 Hauptkategorien der ICD-10-Klassifikation, wobei teilweise ein niedrigerer Aggregationsgrad verwendet wird. Mangels Alternativen wird der Bedarf der effektiven Nachfrage gleichgestellt. Das luxemburgische Planungsmodell sieht sechs Planungsetappen vor: 1) Bestandsaufnahme IST-Zustand und kritische Analyse, 2) Internationales Benchmarking (verschiedene Kenngrößen der Spitalplanung), 3) Bedarfsprognose, 4) Normative Bewertung der Resultate, 5) Kriterien zur Vergabe der Fachabteilungen, 6) Evaluationsverfahren für die Vergabe der Leistungen.

¹⁵Die Ressourcenallokationsformel von Sutton et al. Besteht aus 7 Indikatoren/Indizes: 1) Komparative Mortalitätsrate unter 75, 2) Standardisierte Morbiditätsrate unter 75, 3) Rate von Neugeborenen mit Untergewicht, 4) Rate von Menschen über 75 in Einpersonenhaushalt, 5) Rate von Bezüglern gewisser staatlicher Renten, 6) Speziell entwickelter Kinderarmutsindikator, 7) Speziell entwickelter Bildungsindikator. Mit diesem Modell können 72% der Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen zwei Versorgungsregionen erklärt werden.



ten im Gesundheitszustand der Servicepopulation verschiedener Versorgungsregionen (Mit anderen Worten: Wo mehr Bedarf vorhanden ist, soll mehr investiert werden: interregionale Gerechtigkeit). Sie sind jedoch weniger geeignet für die Identifikation von Unter- und Übersorgungen.

Die im Rahmen dieses Leitfadens entwickelte Planungsmethodik ist eine Kombination der verschiedenen Ansätze. Die grundlegende Ausgestaltung kann wie folgt zusammengefasst werden:

Die Planung analysiert sowohl die Nachfrage (Bedarfsprognose) wie auch das Angebot (Strukturanalysen) von stationären Gesundheitsleistungen. Für die Ermittlung der Nachfrage werden dabei behelfsmässig auch Variablen der aktuellen Inanspruchnahme verwendet (Methoden 1, 2, 4). Das Angebot seinerseits wird auf seine Eignung in Bezug auf die bedarfsgerechte Deckung der zukünftigen Nachfrage überprüft (Methoden 3, 5). Daraus entstehen SOLL-Szenarien. In einem weiteren Schritt müssen die SOLL-Szenarien des Bedarfs an Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung von Allokationskriterien wie z.B. der Erreichbarkeit, der Wirtschaftlichkeit, der Qualität, der volkswirtschaftlichen Auswirkungen und weiterer sozio-demografischer Variablen der Servicepopulation (Methoden 1, 2, 3, 4, 5) mit der IST-Situation verglichen werden. Daraus ergeben sich schliesslich unterschiedliche Versorgungsstrukturvarianten.

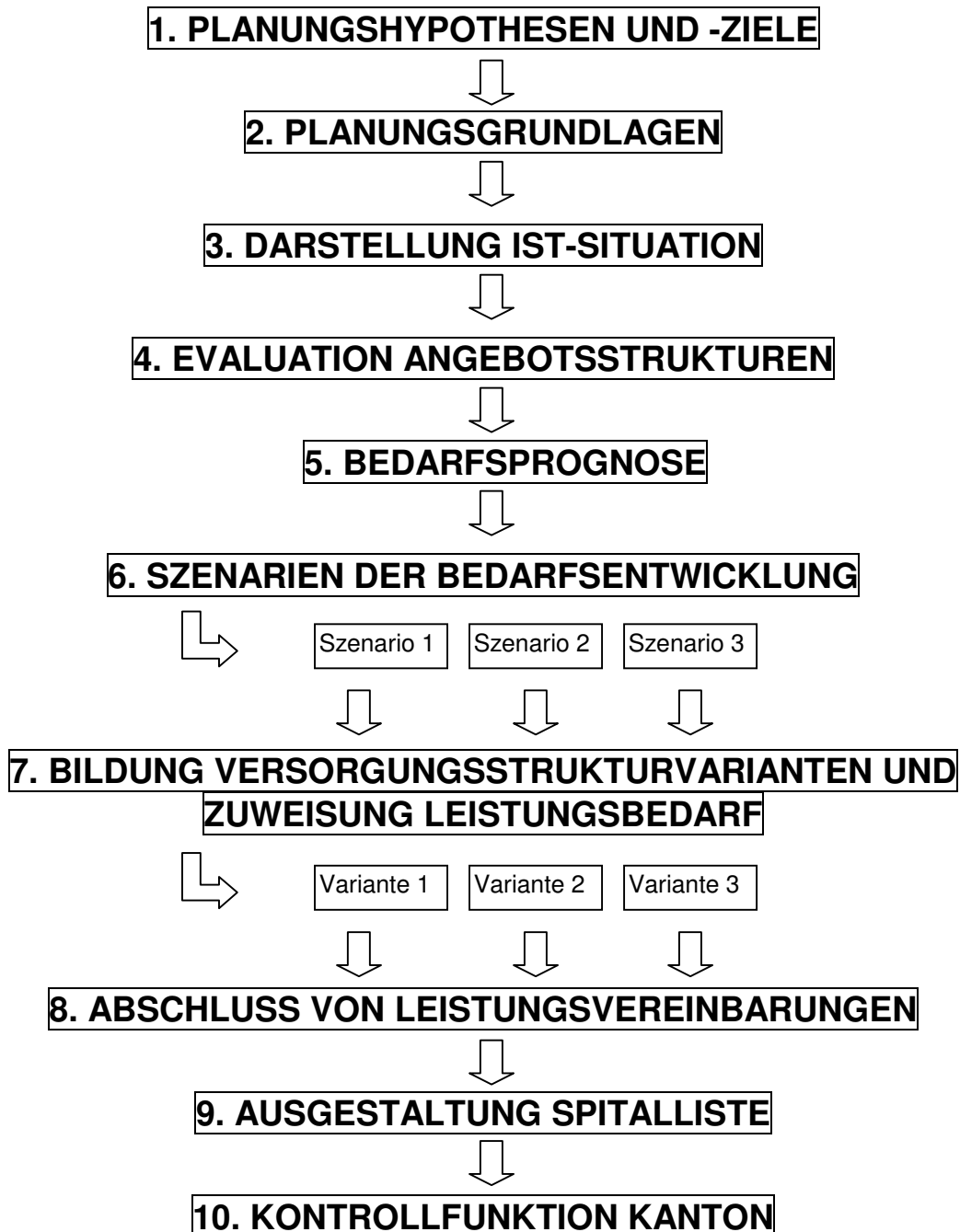
Um den Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung zu strukturieren, entwickelte der Arbeitsausschuss ein Planungsmodell, welches den Prozess einer Spitalplanung gemäss Abbildung 1 in zehn Planungsetappen aufteilt.

Zu Beginn einer leistungsorientierten Planung geht es darum, sich darüber klar zu werden, welche Ziele mit der zu erstellenden Planung verfolgt werden sollen (Kapitel 0) und welche Datenquellen und Auswertungsarten verfügbar beziehungsweise möglich sind (Kap. 5.2). In einem weiteren Schritt wird der IST-Zustand der stationären Gesundheitsversorgung dargestellt (Kapitel 5.3). Dabei wird nicht mehr auf Betten abgestellt, sondern es werden die erbrachten medizinischen Leistungen erhoben. Die Leistungen werden anhand der Diagnosen und medizinischen Eingriffe definiert. Kapitel 5.4 widmet sich der Evaluation der bestehenden Angebotsstrukturen. Das nächste Kapitel (5.5) beinhaltet Ausführungen zu den Variablen der Bedarfsprognosen. Darauf basierend werden die verschiedenen Szenarien über den zukünftigen Bedarf an stationären medizinischen Leistungen entwickelt (Kap. 5.6). Ein nächster Schritt besteht darin, den im SOLL-Szenario ermittelten (fachspezifische) Gesamtleistungsbedarf auf die Versorgungsregionen herunterzuberechnen und einzelnen Leistungsanbietern zuzuweisen (Kap. 5.7). Dazu werden Allokationskriterien entwickelt und Versorgungsstrukturvarianten aufgestellt sowie eine Evaluation letzterer vorgenommen. Daran anknüpfend, kann zur Vergabe des im Rahmen der Planung ermittelten Bedarfs der Kantonsbevölkerung an medizinischen Leistungen an die einzelnen Leistungserbringer übergegangen werden (5.8). Dies geschieht durch den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit Rahmen- und Jahreskontrakten. Nebst der Ausgestaltung der Spitalliste (5.9) muss der Kanton Instrumente erarbeiten und Prozesse definieren, um im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung seine Aufsichts- und Leistungseinkäuferfunktion wahrnehmen zu können. Kapitel 5.10 stellt beispielhaft das Instrument des Benchmarking vor.



Leitsatz 5 Ein kantonales Planungsmodell sollte die wesentlichsten Elemente folgender Planungsetappen enthalten:

Abbildung 1: Planungsmodell mit 10 Planungsetappen



Quelle: GDK



5.1 Planungshypothesen und Planungsziele

Der erste Schritt im Rahmen einer Planung besteht darin, Ziele und Hypothesen für den zu planenden Bereich festzulegen. Es soll mit anderen Worten geklärt werden, was mit den Planungsbestrebungen erreicht werden soll¹⁶. Für die Formulierung von Planungszielen können Hypothesen über Wirkungszusammenhänge, den Zustand, die Entwicklung und über das Umfeld des Planungsgegenstands (hier: akutstationäre Gesundheitsversorgung) von grossem Nutzen sein. Die Ziele sollen möglichst konkret formuliert werden, damit deren Erreichungsgrad ex-post auch überprüft werden kann. (Leistungsorientierte) Spitalplanungen beruhen auf normativen Vorgaben, welche von der Politik vorgegeben werden. Dabei kommt es zwangsweise zu Zielkonflikten. Diese müssen offen gelegt werden. Die Ziele müssen sich keinesfalls nur auf die optimale Versorgung der Bevölkerung mit stationären Gesundheitsleistungen beschränken. Es ist möglich, dass mit einer Spitalplanung auch Ziele aus anderen Politikbereichen verfolgt werden. Gestützt auf die somit entstandene Auslegeordnung kommt es idealerweise zu einer Priorisierung der verschiedenen Planungsziele. Es ist überdies empfehlenswert, die Anzahl der zu verfolgenden Ziele möglichst klein zu halten.

Konkret könnte eine Auflistung möglicher Planungsziele und –hypothesen wie folgt aussehen:

Tabelle 1: Beispiel einer Auflistung von Planungshypothesen und Planungszielen

Planungshypothesen	Planungsziele
1. In den Spitälern ist seit Einführung des KVG ein starker Kostenanstieg zu verzeichnen. Dies ist einerseits durch den medizinisch-technischen Fortschritt begründet. Mit der verstärkten Orientierung am Bedarf anstatt an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie mit dem Ausbau von niederschweligen Versorgungsstrukturen könnten jedoch Einsparungen erzielt werden.	<ul style="list-style-type: none"> • Generelle Mengenbegrenzung • Keine Doppelspurigkeiten zwischen ambulanten und stationären Bereichen (Mehrfachuntersuchungen) • Sowenig stationäre wie möglich, soviel ambulante Leistungen wie nötig <p style="text-align: center;">➔ Verstärkte Strukturierung (horizontal und vertikal) der Angebotsstrukturen</p>
2. Spitalschliessungen in der Region XY sind politisch nicht durchsetzbar	<ul style="list-style-type: none"> • Linearer Kapazitätsabbau • Konzentrationsprozesse auf Ebene der Fachdisziplinen und nicht auf Ebene der Institutionen
3. Mit der Verselbständigung der Leistungserbringer können Effizienzpotenziale erschlossen werden	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau einer Struktur, welche eine wirksame Trennung zwischen operativer und strategischer Steuerung ermöglicht (z.B. Spitalgruppen, kantonales Netzwerk „Réseau“)

Quelle: GDK

Eine (leistungsorientierte) Planung darf unter keinen Umständen statisch, sondern muss dynamisch ausgestaltet sein. Die Planung muss eine Art Rahmen bilden, innerhalb dessen die für die Zielerreichung notwendigen Prozesse und Entwicklungen stattfinden können. Damit ist auch gleich gesagt, dass nicht alle Ziele und Hypothesen vor dem eigentlichen Beginn des Planungsprozesses bekannt sein und danach stur verfolgt werden müssen. Es kann durchaus angezeigt sein, im Laufe der Planung neue Annahmen über den Planungsprozess zu machen und Ziele zu revidieren.

Immer wichtiger wird auch die Einbettung einer leistungsorientierten Planung in den gesundheitspolitischen Kontext. Mehrere Kantone sind dazu übergegangen, nebst eigentlichen Versorgungsplanungen gemäss Art. 39 KVG umfassendere Strategiedokumente zu erarbeiten,

¹⁶In der Fachliteratur wird teilweise von „Performance-based planning“ gesprochen (siehe z.B. Manson, 2000).



welche einen gesamthaften Überblick über das kantonale Gesundheitswesen im weitesten Sinn geben sollen, sowie Prioritäten und Umsetzungsstrategien enthalten¹⁷. Schliesslich hat die Wahl der mit der Planung zu verfolgenden Ziele auch Auswirkungen auf die Auswahl der Planungsmethodik. Je nach Planungszielen und Zielprioritäten der Planer kommen für die Planung unterschiedliche Indikatoren, operationalisierte Messgrössen, in Frage (Leidl et al., 1988).

Obige Ausführungen gelten grundsätzlich sowohl für klassische Kapazitätsplanungen wie auch für im Rahmen dieses Leitfadens zu entwickelnde leistungsorientierte Spitalplanungen. Zum Schluss dieses Kapitels soll kurz auf die Eigenheiten eines leistungsorientierten Planungsprozesses eingegangen werden. Tatsächlich kann es nützlich sein, nicht nur Ziele mit Bezug auf den Zustand des Planungsgegenstandes (der aktustationären Versorgungsstrukturen) zu formulieren, sondern ebenfalls im Hinblick auf die Ausgestaltung des Planungsprozesses an sich. Dies umso mehr, als davon ausgegangen wird, dass die Ausgestaltung des Planungsprozesses direkte Auswirkungen auf die Planungsergebnisse hat. Eine leistungsbezogene Planung ist mit Vorteil partizipativ auszugestalten, indem möglichst früh die direktbetroffenen Kreise mit einbezogen werden. Sie ist überdies prozessorientiert, weil es darum geht, einen bereits im Gange befindlichen Lernprozess im Hinblick auf die erwähnten Zielsetzungen weiter zu entwickeln, fortlaufend zu verbessern und unter dem Gesichtspunkt der Zielerreichung auch zu überprüfen. Eine leistungsbezogene Planung hat schliesslich zum Ziel, den Leistungserbringern auf strategischer Ebene klare und transparente Vorgaben zu machen und ihnen gleichzeitig auf operativer Ebene eine grösstmögliche Freiheit zu gewährleisten.

Leitsatz 6 Planungsziele lassen sich aus Hypothesen ableiten, welche die Wirkungszusammenhänge, den Zustand, die Entwicklung und das Umfeld der akutstationären Gesundheitsversorgung beschreiben. Dabei kommt es zwangsweise zu Zielkonflikten, welche offengelegt werden müssen. Eine Prioritätensetzung innerhalb der Ziele ist ebenfalls empfehlenswert. Schliesslich ist eine leistungsbezogene Planung mit Vorteil prozessorientiert auszugestalten, weil es auch darum geht, einen bereits im Gange befindlichen Lernprozess im Hinblick auf die erwähnten Zielsetzungen weiter zu entwickeln, fortlaufend zu verbessern und unter dem Gesichtspunkt der Zielerreichung zu überprüfen.

5.2 Planungsgrundlagen

Zu Beginn einer leistungsorientierten Spitalplanung muss ein Überblick gewonnen werden über die verfügbaren Datenquellen und deren Qualität sowie über die Auswertungsinstrumente.

5.2.1 Datenquellen

Im Hinblick auf eine möglichst präzise Beschreibung der stationären Versorgungsstrukturen kann insbesondere auf verschiedene Bundesstatistiken zurückgegriffen werden. Tabelle 2 gibt nachfolgend einen Überblick über die vorhandenen Statistiken¹⁸, deren Erhebungsmerkmale sowie Verwendungszweck im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung:

¹⁷ Siehe z.B. Kanton Aargau (2004), Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl), Fassung für das Vernehmlassungsverfahren. Kanton Luzern (2004), Versorgungsplanung Gesundheit. Kanton Uri (2003), Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri.

¹⁸ Für einen detaillierten Überblick über verfügbare Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz, siehe: Strub, Spycher und Egger, 2004.

**Tabelle 2: Übersicht über vorhandene Datenquellen auf gesamtschweizerischer Ebene**

	Beschreibung	Erhebungsmerkmale	Verwendungszweck für LOSP	Periodizität
Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS	Gesamtschweizerisch einheitliche Erfassung (Vollerhebung) der im stationären Bereich erbrachten Leistungen bezogen auf Patientinnen und Patienten	Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnregion, Datum des Spitaleintritts- und -austritts, Aufenthalt vor Eintritt und nach Austritt, einweisende Instanz, Behandlung nach Austritt, Dauer der Intensivbehandlung, Krankheiten und andere Gesundheitsprobleme, medizinische Eingriffe	<ul style="list-style-type: none">• Überblick über die erbrachten Leistungen im stationären Bereich• Beschreibung der Patientenpopulation resp. der Krankenhausprodukte (Case-mix) pro Leistungserbringer• Epidemiologische Überwachung der Kantonsbevölkerung (Morbidität)	jährlich
Krankenhausstatistik des BFS	Gesamtschweizerisch einheitliche Erfassung (Vollerhebung) von medizinischen, administrativen und finanziellen Daten der Spitäler	Betriebe nach Rechtsform, Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung, Ausbildungsmöglichkeiten, Betten, Pflage tage und Leistungen. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und Patienten. Kostenträgerrechnung und Investitionsrechnung, Tarife und Preise.	<ul style="list-style-type: none">• Überblick über das vollständige Angebot und die finanziellen Ergebnisse jedes einzelnen Leistungserbringer	jährlich
Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS	Gesamtschweizerisch einheitliche Erfassung (Vollerhebung) zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Betriebe, die sich um Betagte und Behinderte kümmern.	Betriebe nach Rechtsform, Einrichtung und Ausstattung. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der betreuten Personen. Betriebsrechnung.	<ul style="list-style-type: none">• Überblick über das vollständige Angebot und die finanziellen Ergebnisse jedes einzelnen Leistungserbringer	jährlich
Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS	Repräsentative Stichprobenerhebung über Gesundheitszustand und seiner determinierenden Faktoren, der sozialmedizinischen Krankheitsfolgen, der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie der Versicherungsverhältnisse in der schweizerischen Wohnbevölkerung	u.a. physischer und psychischer Gesundheitszustand, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme der Dienstleitungen	<ul style="list-style-type: none">• Überblick über Inanspruchnahme der stationären Betriebe• Angaben zur Morbidität der Kantonsbevölkerung	Alle fünf Jahre
Fallkostenstatistik des BFS	Erfassung der gesamten Fallkosten im stationären und teilstationären Bereich nach einer einheitlichen Methode (Pilotprojekt)	Fälle (=med. Statistik), Leistungen, Konten und Anpassungen	<ul style="list-style-type: none">• Evaluation der Leistungserbringer (Vergleich der Fallkosten)• Benchmarking	jährlich
Perinatalstatistik des BFS	Gesamtschweizerische Erfassung (Vollerhebung) von medizinischen, administrativen und soziodemografischen Daten über gebärende Mütter und deren Säuglinge	Datum, Zeitpunkt und Ort der Geburt, Geschlecht, Geburtsgewicht und Körperlänge, Schwangerschaftsdauer, Krankheiten und Missbildungen, Alter und soziodemografische Angaben der Mutter, frühere Schwangerschaften der Mutter, Verlegungen der Mutter oder des Kindes vor / nach der Geburt, medizinische Eingriffe während oder nach der Geburt	<ul style="list-style-type: none">• Planung der Geburtenabteilungen	jährlich



Todesursachenstatistik des BFS	Gesamtschweizerische Erfassung (Vollerhebung) der Todesursachen	Alter, Geschlecht, Wohngemeinde, Zivilstand, Nationalität, Beruf, Todesursachen	<ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung bei Bedarfsprognosen 	fortlaufend
GEOSTAT des BFS	Gesamtschweizerische Zusammenführung (Vollerhebung) von raumbezogenen Daten	u.a. Vielzahl von Raum- und Bevölkerungsdaten	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierung der Versorgungslandschaft Berechnung von Zugangszeiten 	unterschiedlich
Volkszählung	Gesamtschweizerische Erfassung (Vollerhebung) personen-, haushalts- und wohnformbezogener Variablen der Bevölkerung	U.a. Geburtsdatum, Geschlecht, Zivilstand, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Geburtsort, Stellung im Haushalt, Anzahl Kinder, Religion, Sprache, Ausbildung, erlernter und ausgeübter Beruf, aktuelle Situation im Erwerbsleben, berufliche Stellung, Arbeitsort/Schulort und -weg und dafür benutzte Verkehrsmittel, Pendelzeit. Abgeleitete Variablen: Gemeinde-Typen, Agglomerationen, Sprachregionen, sozio-professionelle Kategorien, Referenzperson des Haushaltes	<ul style="list-style-type: none"> Sozio-demografische Daten 	Alle 10 Jahre (1990, 2000, 2010)
Bevölkerungsprognosen	Reihe von Bevölkerungsprognosen, welche die zukünftig mögliche Entwicklung der Bevölkerung auf nationaler bzw. kantonaler Ebene beschreiben.	Bevölkerungsstand und Bevölkerungsbewegung (Geburten, Todesfälle, Zuwanderung, Abwanderung, Erwerb des Schweizer Bürgerrechts) nach: <ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht - Alter - Staatsangehörigkeit (Schweiz/Ausland) 	<ul style="list-style-type: none"> Prognosen demografische Entwicklung der Kantonsbevölkerung 	alle 3-5 Jahre

Quelle: BFS, GDK

Leitsatz 7 Die Beschreibung der Ist-Situation erfordert eine Darstellung der erbrachten medizinischen Leistungen unter Einschluss der Diagnosen und medizinischen Eingriffe. Die Datengrundlagen (5.2.1) bilden die medizinische Statistik der Krankenhäuser, die Krankenhausstatistik, abgeleitete Fallkostenstatistiken, die Schweizerische Gesundheitsbefragung, die Perinatal- und die Todesursachenstatistik, Bevölkerungs- (Volkszählung, Bevölkerungsbewegung) sowie GEOSTAT-Daten.

5.2.1.1 Datenverfügbarkeit

Die Datenverfügbarkeit für die Kantone zwecks Beschreibung des IST-Zustandes der stationären Gesundheitsversorgung ist abhängig von der Rechtsform, dem Standort und dem Leistungsspektrum der einzelnen Leistungserbringer. Zu unterscheiden ist dabei zusätzlich, ob der Kanton die im Rahmen der Bundesstatistiken erfassten Daten auf Grund von kantonalen rechtlichen Grundlagen oder expliziter Zustimmung der Leistungserbringer „direkt“ verwendet oder ob er die Freigabe der Daten durch das BFS abwartet. Da die Latenzzeit zwischen Erfassungsjahr und Publikationsjahr beim BFS bis heute äusserst lange ausfällt, ist - wo immer möglich - Variante 1 vorzuziehen. Variante 2 wurde zudem erschwert durch offene Fragen des Datenschutzes, was dazu geführt hat, dass die Kantone nur sehr beschränkt Zugang zu den im Rahmen der Gesundheitsstatistiken des Bundes erhobenen Daten hatten. Eine im Jahr 2004 unterzeichnete Vereinbarung zwischen der GDK und dem



BFS schafft in diesem Bereich nun Klarheit¹⁹. Die Kantone erhalten für im Kanton tätige Betriebe, welche KVG-Leistungen in Rechnung stellen, Zugriff auf die nominativen Einzeldaten (sowohl Daten bezüglich Grundversicherung wie auch der Zusatzversicherung). Zudem erhält jede kantonale Gesundheitsdirektion aus der Medizinischen Statistik des BFS die patientenbezogenen Daten aller extrakantonal behandelten Patienten/innen mit Wohnsitz in ihrem Kanton (ausserkantonale Hospitalisationen). Für diese Patienten wird auch die Identität des behandelnden Spitals (BUR-Nummer²⁰, Adresse, BFS-Typologie) geliefert. Gemäss Vereinbarung sind die kantonalen Gesundheitsdirektionen generell nicht befugt, die Daten an andere Behörden oder an Dritte weiterzugeben, soweit dies nicht durch den Auftrag des KVG vorgesehen ist. Bei interkantonalen Zusammenarbeitsvereinbarungen im Rahmen ihrer Aufgaben gemäss KVG ist es jedoch den kantonalen Gesundheitsdirektionen erlaubt, die genannten Daten an die betreffenden Kantone weiterzugeben. Verschiedentlich sind Teilerkenntnisse über Anzahl und Aufenthalt von ausserkantonal behandelten Patientinnen und Patienten auch aus der statistischen Auswertung der kantonalen Kostengutsprachen möglich. Praktisch keine Informationen liegen insbesondere den Grenzkantonen über die grenzüberschreitenden Patientenflüsse von und nach dem nahen Ausland vor. Der Beschrieb des ambulanten Leistungsangebots ist eng verknüpft mit dem Zugang zu den Daten von TARMED und des Datenpools von santésuisse. Das Gesundheitsobservatorium (obsan) kann den Kantonen einen indirekten Zugang zum Datenpool anbieten.

Wenn der Kanton die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Vorkehrungen getroffen hat²¹, kann die Datenlage bei den innerkantonalen öffentlichen Krankenhäusern als gut bezeichnet werden. Bei privaten Krankenhäusern kann der Kanton die Daten der medizinischen Statistik auf Grund der ausreichenden kantonalen gesetzlichen Grundlagen und der Vereinbarung zwischen GDK und BFS ebenfalls zu Planungszwecken verwenden²². Auf Grund ebendieser Vereinbarung ist auch der Bezug der nominativen Einzeldaten auf Betriebsebene der ausserkantonally behandelten Patientinnen und Patienten des Wohnortkantons sichergestellt. Falls interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen zwei Kantonen abgeschlossen werden, so können die Daten unter den Vereinbarungskantonen auch ausgetauscht werden.

5.2.1.2 Datenqualität

Die Qualität der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS, der wichtigsten Datenquelle der leistungsorientierten Planung, ist insbesondere abhängig von der Qualität der Codierung der Diagnosen und Eingriffe einerseits und dem Verwendungszweck andererseits. Erstere wird erst dann vollständig zufriedenstellend sein, wenn die daraus gewonnenen Daten finanzierungsrelevant sind, was mit der Einführung eines leistungsbezogenen Abgeltungssystems der Fall ist. Auch ohne diagnosebezogene Leistungsfinanzierung kann die Codierqualität erhöht werden z.B. mit der Durchführung von Plausibilisierungstests (z.B. Medplaus 3.0) seitens des Kantons oder mit der Anstellung von professionellen Codiererinnen und Codierern seitens der Spitäler. Es ist überdies angezeigt, die Codierqualität als Qualitätsindikator in die institutionsspezifischen Leistungsvereinbarungen aufzunehmen. Die Datenqualität muss bei Anbietern von stationären medizinischen Leistungen auch für allfällig

¹⁹Siehe: Vereinbarung zwischen GDK und BFS bezüglich Weitergabe von Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 2004.

²⁰ Jeder im Gesundheitswesen tätigen Institution wird vom Bundesamt für Statistik eine achtstellige Betriebs- und Unternehmensregister-Nummer (BUR-Nummer) zugeteilt.

²¹ D.h. der Kanton hat die kantonalen gesetzlichen Grundlagen geschaffen, welche die Leistungserbringer verpflichten, die Daten der medizinischen Statistik dem Kanton für die Verwendung für die Spitalplanung zugänglich zu machen.

²² In Zukunft wird nicht mehr die Rechtsform ausschlaggebend sein, sondern das Tätigkeitsgebiet. In der Vereinbarung zwischen GDK und BFS wird deshalb zwischen Betrieben, welche KVG-Leistungen in Rechnung stellen und solchen, die dies nicht tun, unterschieden. Da in der Schweiz sehr wenige Spitäler keine KVG-Leistungen in Rechnung stellen, haben die kantonalen Gesundheitsdirektionen grundsätzlich Zugang zu allen patientenbezogenen Daten aus den BFS-Statistiken der Betriebe ihres Kantons sowie der extrakantonal behandelten Patienten mit Wohnsitz in ihrem Kanton.



erbrachte teilstationäre und ambulante Leistungen gewährleistet sein²³. Nur so ist es für den Kanton möglich, Verlagerungen vom stationären in den teilstationären oder ambulanten Bereich zu erkennen und in seiner Planung zu berücksichtigen. Schliesslich gilt es anzumerken, dass Daten jeglicher Statistiken qualitätsmässig grundsätzlich nur in denjenigen Bereichen ansprechende Resultate liefern können, für deren Verwendungszweck sie ursprünglich vorgesehen waren (siehe auch Tabelle 2).

Leitsatz 8 (5.2.1.1 + 5.2.1.2) Falls der Kanton die notwendigen rechtlichen und organisatorischen Vorkehrungen getroffen hat, kann die Datenlage bei den innerkantonalen öffentlichen Krankenhäusern als gut bezeichnet werden. Bei privaten Krankenhäusern kann der Kanton die Daten der medizinischen Statistik auf Grund der ausreichenden kantonalen gesetzlichen Grundlagen oder der Vereinbarung zwischen GDK und BFS ebenfalls zu Planungszwecken verwenden. Auf Grund ebendieser Vereinbarung ist auch der Bezug der nominativen Einzeldaten auf Betriebsebene der ausserkantonale behandelten Patientinnen und Patienten des Wohnortkantons sichergestellt. Falls interkantonale Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen zwei Kantonen abgeschlossen worden sind, so können die Daten unter den Vereinbarungskantonen auch ausgetauscht werden. Die Qualität der Daten ist insbesondere abhängig von der Qualität der Codierung der Diagnosen und Eingriffe in den Spitälern.

5.2.2 Datenauswertung

Die Auswertung der verschiedenen Datenquellen kann auf unterschiedliche Arten erfolgen. Grob können vier Vorgehensweisen unterschieden werden:

1. **Patientenzentrierte Auswertung:** Die Herkunft, das Alter und das Geschlecht der Patienten und Patientinnen können Aufschlüsse über die Aktivität einzelner Leistungserbringer in der stationären Gesundheitsversorgung geben. So weisen z.B. Privatspitäler generell einen markant tieferen Altersdurchschnitt auf.
2. **Leistungserbringerzentrierte Auswertung:** Die Datenauswertung wird hinsichtlich Aktivitäten, Ausstattung und Ressourcenverbrauch der einzelnen Spitäler fokussiert.
3. **Leistungszentrierte Auswertung:** Bei der Analyse auf Ebene der Leistungen bietet sich die Verwendung von Aggregationsinstrumenten an.
4. **Indikatorenzentrierte Auswertung:** Für die Abbildung der IST-Situation kann die Bildung von Indikatoren zusätzlich wertvoll sein. So sind der Leistungsumfang oder der durchschnittliche Schweregrad der Fälle (d.h. der Case-Mix) eines Leistungserbringers aussagekräftige Variablen, welche es bei einer leistungsorientierten Planung zu berücksichtigen gilt.

Die Verknüpfung von verschiedenen Auswertungsarten liefert noch bessere Informationen über den IST-Zustand der stationären Gesundheitsversorgung. Eine Verknüpfung von patientenzentrierten und leistungszentrierten Auswertungsansätzen erlaubt zum Beispiel die Abbildung von Patientenkarrieren. Ebenfalls sehr aufschlussreich, und vor allem wichtig bei der Evaluation der Leistungserbringer, ist die Verknüpfung von medizinischen Leistungen und Kostenstellen (siehe z.B. System von Krüger und Lenz, 2004).

²³ Diese Forderung muss zur Zeit wohl eher als frommer Wunsch bezeichnet werden. Für eine umfassende Planung ist das Vorhandensein von Daten über die teilstationären und insbesondere ambulanten Aktivitäten der stationären Leistungserbringer jedoch von grösster Bedeutung.



Leitsatz 9 Die Auswertung der Daten kann patienten-, leistungs-, leistungserbringer- und indikatorenzentriert erfolgen. Durch eine Verknüpfung unterschiedlicher Auswertungsarten können vertiefte Erkenntnisse gewonnen werden.

5.3 Darstellung der IST-Situation

Eine leistungsorientierte Planung begnügt sich bei der Aufnahme des IST-Zustandes nicht mehr mit dem Zählen von Pflgetagen, Fällen oder Betten zur Messung der „Leistung“ der einzelnen Anbieter. Vielmehr wird versucht, den Behandlungsfall mit dem Erheben von Diagnosen und medizinischen Eingriffen näher zu beschreiben. Dieser Ansatz geht von der Annahme aus, dass bei Kenntnis des Zustandes der Patientinnen und Patienten (=Diagnose) und der durchgeführten Behandlungen (=Therapien) Rückschlüsse auf Ausmass und Art der Behandlung (beziehungsweise auf den geleisteten Aufwand und die damit verbundenen Kosten) gemacht werden können. Es wird mit anderen Worten für jede Diagnose und Behandlung ein standardisierter Behandlungspfad angenommen. Nebst dem Behandlungsanlass und dem Behandlungsverfahren wird ebenfalls der Behandlungsort (Fachabteilung) erhoben. Im Folgenden werden verschiedene Auswertungssysteme vorgestellt, welche die medizinischen Behandlungsfälle mittels Diagnosen und Therapien beschreiben.

5.3.1 Auswertungssystem und Datenaggregationsebene

Wie unter 5.2 bereits kurz angedeutet, kann die leistungszentrierte Auswertung der Daten auf verschiedenen Aggregationsebenen und bezogen auf unterschiedliche Objekte/Subjekte erfolgen. Dem Anspruch, Leistungen zu planen, diese Institutionen zuordnen und gleichzeitig Fälle (Patientinnen und Patienten) bilden zu können, ist „statistisch“ nicht einfach gerecht zu werden. Nicht nur gilt es, die Leistungen auf eine auswertbare Ebene zu synthetisieren, sondern zusätzlich eine Verbindung herzustellen zwischen den tatsächlichen Aktivitäten der Spitäler, einerseits, und den Fachrichtungen (und Unterabteilungen), die „beplant“ werden, andererseits.

Die Definition der Aggregationsebene der Leistungsdaten beziehungsweise die Bestimmung des Planungsgegenstandes und die Zuordnung der Leistungen zu den Institutionen sind also die zentralen Punkte. Dabei wird festgelegt, auf welchem Detaillierungsgrad und in welcher Form die Leistungen geplant und im Rahmen der Leistungsvereinbarungen den einzelnen Leistungserbringern zugewiesen werden. Die Wahl dieser Parameter ist eng verknüpft mit dem Aufwand und dem Ausmass von (Schein-)Genauigkeit der Planung. Je tiefer die Aggregationsebene, desto exakter kann der Realität entsprochen werden, desto detaillierter und aufwändiger wird die Planung und desto mehr kann bei der Leistungszuweisung differenziert werden. Bei detaillierter Auswertung besteht die Gefahr, dass die Fallzahlen sehr schnell äusserst klein werden, was mit einer Zunahme des statistischen Fehlers verbunden ist. Andererseits sind für die Beantwortung von vielen Fragen gerade detaillierte Kenntnisse über einen Bereich absolut unerlässlich.

Zwei verschiedene Auswertungssysteme mit unterschiedlichen Subgruppen stehen den kantonalen Planungsverantwortlichen zur Auswahl. Es sind dies einerseits alle Instrumente, welche auf der Basis von Patientenklassifikationssystemen aufgebaut sind, sowie das Clinical Classification System (CCS). In der Folge werden diese vorgestellt und anhand der eben erwähnten Kriterien analysiert. Tabelle 3 vermittelt einen Überblick über die Auswertungssysteme.



Tabelle 3: Übersicht Auswertungssysteme

	DRG basierte Systeme				CCS-CH
	AP-DRG	G-APDRG	GSbG	SwissDRG	
Analysemerkmale	ICD-10/CHOP, Alter, Geschlecht, Austrittsart	ICD-10/CHOP, Alter, Geschlecht, Austrittsart	ICD-10 / CHOP, Fachabteilung	ICD-10 / CHOP oder Folgeklassifikation (CDM?)	ICD-10/ CHOP
Anzahl Fallgruppen	641	87	Je nach verwendetem Patientenklassifikationssystem	??	239
Anzahl aggregierte Fallgruppen	28 (MDC), 10 (Abteilungen BFS)	24, 10 (Abteilungen BFS)	36 (+9), 10 (Abteilungen BFS)	??	18, 10 (Abteilungen BFS)
CH-spezifisch	Nein (nur vereinzelt Fallgruppen)	Ja	Noch nicht	Ja	Ja
Strukturierung in Versorgungsstufen	Nein	Nein	Ja (mittels Clusteranalysen), 3 Module pro Fachbereich	???	Nein (muss individuell geschehen)
Bemerkungen				Erarbeitung bis 2007	

Quelle: GDK

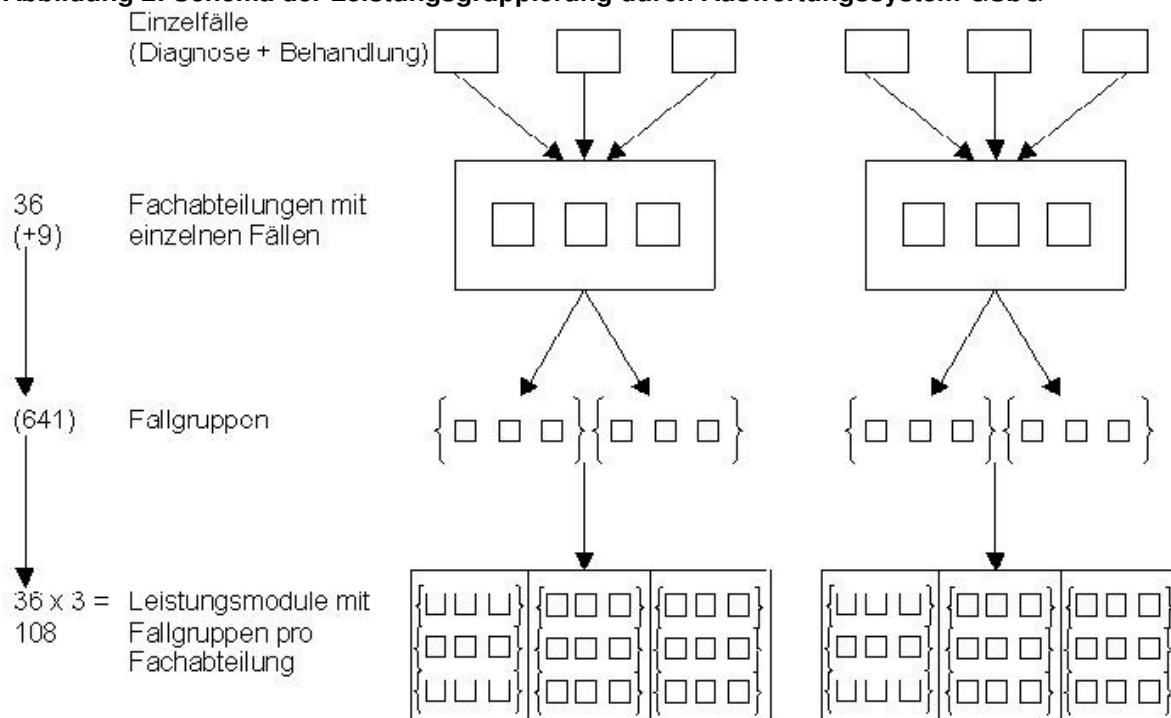
5.3.1.1 DRG-Auswertungssysteme

Die stationären medizinischen Leistungen können mit Hilfe von Patientenklassifikationssystemen (z.B. AP-DRG) strukturiert werden. Ziel ist es, die einzelnen Patienten (Fälle) mit stationärem Aufenthalt auf der Basis klinischer Merkmale (erste Diagnose und erste Behandlung) in Diagnosegruppen („Diagnosis related groups“ DRG) mit möglichst ähnlichen Fallkosten zu gruppieren. Für die Gruppierung relevant sind die Hauptdiagnose und die wichtigste Operation oder Behandlung. Weiter werden das Alter, das Geschlecht sowie die Austrittsart berücksichtigt. Für die Zuweisung in eine Fallgruppe existieren eine Vielzahl von Gruppierungsprogrammen (sogenannte „Grouper“). Jeder Fall wird einer einzigen Diagnosegruppe zugeordnet.

- AP-DRG:** Im Falle der AP-DRG („All-Patients-DRG“) werden 641 Gruppen geschaffen. Diese Aufschlüsselung erscheint zu detailliert, um irgendwelche Folgerungen mit Bezug auf die Leistungsplanung abzuleiten.
- Auswertungssystem GS_bG:** Ein von der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GS_bG) in Deutschland entwickelte Methodik zur Abbildung der Spitalleistungen und deren Verwendung für eine leistungsorientierte Spitalplanung sieht vor, die medizinischen Leistungen auf der Basis der Informationen über Fachabteilung, Diagnose und Therapie mit Hilfe von statistischen Clusteranalysen in IST-Leistungsmodulen innerhalb von 36 Fachrichtungen (plus 9 „besondere Einrichtungen“) zu strukturieren (siehe Rüschemann et al, 2000). Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Vorgehensweise. Die einzelfallbezogenen Daten werden dabei zuerst in Diagnosegruppen gegliedert (Anzahl Gruppen variiert je nach verwendetem Patientenklassifikationssystem) und den 36 Fachrichtungen zugewiesen. In ei-

nem weiteren Schritt werden die Fallgruppen pro Fachabteilung mittels Clusteranalysen in einzelne Leistungsmodul strukturiert. Dabei zielen die der Analyse zugrunde liegenden Algorithmen in einem iterativen, rechengestützten Prozess darauf ab, diejenigen Fallgruppen einem Leistungsmodul zuzuordnen, welche sich im Hinblick auf die Anzahl der diese Leistungen erbringenden Fachabteilungen möglichst wenig unterscheiden (Rüschmann et al, 2000). Daraus entstehen pro Fachbereich drei Module (Basis-, Schwerpunkt- und Spezialleistungsmodul). Auf eine Leistungsmodulbildung kann in denjenigen Fachrichtungen verzichtet werden, in denen von allen Fachabteilungen einer Fachrichtung eine homogene Leistungserbringung erwartet wird. Das Verfahren bringt es mit sich, dass die einzelnen Fallgruppen in globo einer einzigen Versorgungsstufe zugeteilt werden müssen, was nicht immer der Praxis entspricht. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wird in einem weiteren Schritt die rein statistische Modulbildung auf ihre medizinische Plausibilität hin überprüft und bezüglich der Schweregradproblematik korrigiert.

Abbildung 2: Schema der Leistungsgruppierung durch Auswertungssystem GSbG



Quelle: GDK

- c) **G-APDRG:** Ausgehend von der Feststellung, dass herkömmliche Patientenklassifikationssysteme für die Planung zu detailliert ausgestaltet sind, haben Krüger et al.²⁴ auf der Basis von AP-DRG eine Klassifikation entwickelt, welche es erlaubt, eine Gesamtschau der Leistungen in den Spitälern darzustellen entsprechend der Kategorien, die in der Planung verwendet werden können. Daraus entstand, in Anlehnung an die französischen Arbeiten zu den G-GHM (Groupements de Groupes homogènes de malades), eine Klassifikation G-APDRG mit 24 Fachrichtungen und 87 hauptsächlichlichen G-APDRG (Version 1.0). Eine Strukturierung in einzelne Ver-

²⁴Siehe: Krüger R, Lenz MJ (2004), G-APDRG: Ein synthetisches Beschreibungsinstrument der Krankenhausleistungen, entwickelt auf der Grundlage der französischen G-GHM, in: 5. Deutsche Casemix-Konferenz: Konferenzdokumentation, März 2004, Luzern.



sorgungsstufen ist bei diesem Instrument nicht vorgesehen. Der Anwendung der Clusteranalyse analog zum Modell des GSbG steht jedoch grundsätzlich nichts im Wege.

- d) SwissDRG: Gleiches wie für oben beschriebene Fallgruppensysteme wird auch für SwissDRG gelten. Zu Planungszwecken werden die Fallgruppen dieses sog. „refined“ Systems zu aggregierten Leistungsgruppen zusammengefasst werden müssen. Sobald verfügbar (voraussichtlich im 2007), wird SwissDRG auf Grund seiner schweizspezifischen Ausgestaltung die Grundlage erster Wahl für das Auswertungssystem einer leistungsorientierten Spitalplanung sein.

5.3.1.2 *Clinical Classification Software, CCS-CH*

Die CCS ermöglicht es, Diagnosen oder Behandlungen in eine begrenzte Anzahl von Kategorien einzustufen. Die Software stammt aus den USA und wurde im Rahmen eines vom BAG (ehemals BSV) durchgeführten Projektes²⁵ auf die Schweizer Verhältnisse angepasst (siehe Zahnd, 2003a und 2003b). Mit Hilfe der CCS-CH können die stationären medizinischen Leistungen anhand der Diagnosen gemäss ICD-10 oder Behandlungen gemäss CHOP in 239 sich gegenseitig ausschliessende Kategorien gegliedert werden, von denen die meisten klinisch homogen sind. Die so geschaffenen Kategorien können in 18 Kapitel zusammengefasst werden. Eine Kombination der Diagnosen und der Behandlungen ist möglich. Dabei empfiehlt sich die Erstellung von Ranglisten innerhalb der 239 Diagnosegruppen mit der jeweilig häufigsten Behandlung. Eine kombinierte Analyse CCS und Abteilungen gemäss Bundesamt für Statistik bringt eine weitere Aggregation auf 10 Fallgruppen mit sich. Auf Grund der Arbeiten des BAG ist dieses Instrument bereits auf die spezifischen Merkmale der medizinischen Statistik der stationären Leistungserbringer des BFS angepasst. Eine Methode für die Strukturierung der 239 Fallgruppen in unterschiedliche Versorgungsstufen wurde bis anhin nicht entwickelt. Der Anwendung der Clusteranalyse analog zum Modell des GSbG steht jedoch grundsätzlich nichts im Wege.

Leitsatz 10 Eine der zentralsten Planungsetappen ist die Definition der Aggregationsebene der Leistungsdaten bzw. die Bestimmung des Planungsgegenstandes. Diese zwei Parameter werden massgeblich von der Wahl des Auswertungssystems bestimmt. Zwei verschiedene Auswertungssysteme mit unterschiedlichen Subgruppen stehen zur Auswahl. Es sind dies einerseits alle Instrumente, welche auf der Basis von Patientenklassifikationssystemen aufgebaut sind, sowie andererseits das Clinical Classification System (CCS). Die Arbeitsgruppe erachtet je nach Breite des Versorgungsangebotes Planungsparameter im Bereich von 30 bis 70 aggregierten Fallgruppen als zweckmässig. Auch die Bildung von Fachbereichsmodulen nach Versorgungsstufen erscheint sinnvoll (Grund-, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung). Sobald verfügbar (voraussichtlich im 2007), wird SwissDRG auf Grund seiner schweizspezifischen Ausgestaltung die Grundlage erster Wahl für das Auswertungssystem einer leistungsorientierten Spitalplanung sein.

²⁵ Projektleiter: Herr Dr. Daniel Zahnd, Bundesamt für Gesundheit (BAG).



5.3.2 Zuordnung des heutigen Leistungsangebots zu Versorgungsstufen (Versorgungsmodule)

Aus Qualitäts- wie auch ökonomischen Gründen ist eine horizontale und vertikale Differenzierung der stationären Angebotsstrukturen erstrebenswert. Bedeutet die horizontale Strukturierung, dass nicht alle Anbieter alle Fachrichtungen anbieten, zielt die vertikale Gliederung darauf ab, die Gesundheitsversorgung in Versorgungsstufen einzuteilen. Grundsätzlich wird dabei unterschieden zwischen:

- A. Leistungen der Grundversorgung (Basisversorgung)
- B. Leistungen der spezialisierten Versorgung (erweiterte Grundversorgung)
- C. Leistungen der hochspezialisierten Versorgung (Spitzenmedizin)²⁶

Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung sollte die Abgrenzung der Versorgungsstufen zumindest auf Ebene der Fachrichtungen, noch besser auf Ebene einer beschränkten Anzahl von Fallgruppen innerhalb der Fachrichtungen erfolgen. Methodisch sind verschiedene Vorgehensweisen denkbar. Wie bereits unter 5.3.1.1 dargestellt, kann die Einteilung der Versorgungsstufen mathematisch mittels Cluster-Analyse erfolgen²⁷. Die Unterteilung in Versorgungsstufen kann jedoch auch auf der Basis von ausgewählten Kriterien geschehen. Nachfolgend ist eine beispielhafte Beschreibung zu finden²⁸:

1. Diagnostik (Medizintechnik)

Die medizintechnische Ausstattung zur Diagnostik ist kein hinreichendes Kriterium zur Versorgungsstufenabgrenzung (Untersuchungen an Geräten der hochtechnischen Infrastruktur sowie die daraus folgenden Befunde können zugekauft werden). Diagnostische Untersuchungen / Befunde sind nur Teilelemente der Diagnosenstellung und können daher isoliert betrachtet werden. Ein Wechsel der Versorgungsstufe für die Therapie nur aufgrund einer diagnostischen Untersuchung mit einem Gerät einer höheren Versorgungsstufe ist nicht zwingend notwendig.

2. Therapieverfahren (Medizintechnik)

Die medizintechnische Ausstattung ist bei operativen / invasiven Therapieformen zwingende Voraussetzung der Behandlung. Medizintechnische Ausstattung determiniert die Versorgungsstufenzuordnung bei operativen Eingriffen. Bei nicht operativen und nicht invasiven Therapieformen ist Fremdbezug grundsätzlich möglich.

3. Fachkompetenz und Dignität²⁹

Die Kompetenzen eines Behandlungsteams, welches den Patienten während des Behandlungsablaufs betreut, sind ein wesentliches Kriterium für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe und daher prioritär gewichtet. Der medizinische Behandlungsverlauf wird durch den verantwortlichen Arzt eingeleitet und überwacht; dieses Wissen und Können ist i.d.R. selbst ein Produkt der Spezialisierung. Bei der Beurteilung der ärztlichen Fachkompetenz werden folgende schematischen Kriterien zugrunde gelegt:

- Konsiliararztendienst: begründet keinen Anspruch auf die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe
- Belegarztendienst: begründet die Zuordnung zur Grundversorgungsstufe
- Kaderarztendienst (Chef- und / oder Leitender Arztendienst FMH): ist Voraussetzung für die Zuordnung zur spezialisierten bzw. hochspezialisierten Versorgungsstufe.

4. Personaldotation und Infrastruktur

²⁶ Arbeiten rund um die Abgrenzung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen („universitäre Leistungen“) wurden insbesondere durch die Kantone Bern und Waadt erstellt.

²⁷ Siehe Rüschemann et al (2000).

²⁸ Leicht modifiziert übernommen von der Gesundheitsdirektion BL.

²⁹ Rangordnung der fachlichen Ausbildung von ärztlichem Personal aus Sicht der FMH (Berufsorganisation der Schweizerischen Ärzte)



Sie beinhaltet eine ausreichende personelle Vertretungs- und Notfallsicherheit des Behandlungsteams sowie entsprechende räumliche Ressourcen und technischer Standard.

5. Komorbidität

Schweregrad, Ausprägung und Komplexität der Erkrankungen bestimmen den erforderlichen Differenzierungsgrad der Behandlungswege. Dazu gehörige Faktoren beim Patienten bedingen die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe.

6. Spezialisierte Dienstleistungen

Spezialisierte Dienstleistungen (z.B. Intensivbehandlung) sind u.U. eine für die Behandlung notwendige Voraussetzung. Eine Behandlung, die entsprechender ergänzender Funktionen bedarf, ist der Versorgungsstufe zuzuordnen, auf der diese Funktionen angesiedelt sind.

7. Mindestfallzahl (Minimal Case Load)

In Relation zu den personellen Ressourcen sind die Kriterien „Fachkompetenz“ und „Mindestfallzahl“ zu beurteilen. Sie kann ein wichtiges Kriterium eines stabilen **Qualitätsniveaus** sein. Die Mindestfallzahl soll eine gezielte, qualitativ optimale und wirtschaftliche Therapie sicherstellen (wirtschaftliche Auslastung). Teure infrastrukturelle Einrichtungen können erst ab einer Mindestfallzahl wirtschaftlich ausgelastet werden. Aufgrund der Mindestfallzahl kann eine Zuordnung zu einer höheren oder auch niedrigeren Versorgungsstufe vorgenommen werden.

Die Zuordnung der Kliniken und Spitäler erfolgt nach folgendem Beurteilungsraster durch Experten:

Tabelle 4: Beurteilungsraster für Zuordnung von Spitälern und Kliniken

Kriterien	Grundversorgung	Spezialisierte Versorgung	Hochspez. Versorgung
Diagnostik	Basisdiagnostik	Spezialisierte Diagnostik	Hochspezialisierte Diagnostik
Therapie	Etablierte Basistherapie	Spezialisierte Therapie	Hochspezialisierte Therapie
Fachkompetenz	FMH in Grunddisziplinen	FMH in Spezialdisziplinen und Subdisziplinen	
Personaldotation	Patienten-/ Personalschlüssel tief	Patienten-/ Personalschlüssel mittel	Patienten-/ Personalschlüssel hoch
Komorbidität	Einfache Behandlung des Häufigen	Komplexere Fälle	Komplizierte Behandlung seltener Fälle mit hohem Komorbiditätsgrad
Spez. Dienste	Periinterventionelle Überwachung	Intensivpflege	Fachspezifische Intensivpflege
Fallzahlen	Hoch	Hoch bis Mittel	Tief

Quelle: VSD Baselland, ergänzt durch GDK

Leitsatz 11 (5.3.2) Zur Abgrenzung der Versorgungsstufen bieten sich eine horizontale und eine vertikale Abstufung an. Die horizontale Abstufung unterscheidet nach Fachrichtungen, die vertikale nach Versorgungsstufe. Dabei wird nach Grundversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung unterschieden. Konkret kann mittels mathematischer Cluster-Analyse vorgegangen werden. Die Anforderungen können aber auch nach den in diesem Kapitel beschriebenen Kriterien festgelegt und die Spitäler so zugeteilt werden.



5.3.3 Darstellung der heutigen Versorgungsregionen

Die Ermittlung der Patientenströme ist Grundvoraussetzung für die Darstellung der bestehenden Versorgungsregionen. Bezüglich Datenverfügbarkeit wird auf Kapitel 5.2.1.1 verwiesen. Eine vielversprechende Auswertungsmethodik besteht darin, mit Hilfe der in den USA entwickelten „Small Area Analysis“ (SAA) Spitaleinzugsgebiete zu ermitteln (siehe Klauss, 2004 und Klauss et al., 2005). Anhand von Daten über die Spitäler, die geografischen Gegebenheiten, das Gesundheitspersonal und die Bevölkerung erlaubt diese Methode Aussagen über die Inanspruchnahme der stationären Gesundheitsversorgung und die regionale Verteilung von Ressourcen. In einem ersten Schritt werden die MedStat-Regionen des BFS auf das Vorhandensein eines Spitals untersucht. Daraus ergeben sich für die Schweiz 215 MedStat-Regionen mit mindestens einem Spital. Ziel ist es nun, auf Grund der Variablen „Wohnort Patient“ und „Standort Spital“ jede Wohn-MedStat-Region derjenigen Spital-MedStat-Region zuzuordnen, in welcher sich die Wohnbevölkerung am häufigsten stationär behandeln lässt. Als Resultat ergeben sich 100 Spitaleinzugsgebiete. Diese lassen sich beispielhaft anhand von vier „Spitalnutzung-Indizes“ näher beschreiben:

1. **Lokalisationsindex:** man will eine Aussage darüber machen, wie viele Patientinnen und Patienten innerhalb des eigenen Spitaleinzugsgebietes – also lokal – behandelt werden. Je höher dieser Index, desto umfassender und niederschwelliger ist das „lokale“ Angebot an stationären medizinischen Leistungen.
2. **Abwanderungsindex:** gibt Aufschluss darüber, wie viele Patientinnen und Patienten ausserhalb des eigenen Spitaleinzugsgebietes stationäre medizinische Leistungen beanspruchen. Dieser Index kann noch genauer beschrieben werden, wenn nur diejenigen Fälle berücksichtigt werden, welche in den vier Spitaleinzugsgebieten mit der zahlenmässig grössten Abwanderung behandelt werden.
3. **Zustromindex:** dieser Index soll Aufschlüsse über die Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten eines Spitalversorgungsgebietes geben, deren Wohnort in einem anderen Versorgungsgebiet liegt. Dies kann etwas über die Attraktivität des Spitalversorgungsgebietes aussagen. Der Index unterliegt jedoch dem „Arbeitsort-Bias“, da die Einteilung der Spitalversorgungsgebiete nur den Wohnort, nicht jedoch den Arbeitsort der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.
4. **Netto-Patientenstromindex:** dieser Indikator beschreibt die Netto-Patientenströme der einzelnen Spitalversorgungsgebiete.

Eine im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen BAG und BFS entstandene Informatik-Anwendung gibt ebenfalls einen Einblick in die Darstellungs- und Auswertungsmöglichkeiten von Patientenströmen. Auf der Basis von Daten der medizinischen Statistik können mit Hilfe der Software „MAPresso“ kartographische Analysen vorgenommen werden. Auf einer öffentlich zugänglichen Website werden beispielhafte Abfragen zu den Patientenströmen zwischen den Kantonen zur Verfügung gestellt³⁰.

Mit Hilfe von GIS-Daten („Geographic Information System“) können weitere Analysen mit Bezug auf die Erreichbarkeit der einzelnen Leistungserbringer (z.B. innerhalb der gebildeten Spitaleinzugsgebiete) vorgenommen werden. Die dadurch gewonnenen Anfahrtszeiten der Einzugsbevölkerung können tabellarisch aufgelistet werden. Schliesslich sollen im Rahmen der Darstellung der bestehenden Versorgungsregionen auch die wichtigsten ausserkantonalen Leistungserbringer berücksichtigt werden.

³⁰ Siehe: <http://www.bag.admin.ch/kv/analysen/mapkarten/d/index.htm>, www.mapresso.com für weitere Angaben zur Software.



Leitsatz 12 Die Ermittlung der Patientenströme ist Grundvoraussetzung für die Darstellung der bestehenden Versorgungsregionen. Eine vielversprechende Auswertungsmethode ist die Bildung von Spitaleinzugsgebieten mit Hilfe der "Small Area Analysis" (SAA). Für eine vertiefte Analyse der einzelnen Einzugsgebiete können unterschiedliche Indizes wie z.B. Lokalisations-, Abwanderungs-, Zustrom- und Nettopatientenstrom-Index verwendet werden. Auf der Basis von GIS-Daten können weitere kartographische Analysen vorgenommen werden.

5.4 Evaluation der heutigen Angebotsstrukturen (Strukturanalyse)

Die Behandlung eines bestimmten Gesundheitsproblems kann auf verschiedene Arten erfolgen, d.h. über unterschiedliche Behandlungspfade. Unter Behandlungspfad verstehen wir die Beschreibung der diagnostischen, therapeutischen, institutionellen und personellen Mittel für die kunstgerechte Versorgung von Patienten(gruppen) mit bestimmten Merkmalen. Behandlungspfade kommen sowohl intra- wie auch inter-institutionell zur Anwendung.

Die verschiedenen Behandlungspfade unterscheiden sich hinsichtlich der eingesetzten Ressourcen (und der damit verbundenen Behandlungskosten) und dem Behandlungsergebnis (Outcome). Für viele Gesundheitsprobleme stellt die vollstationäre Versorgung nur ein mögliches Behandlungssetting unter anderen dar. Zudem können sich innerhalb des stationären Behandlungssettings für ein einziges Gesundheitsproblem eine Mehrzahl von Behandlungspfaden anbieten. Für die stationäre Spitalplanung hat dies zur Folge, dass sie unter dem Aspekt der „Bedarfsgerechtigkeit“ die stationären Leistungen der Spitäler neben ihrer Mengenentwicklung (Demographie, Morbidität, medizinisch-technischer Fortschritt etc. siehe Kapitel 5.5.1.1-5.5.1.4) zusätzlich auch hinsichtlich der Eignung des Behandlungssettings „vollstationäre Spitalversorgung“ und der Eignung des Behandlungspfades zu überprüfen hat.

Effizienz und Qualität der stationären Gesundheitsleistungen sind auch abhängig von Art und Weise der organisatorischen Ausgestaltung und Verwaltung der Spitalstrukturen. Bestrebungen, welche mit „Managed Care“ umschrieben werden können, haben zum Ziel, mittels einer Restrukturierung des Gesundheitssystems eine möglichst vorteilhafte medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau zu garantieren. Zukunftsgerichtete leistungsorientierte Planungen streben deshalb vermehrt eine wirksame Koordination an zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (Akut, Rehabilitation, Langzeit-Pflege), einerseits, und zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungserbringern, andererseits. So wird in Zukunft die Spitalplanung durch die Berücksichtigung der relevanten Schnittstellen stärker mit anderen Planungskonzepten verknüpft werden müssen wie z.B. mit planerischen Ansätzen und Impulsen von Managed Care im ambulanten Bereich.

Aus obigen Feststellung ergeben sich folgende drei Analysebereiche:

1. Alternative Versorgungsstrukturen (siehe Kapitel 5.4.1);
2. Intersektorale Zusammenarbeit (siehe Kapitel 5.4.2);
3. Alternative stationäre Versorgungskonzepte (siehe Kapitel 5.4.3).

Die Auswirkungen dieser Optimierungsbestrebungen auf die stationäre Versorgungsstrukturen sind dreierlei:

1. Substitution stationärer Leistungen;
2. Verkürzung Aufenthaltsdauer;
3. Verlagerungen spitalintern zwischen den Abteilungen.



5.4.1 Alternative Versorgungsstrukturen

Unter diesem Kapitel gilt es, Behandlungsanlässe (Diagnosen) und/oder Therapiewege zu identifizieren, die keine akutstationäre Versorgung benötigen:

- Substitution durch andere Versorgungsformen
- Substitution durch andere Organisationseinheiten

Substitutionspotentiale können mit Benchmarking-Verfahren durch Orientierung an der „best practice“ (z.B. viertes Quartil) ermittelt werden. Wichtig ist dabei, dass das Benchmarking-Verfahren den speziellen Begebenheiten des Gesundheitswesens angepasst wird. Zum einen ist bei allen Vergleichen die Schweregradproblematik mit zu berücksichtigen. Weiter ist daran zu erinnern, dass die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen nur sehr beschränkt oder mit unverhältnismässig grossem Aufwand nachzuweisen ist. Alle Resultate aus Benchmarking-Analysen sind deshalb ausgedehnten Plausibilitätsprüfungen zu unterziehen (weitere Ausführungen, siehe Kapitel 5.10). Ein weiteres Instrument für die Beurteilung der Notwendigkeit von stationären Spitalaufenthalten ist das Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Ursprünglich in den USA entwickelt, besteht seit 1999 eine deutsche Version G-AEP (siehe Hansis M, 2003). Das Evaluationsprotokoll umfasst 33 Kriterien, die entweder alleine oder mit Zusatzkriterien einen Krankenhausaufenthalt begründen können. Sie sind in 6 Kategorien (A-F)³¹ zusammengefasst. Zwei Schweizer Anwenderstudien, durchgeführt an den Universitätsspitalern Genf und Lausanne, verwendeten beide das AEP aus den USA (Kossovsky et al, 2002, Halfon und Eggli, 2001) und kamen zum Schluss, dass es ein taugliches Instrument für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Hospitalisierung sei. Insbesondere in der Westschweiz³² ist das Instrument „BIOMED“ (oder neu: EU-AEP) verbreitet, welches eine weitere europäische Adaptation des AEP ist, jedoch den grossen Vorteil aufweist, dass sie europaweit einheitlich definiert wurde und deshalb internationale Vergleiche ermöglicht (siehe Santos-Eggimann und Lang, 1997, Lang et al, 1999).

Ein im Auftrag des Kantons Neuenburg erstellter Expertenbericht kommt auf Grund der Anwendung des Patientenklassifikationssystem SQLape® auf die medizinischen Daten der Neuenburger Spitäler zum Schluss, dass von 20'439 stationären Fällen mehr als ein Viertel (5'545) keine eindeutige Indikation für einen stationären Spitalaufenthalt aufweist (Eggli, 2003). Der Experte postuliert, dass davon 20% effektiv keine stationäre Behandlung bedürfen, und der Rest auf Fehlkodierungen und Grenzfälle zurückzuführen ist. Im Anschluss an einen interkantonalen Vergleich legt sich der Experte auf eine Rate verhinderbarer Hospitalisationen von 3.7% fest.

Die Substitution akutstationärer Behandlungen kann insbesondere bei invasiven Behandlungen in der Chirurgie und Orthopädie angewendet werden.

³¹ A) Schwere der Erkrankung, B) Intensität der Behandlung, C) Operation/Invasive Massnahme, D) Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Massnahmen, E) Notwendigkeit intensiver postoperativer Betreuung in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Massnahmen, F) Soziale Faktoren, aufgrund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten im Falle postoperativer Komplikationen nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Massnahmen, geprüft und dokumentiert.

³² Namentlich die Kantone Wallis und Waadt verfassten mehrere Publikationen.



5.4.2 Intersektorale Zusammenarbeit

Intersektorale Zusammenarbeit bedeutet, dass die Leistungserbringung für bestimmte Diagnosen/Therapien zum Teil intersektoral durch Kooperationen zwischen ambulanten, stationären oder rehabilitativen Anbietern erfolgt. Zwei Unterbereiche sind namentlich zu erwähnen:

- Vernetzung ambulante und stationäre Versorgung;
- Vernetzung akutstationäre und rehabilitative Versorgung

Das Arbeiten mit inter-institutionellen Behandlungspfaden setzt eine vorgängige Definition der unterschiedlichen Versorgungsformen und deren Schnittstellen voraus. Dabei geht es einerseits um die Erschliessung von bestehenden Optimierungspotenzialen (Stichwort Wartezeiten) und andererseits um die Steigerung der Allokationseffizienz („Der richtige Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort“). Anhand von **Fehlbelegungsanalysen** können die Angemessenheit bestehender und (hypothetisch) alternativer Behandlungssettings für die Behandlung eines Gesundheitsproblems beurteilt werden. Dabei behilft man sich mit Stichtagserhebungen bei den betroffenen Leistungserbringern.

5.4.3 Alternative stationäre Versorgungskonzepte

Hier geht es darum, Diagnosen/Therapien zu identifizieren, die eine alternative stationäre Versorgung benötigen. Diesem Analysebereich sollten sich primär die medizinischen Berufsgruppen im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen widmen. Die kantonale Planung entfaltet in diesem Bereich üblicherweise keine Aktivitäten. Ausnahmen können sich ergeben durch die Verwendung von sogenannten Behandlungspfad-Systemen zu Planungszwecken (wie z.B. mipp).

Schliesslich kann mit der Erarbeitung von **medizinischen Versorgungskonzepten** auf Ebene von Fachabteilungen oder einzelnen Krankheitsgruppen die bedarfsgerechte Behandlung eines gesundheitlichen Problems sichergestellt werden, wobei die angemessenen Behandlungspfade, die daran beteiligten Versorgungsformen und Organisationseinheiten sowie die Zuweisungskriterien (Indikationen) und Qualitätsanforderungen an die Organisationseinheiten definiert werden.

Leitsatz 13 (5.4) Im Rahmen von Strukturanalysen werden die stationären Angebotsstrukturen unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit auch hinsichtlich der Eignung des Behandlungssettings "vollstationäre Spitalversorgung" und der Eignung der Behandlungspfade evaluiert. So können stationäre Leistungen allenfalls durch alternative nicht akutstationäre Versorgungsstrukturen substituiert (5.4.1), durch intersektorale Zusammenarbeit zwischen ambulanten, stationären oder rehabilitativen Anbietern verbessert (5.4.2) oder durch alternative stationäre Versorgungskonzepte erbracht werden (5.4.3).

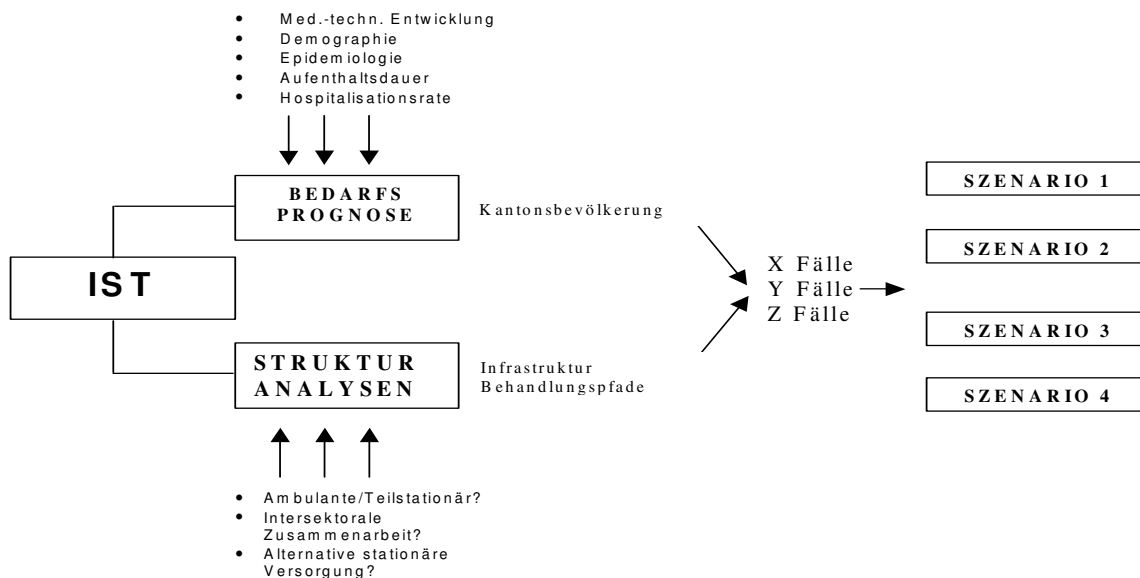
5.5 Prognose des zukünftigen Leistungsbedarfs

Je nach Wahl und Anwendung des Auswertungssystems unter Kapitel 5.3.1 werden die innerkantonalen Versorgungsstrukturen und Teile der ausserkantonalen Strukturen unterschiedlich kategorisiert. Die prospektive Bedarfsabschätzung muss sich auf diese Gliederung der Leistungen abstützen. Je feiner diese Gliederung erfolgte (d.h. je mehr Kategorien geschaffen wurden), desto aufwändiger gestalten sich die Bedarfsschätzungen. Anzumerken ist jedoch, dass die Häufigkeiten der verschiedenen Diagnosegruppen äusserst unterschiedlich ausfallen. Erfahrungen zeigen, dass ein kleiner Teil der Diagnosegruppen pro

Fachbereich den Grossteil der Fälle umfasst³³. Deshalb ist es angezeigt, sich im Rahmen der Bedarfsplanung auf diese häufigen Diagnosegruppen zu konzentrieren. Im Regelfall werden die Bedarfsprognosen wohl auf Ebene der in Versorgungsstufen eingeteilten Fachrichtungen (Fachabteilungen) auf der Basis von einigen ausgewählten Diagnosegruppen vorgenommen. Wie aus Tabelle 3 ersichtlich wird, existieren aber auch innerhalb dieser Ebene noch beträchtliche Unterschiede im Detaillierungsgrad (zwischen 10 und 36 Fachabteilungen und zwischen 87 und 641 Diagnosegruppen).

Mit Hilfe von verschiedenen Methoden und Instrumenten werden die stationären medizinischen Leistungen einerseits hinsichtlich ihrer **Mengenentwicklung** (Kapitel 5.5.1.1 bis 5.5.1.4) analysiert (Bedarfsprognosen). Andererseits muss eine Spitalplanung das Behandlungsangebot im Rahmen von **Strukturanalysen** auch auf seine Eignung für die Behandlung des prognostizierten Bedarfs überprüfen (Kapitel 5.4). In Kapitel 5.6 schliesslich werden die verschiedenen **Szenarien** konkretisiert.

Abbildung 3: Übersicht Ablauf Bedarfsprognosen und Strukturanalysen



Quelle: GDK

Leitsatz 14 Die prospektive Bedarfsabschätzung muss sich auf die unter 5.3.1 vorgenommene Gliederung der Leistungen abstützen. Je feiner diese Gliederung erfolgte (d.h. je mehr Kategorien geschaffen wurden), desto aufwändiger gestalten sich die Bedarfsschätzungen. Es kann angezeigt sein, sich im Rahmen der Bedarfsplanung auf Diagnosegruppen mit hohen Fallhäufigkeiten zu konzentrieren. Im Regelfall werden die Bedarfsprognosen auf Ebene der in Versorgungsstufen eingeteilten Fachrichtungen (Fachabteilungen) auf der Basis von einigen ausgewählten Diagnosegruppen vorgenommen.

³³ So basiert die Krankenhausplanung 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen auf den Statistiken über die zehn häufigsten Diagnosen, kategorisiert nach 26 Fachabteilungen für das Jahr 1997. Damit konnten zwischen 30 bis 93% der Fälle abgebildet werden (Durchschnitt: 63.5%) (Nordrhein-Westfalen, 2001).



5.5.1 Variablen der Bedarfsprognosen

Ist die Wahl der Ebene für die Durchführung der Bedarfsprognosen getroffen, müssen die Variablen bestimmt werden, welche im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung bei der Bedarfsschätzung berücksichtigt werden sollen. Es ist wichtig zu betonen, dass Bedarfsprognosen auf der Basis von ausgewählten Bedarfsvariablen nicht ausschliesslich rechnerisch ermittelt werden können und sollen. Eine Bedarfsanalyse ist immer eine Kombination zwischen analytischen und normativen Methoden. Grundsätzlich ist deshalb anzunehmen, dass Bedarfsanalysen auch in leistungsorientierten Planungsansätzen sowohl auf Daten aus statistischen Auswertungen als auch auf qualitative Einschätzungen durch Expertinnen und Experten sowie normativen Vorgaben beruhen. Als Quellen für die Bedarfsabschätzung können einerseits die Bundesstatistiken im Gesundheitsbereich (insbesondere die Med. Statistik und die Krankenhausstatistik des BFS) und andererseits Expertenbefragungen sowie Vorgaben aus der internationalen Literatur (Stichwort „Evidence Based Health Care“) und aus schweizerischen Referenzplanungen dienen. Angestrebt wird ein kombiniertes Vorgehen von statistischen Analysen auf Grund von Hochrechnungen demografischer Daten der Kantonsbevölkerung und der Inanspruchnahme von Spitalleistungen. Diese Resultate werden in einem zweiten Schritt mit Resultaten von Benchmarking (vgl. auch 5.10) und weiteren normativ festgelegten Werten über die zukünftige Entwicklung von gewissen Faktoren korrigiert. Nachfolgend werden mögliche Variablen und Faktoren der Bedarfsermittlung kurz abgehandelt.

5.5.1.1 Medizinisch-technische Entwicklung

Die medizinische Entwicklung ist ohne Zweifel der wichtigste – aber gleichzeitig der wohl am schwierigsten abschätzbare – Einflussfaktor auf die Entwicklung des Bedarfs an medizinischen Leistungen. Folgende Aspekte des medizinischen Fortschritts sind diesbezüglich zu berücksichtigen:

1. **Veränderung des Indikationsspektrums:** Die medizinische Entwicklung bringt es mit sich, dass eine grosse Anzahl von Indikationsspektren für die unterschiedlichsten Behandlungen dauernd im Fluss sind. Dies ist insbesondere bei den interventionell-chirurgischen Fachgebieten von Bedeutung. Da sich neue Behandlungsmethoden / Eingriffsmethoden meistens nicht nur substituierend auswirken, sondern auch zusätzliche Patientinnen und Patienten damit behandelt werden, kommt es generell zu einer Zunahme der Fallzahl und damit zu Mengenausweitungen.
2. **Neuartige Behandlungskonzepte:** Die medizinische Entwicklung erweitert nicht nur tendenziell viele Indikationsspektren, sie führt auch zu einer fortlaufenden Modifizierung von Behandlungskonzepten. Die Einführung von neuen Behandlungskonzepten kann Auswirkungen auf die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten bestimmter Diagnosegruppen sowie auf die Behandlungsart und den Behandlungsort generell haben. Tendenziell ist dabei mit einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer und einer weiteren Verlagerung in den ambulanten Bereich zu rechnen.

Generell sind Prognosen bezüglich Auswirkungen der medizinischen Entwicklung auf den Bedarf nur auf einer relativ aggregierten Ebene (wie z.B. einzelnen Fachrichtungen) sinnvoll. Dabei kann es nur darum gehen, allgemeine Tendenzen zu erkennen und zu berücksichtigen. Keineswegs darf erwartet werden, die Folgen dieser Entwicklungen in der Medizin in genauen Fallzahlen quantifizieren zu können. Für diese Prognosestellung ist medizinisches Fachwissen unabdingbar. Ein stärkerer Einbezug der Kantonsärzte sowie weiterer Fachexperten in diesen Planungsprozess ist deshalb prüfenswert/notwendig.

Methoden und Quellen: Kantonsarztamt, Expertenbefragungen, Fachliteratur.

5.5.1.2 Demografische Entwicklung der Kantonsbevölkerung

Demografische Angaben über die Kantonsbevölkerung liefern für die Gesundheitsplanung unverzichtbare Anhaltspunkte über die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Die Bedeutung der Demographie ist nicht für alle Fachrichtungen gleich gross. Für die Planung der Geburtshilfe sind Projektionen bezüglich Anzahl Heiraten und Fertilitätsrate unverzichtbar. Auch für die Chirurgie können demografische Daten wichtige Aufschlüsse über die Entwicklung der Fallzahlen für gewisse Eingriffe wie Knie- und Hüftprothetik geben. Demografische Angaben über die Kantonsbevölkerung sind ebenfalls nützlich für die Situierung der eigenen Bevölkerungsstruktur gegenüber jener anderer Kantone (Referenzkantone).

Methoden und Quellen: Die meisten statistischen Ämter der einzelnen Kantone verfügen normalerweise über die benötigten Daten für die demografischen Analysen. Es gilt jedoch zu betonen, dass nicht alle Kantone über ein statistisches Amt verfügen und damit auch nicht „automatisch“ im Besitz von demografischen Prognosen über ihre Kantonsbevölkerung sind. Eine im Jahr 2004 erschienene Publikation des Bundesamtes für Statistik prognostiziert die demografische Entwicklung in den einzelnen Kantonen von 2002 bis 2040 gemäss dem Szenario «Trend» AR-00-2002. Weitere kantonsspezifische Daten sind direkt auf der Webseite des BFS und derjenigen des Gesundheitsobservatoriums zugänglich³⁴:

Pro Kanton (und Region) sind 3 Tabellen mit folgenden Daten verfügbar:

Tabelle 1: Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung, 1981-2040

- Bevölkerung am 1.1.
- Geburten
- Todesfälle
- internationale Einwanderungen
- internationale Auswanderungen
- interkantonale Zuwanderungen
- interkantonale Abwanderungen
- Bevölkerung am 31.12.
- Wachstum, absolut
- Wachstum, in %

Tabelle 2: Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Alter, 1981-2040

- Alter (0-99 Jahre und mehr)
- Bevölkerungszahl am 31. Dezember
- Anzahl Männer am 31. Dezember
- Anzahl Frauen am 31. Dezember

Tabelle 3: Indikatoren der ständigen Wohnbevölkerung, 1981-2040

- Rohe Geburtenziffer (pro 1000 Einwohner)
- Rohe Sterbeziffer (pro 1000 Einwohner)
- Geburtenüberschuss pro 1000 Einwohner
- Internationaler Wanderungssaldo pro 1000 Einwohner
- Binnenwanderungssaldo pro 1000 Einwohner
- Wanderungssaldo pro 1000 Einwohner
- Rohe Einbürgerungsziffer (pro 1000 Einwohner)
- Bevölkerungswachstum (pro 1000 Einwohner)
- Ausländeranteil in %
- Geschlechterverhältnis
- Medianalter
- Anteil unter 20-Jährige in %
- Anteil der 20-64-Jährigen in %
- Anteil der 65-Jährigen und Älteren in %
- Gesamtquotient in %

³⁴ BFS:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/zukunftge_bevoelkerungsentwicklung0/blank/szenarien/uebersicht/tab2.html, und Gesundheitsobservatorium: www.obsan.ch.



- Altersquotient in %
- Jugendquotient in %

5.5.1.3 *Epidemiologische Entwicklungen*

Veränderte Morbiditätsdaten können die Grundlage bilden für Anpassungen der stationären Versorgungsstrukturen. Die deskriptive Epidemiologie spricht von Prävalenz und Inzidenz eines bestimmten Gesundheitszustandes (meistens: einer definierten Krankheit). Die Inzidenz ist eine Rate definiert durch die Anzahl neu beobachteter Fälle in einem bestimmten Zeitraum, während die Prävalenz die Anzahl von Fällen bezogen auf eine Referenzpopulation ausdrückt³⁵. Die Inzidenz ist besonders wichtig bei Krankheiten oder Zuständen von kurzer Dauer. Die Prävalenz bildet gut längerdauernde Gesundheitsstörungen ab. Die Datenverfügbarkeit ist jedoch zur Zeit je nach Fachrichtung und Gesundheitsproblem sehr unterschiedlich. Als Schweizer Quellen für epidemiologische Daten können das BAG (z.B. übertragbare Krankheiten), das BFS (z.B. Todesursachenstatistik, Gesundheitsbefragung), Krebsregister, Fachliteratur und Fachgesellschaften aufgeführt werden. Die Übernahme von internationalen Richtwerten ist mit Vorbehalten behaftet, da die Art und Häufigkeit der Diagnosestellungen auch stark vom gesellschaftlichen Umfeld abhängt und kulturellen Einflüssen unterliegt. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass innerhalb einer Krankheit gemäss ICD-10 markante Differenzen bestehen können zwischen der Häufigkeit der gestellten Diagnosen und der Anzahl der „Patientinnen und Patienten“, die dann effektiv einer Therapie bedürfen. Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass der Zugang zu den medizinischen Leistungen nicht überall gleich gewährleistet ist. So ist auch diejenige Gruppe von „Patientinnen und Patienten“ zu berücksichtigen, welche eine Krankheit aufweisen, aus verschiedenen Gründen jedoch keine Behandlung erhalten und demzufolge das medizinische Versorgungssystem nicht beanspruchen. Schliesslich ist anzumerken, dass sich gewisse epidemiologische Entwicklungen erst mit grosser zeitlicher Verzögerung auf die Inanspruchnahme von stationären medizinischen Leistungen auswirken. So wird der kontinuierliche Anstieg von jungen Menschen mit Übergewicht erst in 30 oder noch mehr Jahren zu vermehrten Hospitalisationen führen. Dennoch sind epidemiologische Daten wertvolle Grundlagen für die Bedarfsabschätzung auch in einer leistungsorientierten Spitalplanung.

Als Annäherung an die Morbiditätsdaten können die für die Kantonsbevölkerung in der Vergangenheit registrierten Fallzahlen (d.h. die effektiven Behandlungen) dienen. Für eine in die Zukunft gerichtete Prognose der Morbiditätsentwicklung wird dabei die Fallzahlentwicklung mit Wachstums- beziehungsweise Schrumpfkoeffizienten multipliziert.

Methoden und Quellen: Expertenbefragungen, Fachliteratur, Fallzahlen aus der medizinischen Statistik.

5.5.1.4 *Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate*

Bei der Aufenthaltsdauer und der Hospitalisationsrate handelt es sich nicht um unabhängige Variablen. Vielmehr werden diese von der medizinischen Entwicklung, vom Abgeltungssystem und vom Ausbau sowie von der Aufnahmebereitschaft der nachfolgenden Institutionen in der Behandlungskette beeinflusst (Aufenthaltsdauer) beziehungsweise hängen von der medizinischen und epidemiologischen Entwicklung sowie von den Angebotsstrukturen (Stichwort angebotsinduzierte Nachfrage) ab (Hospitalisationsrate). Dennoch ist es gerechtfertigt, auch bei einer leistungsorientierten Spitalplanung die Aufenthaltsdauer und die Hospitalisationsrate zu berücksichtigen. Die beiden Raten werden dabei einerseits durch die medizinische und epidemiologische Entwicklung bestimmt, können jedoch auch aus zum Teil normativ festgelegten Vorgaben bestehen. Inner- und ausserkantonales Benchmarking kann überdies weitere Anhaltspunkte zur Frage liefern, an welche Werte sich die Aufenthaltsdauer und die Hospitalisationsraten der einzelnen Leistungserbringer in verschiedenen

³⁵ Für einen Beschrieb von weiteren Konzepten der Epidemiologie, siehe z.B. Oleske et al, 2001 Kapitel 3.



Fachabteilungen annähern sollten. Solche Zahlen erlauben überdies eine Situierung der eigenen Versorgungsstrukturen gegenüber anderen Kantonen (Referenzkantone) Dabei muss aber unbedingt ein Verfahren angewandt werden, welches den Unterschieden im Case-Mix zwischen den Spitälern Rechnung trägt.

Methoden und Quellen: Medizinische Statistik des BFS, Kennzahlen anderer Kantone.

Leitsatz 15 Die Variablen der Bedarfsprognosen sind auf Daten von statistischen Auswertungen, auf qualitative Einschätzungen durch Expertinnen und Experten sowie auf normative Vorgaben abzustützen. Als Variablen können bezeichnet werden: (1) die medizinisch-technische Entwicklung (5.5.1.1), (2) die demografische Entwicklung der Kantonsbevölkerung (5.5.1.2), (3) epidemiologische Entwicklungen (5.5.1.3), (4) Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate (5.5.1.4).

5.6 Szenarien der zukünftigen Bedarfsentwicklung (SOLL-Zustand)

Je nach Gewichtung und Hinterlegung der unter Kapitel 5.5.1 abgehandelten Variablen, der auf Grund der unter 5.4 vorgenommenen Strukturanalysen im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungspfade und je nach Wahl des Auswertungssystems entstehen unterschiedliche Bedarfsprognosemodelle mit voneinander abweichenden Mengengerüsten. Es empfiehlt sich, verschiedene Szenarien auszuarbeiten, welche jeweils auf unterschiedlichen Annahmen beruhen und divergierende Zielvorgaben - formuliert unter 5.1 - verfolgen. Nur so können die Auswirkungen unterschiedlicher Planungsziele quantifiziert und dargestellt werden. Je nach Wahl der Aggregationsebene umfassen diese Szenarien Mengengerüste in Form von Fällen pro Fachrichtung (10 bis 45) oder Fallgruppe (28 bis weit über 1'000). Die Szenarien beinhalten immer kantonale Gesamtfallzahlen inklusive der ausserkantonale behandelten Kantoneinwohnerinnen und –einwohner sowie der innerkantonal behandelten Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnsitz. Das Herunterbrechen auf die regionale Ebene und die einzelnen Leistungserbringer erfolgt erst unter Kapitel 5.7.

In Tabelle 5 wird exemplarisch eine Planungsmatrix auf Ebene einer Fachabteilung dargestellt. Die Fachabteilung ist in drei Versorgungsstufen (Module) unterteilt, welche wiederum eine Anzahl Fallgruppen beinhalten. Die Einflussvariablen der Bedarfs- und Strukturanalysen sind in den Spalten 4 bis 10 abgebildet. Die verschiedenen Schraffierungen innerhalb der einzelnen Variablen zeigen die unterschiedlichen Analyseebenen auf. Während zum Beispiel demografische Veränderungen nur auf der ganzen Ebene der Fachabteilung untersucht werden, sind Verkürzungen des stationären Aufenthalts auf Grund einer besseren Vernetzung zwischen dem stationären und post-stationären Bereich auf Modulebene vorzunehmen. Änderungen der Hospitalisationsraten können sogar individuell für einzelne Diagnosegruppen untersucht und dementsprechend korrigiert werden. In der untersten Zeile sind die für die verschiedenen Analysen verwendbaren Instrumente aufgeführt. Die zweitletzte Spalte weist die Angaben für die SOLL-Module zum Zeitpunkt Z aus. In der letzten Spalte sind die Veränderungen zwischen IST und SOLL ablesbar. Die endgültige Wahl des zu verfolgenden Szenarios muss auf politischer Ebene erfolgen.



Tabelle 5: Szenario-Übersicht für Fachabteilung X und Szenario Y für Zeitraum Z (beispielhaft und mit fiktiven Zahlen)

Fachabteilung X Szenario Y	Modul (Versorgungsstufe)	Diagnosegruppen	Bedarfsanalyse				Strukturanalysen			SOLL-modul	Veränderung
			Med.-techn. Entwicklung	Demografie	Epidemiologie	Hospitalisationsrate	Verlagerung ambulant	Vernetzung (Verkürzung stationär. Aufenthalt)	Andere Abteilung		
Fachabteilung X Total 4200 Fälle	IST-MODUL 1 Grundversorgung Total 1500 Fälle	DRG A: 200								175	-25
		DRG B: 100								100	-
		DRG C: 350								380	+ 30
		DRG D: 275								300	+ 25
		DRG E: 300							230	- 70	
		DRG F: 125							160	+ 35	
		DRG G: 150							190	+ 40	
		Total							Total	+ 45	
	IST-MODUL 2 Spezialisierte Versorgung Total 1000 Fälle	DRG A DRG B DRG C DRG D DRG E DRG F DRG G								Total	
	IST-Modul 3 Hochspezialisierte Versorgung Total 440 Fälle	DRG A DRG B DRG C DRG D DRG E DRG F DRG G								Total	
TOTAL	70% der Fälle										
Datenquellen + Instrumente				BFS-Prognosen	Aktuelle Inanspruchnahme	Benchmarking	Benchmarking	Fehlbelegungsanalysen	Versorgungskonzepte /Behandlungspfade		



Leitsatz 16 Je nach Gewichtung der hinterlegten Variablen und auf Grund der vorgenommenen Strukturanalysen im Hinblick auf eine Optimierung der Behandlungspfade und je nach Wahl des Auswertungssystems entstehen unterschiedliche Bedarfsprognosenmodelle mit voneinander abweichenden Mengengerüsten. Es empfiehlt sich, verschiedene Szenarien auszuarbeiten, welche jeweils auf unterschiedlichen Annahmen beruhen und divergierende Zielvorgaben verfolgen. Die endgültige Wahl des weiter zu verfolgenden Szenarios muss auf politischer Ebene erfolgen.

5.7 Bildung von Versorgungsstrukturvarianten und Zuweisung des Leistungsbedarfs

Im Kapitel 5.5 ging es darum, mit Hilfe von verschiedenen Variablen Anhaltspunkte über den zukünftigen Bedarf der Kantonsbevölkerung an medizinischen Leistungen zu gewinnen und die Auswirkungen von Optimierungen des Behandlungsangebots auf eben diesen Bedarf zu eruieren. Überdies galt es, die einzelnen Szenarien auf Grund der getroffenen Annahmen auf Ebene des Kantons aufzustellen (siehe 5.6). In einem weiteren Schritt muss nun die Verbindung zum bestehenden Angebot hergestellt werden. Der in den SOLL-Szenarien ermittelte (fachspezifische) Gesamtleistungsbedarf ist auf die Versorgungsregionen herunterzubrechen und einzelnen Leistungsanbietern zuzuweisen. Es empfiehlt sich, auch bei der Bildung von Versorgungsregionen und der „Zuteilung“ des Bedarfs auf die einzelnen Regionen verschiedene Szenarien auszuarbeiten. Nachfolgend sollen kurz die Allokationskriterien (5.7.1) und die daraus abgeleiteten Versorgungsstrukturvarianten (5.7.2) beschrieben werden. In 5.7.3 werden einige organisatorische Massnahmen aufgezeigt, welche eine stufen-gerechte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen fördern sollen. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Abschnitt über die Bewertung der vorgängig entstandenen Versorgungsstrukturen (5.7.4).

Das Gesundheitswesen eines jeden Kantons weist unterschiedliche Strukturen auf, geprägt durch die geografischen Gegebenheiten (Erreichbarkeit), die sozio-demografische Zusammensetzung der Bevölkerung (z.B. Alter, Sprache), die Siedlungsstruktur und die in der Gesellschaft vorherrschenden Meinungen über Art und Umfang einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Mit anderen Worten unterscheidet sich das inner- und ausserkantonale Angebot an stationären medizinischen Leistungen für die Bedarfsdeckung der Kantonsbevölkerung von Kanton zu Kanton.

Leitsatz 17 Der in den SOLL-Szenarien ermittelte (fachspezifische) Gesamtleistungsbedarf ist auf die Versorgungsregionen herunterzubrechen und einzelnen Leistungsanbietern zuzuweisen. Dazu werden Allokationskriterien entwickelt, welche medizinischer (Mindestfallzahlen, Zugangszeiten), ökonomischer (allfällige Skaleneffekte bei optimierten Fallzahlen), politischer (Bezirke), geografischer (wohntnahe Versorgung, Notfall) und demografischer (Altersstruktur, Tourismus) Art sein können. Je nach Gewichtung und Verwendung der Allokationskriterien werden unterschiedliche Versorgungsstrukturvarianten abgeleitet.



5.7.1 Definition von Allokationskriterien

Anzahl und Art der Allokationskriterien, welche bei der Bildung von Versorgungsregionen und der Zuteilung des Bedarfs an einzelne Leistungserbringer zur Anwendung kommen, können sehr stark variieren. Grundsätzlich wird dabei die Optimierung des Gesamtsystems angestrebt. Eine „Minimalvariante“ bestünde z.B. darin, die administrative Unterteilung des Kantons in Bezirke auch für die Gesundheitsversorgung zu übernehmen und somit den Bedarf möglichst wohnortsnah zu decken. Eine „Maximalvariante“ berücksichtigt geografische, demografische, medizinische und ökonomische Aspekte. In der Folge werden einige Kriterien kurz ausgeführt:

1. **Medizinische Kriterien:** Aus medizinischer Sicht können sowohl Mindestfallzahlen wie auch Zugangszeiten für die Qualität und das Ergebnis von stationären medizinischen Leistungen von Bedeutung sein. Es scheint auf den ersten Blick nicht möglich, diesen zwei Anforderungen gerecht zu werden. Eine Konzentration der Leistungserbringung auf wenige Standorte zwecks Erhöhung der Fallzahl ohne Abstriche bei den Zugangszeiten kann z.B. jedoch durch den gleichzeitigen Ausbau eines leistungsstarken präklinischen Transport- und Verlegungsdienstes erreicht werden³⁶. Für die generelle Beurteilung der Qualität auf der einzelbetrieblichen Ebene fehlen zur Zeit jedoch vielerorts valide und zuverlässige Messgrößen.
2. **Ökonomische Kriterien:** Bei der ökonomischen Betrachtung der Bildung von Versorgungsregionen spielen namentlich die Zugangskosten für die Patientinnen und Patienten sowie die Skaleneffekte bei der Erbringung von stationären medizinischen Leistungen eine Rolle. Verschiedene Literaturhinweise deuten darauf hin, dass eine Erhöhung der Zugangskosten für Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen und eingeschränkter persönlicher Mobilität Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Leistungen haben kann (siehe Posnett J, 2002). Der Realisierung von Skaleneffekten liegt der Gedanke zu Grunde, dass grosse Spitäler kosteneffektiver als kleine sind, weil Kostenvorteile wie bei einer Massenanfertigung erwartet werden. Diese Erwartung kann jedoch nicht durch die heute verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse gestützt werden. In der Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass Grössenvorteile bei Leistungserbringern von 100 bis 200 Betten bereits voll realisiert sind (Health Evidence Network, 2003)³⁷. Schliesslich sollen der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert und Monopolstellungen verhindert werden.
3. **Politische und geografische Kriterien:** Bei der Definition der Versorgungsgebiete spielt die politisch-administrative Unterteilung des jeweiligen Kantons eine wichtige Rolle. Insbesondere dort, wo die Trägerschaft einzelner Leistungserbringer aus Gemeindeverbunden sowie Bezirken besteht oder wo im Kanton mehrere Sprachgebiete bestehen. Für den Zugang zu den stationären medizinischen Leistungen entscheidend sind im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit unter anderem geografische Variablen. Zum einen mit Bezug auf die Abdeckung des Versorgungsgebietes bei Notfällen, aber auch generell bei Fragen rund um die wohnortsnah Versorgung der Servicepopulation mit gewissen stationären medizinischen Leistungen.
4. **Demografische Kriterien:** Regionale demografische Besonderheiten können die Bildung der Versorgungsregionen ebenfalls beeinflussen. So müssen die Eigenheiten von urbanen Gebieten (andere Zusammensetzung der Bevölkerungsstruktur) und Tourismusregionen (stark schwankende Nachfrage) bei der Bildung von Versorgungsregionen berücksichtigt werden.

³⁶Der Kanton Wallis hat mit der Einführung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) u.a. gewisse medizinische Disziplinen zentralisiert bei gleichzeitigem Ausbau eines Verlegungsdienstes.

³⁷Die Autoren weisen überdies darauf hin, dass Zusammenlegungen von Spitälern immer auch verbunden sind mit einer Verringerung des Wettbewerbs.

5.7.2 Bildung von Versorgungsstrukturvarianten

Zur Bildung der Versorgungsregionen werden die in den fachgebietsbezogenen SOLL-Leistungsmodulen enthaltenen Leistungen in Form von Diagnose/Interventionscodes oder CCL-Fallgruppen über die Herkunft der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Regionen und auf Wohnorte ausserhalb des Kantons heruntergebrochen. Je nach Gewichtung und Verwendung der Allokationskriterien aus dem vorigen Kapitel entstehen unterschiedliche Versorgungsstrukturen.

Verschiedene Instrumente können einen Beitrag zur Bildung von Versorgungsregionen und zur Zuweisung des Bedarfs an die einzelnen Leistungserbringer liefern. Die Methode „Small Area Analysis“ erlaubt die Bildung von 100 Spitaleinzugsgebieten in der Schweiz auf Grund der aktuellen Daten der Inanspruchnahme (Klauss et al, 2004, siehe auch Kapitel 5.2.2). Weiter sind Methoden des „Operations Research“ dienlich für die Minimierung von verschiedenen Zielgrössen unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Rahmenbedingungen (siehe z.B. Fritz et al, 2003). Sie werden daher insbesondere für die Zuweisung des ermittelten Bedarfs zu den einzelnen Versorgungsregionen oder Leistungserbringern verwendet. Anwendungen, welche auf dem Geografischen Informationssystem GIS beruhen, können wertvolle Anhaltspunkte namentlich für die Definition der Versorgungsregionen liefern. GIS-Systeme enthalten sowohl Raumdaten wie auch Daten über verschiedene Eigenschaften dieser Räume. Solche Systeme erlauben die systematische Erfassung und Verarbeitung der in ihnen enthaltenen Daten auf der Grundlage eines einheitlichen räumlichen Bezugssystems (für eine Einführung, siehe BFS, 1999, für eine praktische Anwendung, siehe de Wolff, 2002)³⁸. Es existiert spezielle Anwendersoftware für den Gesundheitsbereich (siehe z.B. Public Health GIS Unit, 2002). GIS-Daten können auch in Kombination mit der unter Kapitel 5.2.2 vorgestellten Small Area Analysis wertvolle Hinweise zur Erreichbarkeit der stationären Gesundheitsversorgung liefern.

Leitsatz 18 (5.7.2) Zur Bildung der Versorgungsregionen werden die in den fachgebietsbezogenen SOLL-Leistungsmodulen enthaltenen Leistungen in Form von Diagnose/Interventionscodes oder CCL-Fallgruppen über die Herkunft der Patientinnen und Patienten auf die einzelnen Regionen und auf Wohnorte ausserhalb des Kantons heruntergebrochen. Je nach Gewichtung und Verwendung der Allokationskriterien aus Kapitel 5.7.1 entstehen unterschiedliche Versorgungsstrukturen.

5.7.3 Organisatorische Massnahmen für stufengerechte Versorgungsstrukturen

Steuerung über die Struktur bedeutet nicht nur das Bereitstellen einer stufengerechten stationären Gesundheitsversorgung, sondern beschäftigt sich überdies auch mit der Inanspruchnahme dieser Versorgungsstrukturen. Es muss dabei sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten in der Regel den Behandlungsweg durch die stufengerechten Versorgungsstrukturen effektiv auch durchlaufen.

Generell charakterisiert sich eine in verschiedene Stufen differenzierte stationäre Gesundheitsversorgung dadurch, dass die basismedizinischen Institutionen jeweils Triagefunktionen wahrnehmen für die Zuweisung in höher spezialisierte oder weiterführende Einrichtungen (Baselland, S.45). In der Folge werden Massnahmen zusammengetragen, welche eine stufengerechte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen fördern sollen (gemäss VSD Baselland, 2003, S.45):

³⁸Eine Linkliste mit den kantonalen Ansprechpartnern für Geoinformationssysteme existiert auf der Website des BFS: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/servicestelle_geostat/gis-links.html.



1. Die Aufnahmepflicht der Notfallstation ist eng zu umschreiben (z.B. begründet der „Ärztessonntag“ bzw. „-donnerstag“ noch keine Notfallaufnahme).
2. Die Notfallbereitschaft der Ärzteorganisationen ist zu stärken.
3. Die Ansiedlung von In-house-Praxen hilft Doppelspurigkeiten und Fehlplatzierungen zu vermeiden.
4. Die ausländische Wohnbevölkerung ist besser über das schweizerische Hausarztmodell zu informieren.
5. Das System der Gesundheitskassen (HMO) ist deutlicher zu fördern.
6. Die Vernetzung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist strukturell auszubauen (Spitalverbünde, Kooperationen zwischen den Institutionen etc.).

Leitsatz 19 Die stufengerechte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen kann durch Triage und Zuweisung der Patientinnen und Patienten an geeignete Leistungserbringer durch basismedizinische Institutionen gewährleistet werden. Richtlinien bzgl. Aufnahmepflicht der Notfallstationen, eine Stärkung der Notfallbereitschaft der Ärzte und von Managed Care-Organisationen, die Information der Versicherten sowie die Vernetzung der stationären Leistungsstrukturen sind geeignete Massnahmen für die Förderung abgestufter Versorgungsstrukturen.

5.7.4 Evaluation der Versorgungsstrukturvarianten

Bei den im Kapitel 5.7.1 erläuterten Kriterien liegen zumindest teilweise Zielkonflikte vor. Diese Konflikte lassen sich nur durch die Vorgabe einer Priorität lösen. Zu diesem Zweck müssen die entwickelten Varianten durch Kriterien bewertet werden. Auch hier wird in erster Linie eine Optimierung des Gesamtsystems und nicht von einzelnen Leistungserbringern angestrebt. Dazu müssen normative Werte vorgegeben werden. Folgende Bewertungskriterien können bei der Evaluation der Versorgungsstrukturvarianten zur Anwendung kommen:

1. **Wirtschaftliche Kriterien:** Bei der Abschätzung der betriebswirtschaftlichen Auswirkungen stellen sich Fragen nach den erzielbaren Skalenerträgen, nach sprungfixen Kosten, nach dem Rationalisierungspotenzial und dem notwendigen Leistungsspektrum (minimale Fallzahlen), die es einem Spital ermöglichen, mit dem gesamten Leistungsspektrum die notwendigen Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Mit dieser Fragestellung werden die Grenzen der Planbarkeit im engen Sinne des Wortes evident: Die Komplexität dürfte aus Sicht einer Planungsbehörde zu umfassend sein, als dass bis auf diese Stufe der betriebswirtschaftlichen Interdependenzen geplant werden könnte. So obliegt es faktisch den Spitälern, die mindestens notwendigen Leistungspakete zu bezeichnen, welche ihnen das betriebswirtschaftliche Auskommen wenn nicht garantieren so doch zumindest ermöglichen dürften. Freilich wird im Fall von Defizitgarantien durch den Kanton faktisch auch so nicht die gesamte Verantwortung an die Spitäler übertragen werden können.
2. **Qualitätskriterien:** Zu unterscheiden sind Kriterien zur Struktur-, Prozess sowie Ergebnisqualität. Im Rahmen der Bewertung von Versorgungsstrukturvarianten kommen namentlich Strukturkriterien zur Anwendung. Dabei wird postuliert, dass z.B. gewisse Ausstattungen, das Vorhandensein von qualifiziertem Personal und von bestimmten Fallzahlen Voraussetzungen darstellen für die Erbringung von qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen. Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität werden ihrerseits bei der einzelbetrieblichen Bewertung unter Kapitel 5.8.1.2 berücksichtigt.
3. **Räumliche Erreichbarkeit:** Mit diesem Kriterium werden die wohnortnahe Versorgung und allfällige Ungleichheiten im Zugang zu stationären medizinischen Leistungen definiert. Im weitesten Sinn geht es auch um die Versorgungssicherheit. Mittels normativen



Vorgaben in Form von Zugangszeiten kann vorgegeben werden, was als "zumutbare Entfernung" für die einzelnen medizinischen Fachbereiche angesehen wird.

4. **Kostenfolgen:** Die finanziellen Auswirkungen müssen im Rahmen des Planungsprozesses selber abgeschätzt und die Planung unter Umständen noch vor ihrer Umsetzung iterativ angepasst werden. Die Schwierigkeit von Schätzungen der finanziellen Implikationen ist zweifacher Natur:
- Die finanziellen Auswirkungen der Planung sind unsicher und können daher **ex ante** nur approximativ veranschlagt werden. Dabei müssen auch die laufenden Änderungen der Rahmenbedingungen einbezogen werden (z.B. Medizinaltechnik oder Personalanstellungsbedingungen).
 - Da sich der Bereich dynamisch entwickelt, ist die **nachträgliche** Evaluation der effektiv realisierten Einsparungen ebenfalls mit Unsicherheit behaftet. So werden bei der nachträglichen Kontrolle insbesondere Annahmen darüber zu treffen sein, wie sich die Kosten ohne entsprechende Planungseingriffe entwickelt hätten.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht steht die Frage im Zentrum, welche Kostenwirkung mit der Gesamtplanung ausgelöst werden kann bzw. konnte. Es liegt auf der Hand, dass diesbezüglich nicht bei den Leistungserbringern, sondern bei den -empfängern, also den Versicherten anzusetzen ist, um den interkantonalen Patientenströmen Rechnung zu tragen. Ebenso müssten unter dem Blickpunkt der Gesamtkosten auch die nicht akutstationären Leistungen von Interesse sein, um Substitutions- und Komplementärwirkungen einzubeziehen. Es liegt auf der Hand, dass die so bereinigten Nettokostenwirkungen nur geschätzt werden können, zumal nachträglich auch die mögliche Kostenentwicklung ohne den erfolgten Planungseingriff nur mittels Annahmen geschätzt werden kann. Diesbezüglich sei auf Arbeiten der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 2004) und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2004) hingewiesen. Normative Vorgaben resultieren hier zumeist aus den kantonalen Budgets für die stationäre Versorgung.

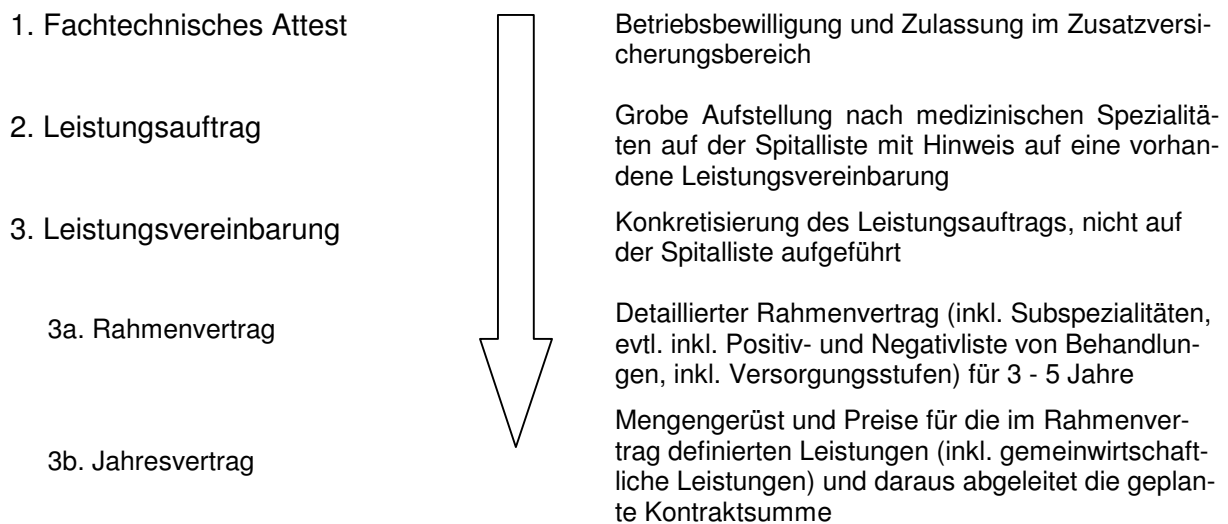
Sind die Bewertungskriterien operationalisiert, gilt es, für die verschiedenen Versorgungsstrukturvarianten den Zielerfüllungsgrad zu ermitteln. Die Variante mit dem höchsten Erfüllungsgrad soll dann weiter verfolgt werden.

Leitsatz 20 (5.7.4) Die Versorgungsstrukturvarianten müssen anhand von Bewertungskriterien evaluiert werden, wobei die Optimierung des Gesamtsystems im Vordergrund steht. Bei der Bewertung kommen folgende Kriterien zur Anwendung: betriebswirtschaftliche Kriterien, Qualitätskriterien, räumliche Erreichbarkeit und volkswirtschaftliche Kostenfolgen. Sind die Bewertungskriterien operationalisiert, gilt es, den jeweiligen Zielerreichungsgrad für die verschiedenen Strukturvarianten zu ermitteln.

5.8 Modalitäten des Abschlusses von Leistungsvereinbarungen und deren Inhalt (Kapazitätszuteilung und Leistungseinkauf)³⁹

Sind die Versorgungsstrukturen definiert, kann zur Vergabe des im Rahmen der Planung ermittelten Bedarfs der Kantonsbevölkerung an medizinischen Leistungen an die einzelnen Leistungserbringer übergegangen werden. Art und Weise der Kapazitätszuteilung unterscheiden sich von Kanton zu Kanton und hängen unter anderem von der Rechtsform der Leistungserbringer ab. Generell ist es jedoch so, dass im Rahmen einer leistungsorientierten Planung nicht mehr nur ein relativ grob gefasster Leistungsauftrag gemäss KVG an die Spitäler vergeben wird, sondern spezifischere Vereinbarungsformen mit Elementen des Leistungseinkaufs und des Controllings zur Anwendung kommen. Eine Möglichkeit besteht darin, den Leistungsauftrag in sogenannten institutionsspezifischen Leistungsvereinbarungen (LV) zu konkretisieren, welche wiederum je in Rahmenverträge (RV) und Jahresverträge (JV) unterteilt sind. In Abbildung 4 sind die Instrumente zusammengefasst, welche in Zukunft das Verhältnis zwischen Kanton und Spitälern regeln.

Abbildung 4: Gliederung der Vertragsbeziehungen zwischen Kanton und Leistungserbringer



Quelle: VSD BL, GDK

Durch die zwischen dem Kanton und den einzelnen Leistungserbringern abzuschliessenden Rahmen- und Jahresverträge wird die leistungsorientierte Planung konkretisiert. Die Steuerung seitens des Kantons erfolgt in diesen Leistungsvereinbarungen sowohl über Menge, Preis und die Qualität. Im Folgenden soll näher erläutert werden, nach welchen Kriterien der Abschluss der Leistungsvereinbarungen abgewickelt werden kann (Kapitel 5.8.1). Kapitel 5.8.2 liefert sodann weitere Angaben über die genaue Ausgestaltung der Leistungsvereinbarungen gemäss Abbildung 4. Schliesslich enthält Kapitel 5.8.3 einige Anhaltspunkte über den zeitlichen Ablauf der Erarbeitung beziehungsweise die Aushandlung der Rahmen- und Jahresverträge.

³⁹Die Inhalte des vorliegende Kapitels stammen massgeblich aus bereits geleisteten Arbeiten der Kantone Aargau, Baselland und Schwyz.



Leitsatz 21 Beim Abschluss von Leistungsaufträgen geht es in erster Linie um die Kapazitätszuteilung und den Leistungseinkauf. In Erweiterung der heute üblichen Zulassungsbewilligung und des groben Leistungsauftrags gilt es, eine detaillierte Leistungsvereinbarung abzuschliessen, welche die Leistungen (in einem mittelfristigen Rahmenvertrag definierbar) und das erwartete Mengengerüst (mittels Jahresvertrag regelbar) umschreibt.

5.8.1 Kriterien zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen⁴⁰

Beim Abschluss der Leistungsvereinbarungen (LV) müssen einheitliche Kriterien zur Anwendung kommen. Es kann unterschieden werden zwischen Musskriterien, welche alle Leistungserbringer erfüllen müssen, um überhaupt am Vergabeprozess teilnehmen zu können, und Zuschlagskriterien, welche sodann den Ausschlag für den definitiven Abschluss der Leistungsvereinbarungen geben sollen⁴¹. Beide Kriterienraster sind nur für die Grund- und spezialisierte Versorgung gültig. Die Zuschlagskriterien müssen überdies vom Kanton gewichtet werden.

5.8.1.1 Musskriterien

1. Bereitschaft zur Mitwirkung an Aus- und Weiterbildung: Die Leistungserbringer müssen die vom Kanton vorgegebenen Anforderungen bezüglich Aus- und Weiterbildung von Assistenzärzten, nicht-universitären Gesundheitsberufen (Pflegerberufe, Ergo- und Physiotherapie, etc.) sowie weiterer Berufe (z.B. Koch, kaufmännische Berufe etc.) erfüllen.
2. Transparenz, Datenzugang und Datenqualität: Die Leistungserbringer verpflichten sich, dem Kanton die zu einer Leistungsplanung und einem Monitoring benötigten Daten in adäquater Form und Qualität zukommen zu lassen. In Kapitel 5.2 sind weitere Details zu finden über die kantonalen Rechtsgrundlagen und Art sowie Umfang der Daten. Ein Beispiel für Inhalte eines Leistungsmonitoring ist in Anhang 1 zu finden.
3. Qualifikation der Gebäude und Einrichtungen: Die Leistungserbringer erfüllen die in Art. 39.1 c aufgeführten Vorgaben bezüglich Infrastruktur. Darüber hinausgehende kantonspezifische Anforderungen können z.B. in Versorgungskonzepten im Rahmen von Spitalplanungen formuliert werden.
4. Qualifikation und ausreichende Dotierung mit Behandlungspersonal: Die Leistungserbringer erfüllen die in Art. 39.1 a-b aufgeführten Vorgaben bezüglich ärztlicher Betreuung und Fachpersonal.
5. Beteiligung an den vorgesehenen Qualitätssicherungsmassnahmen: Die Leistungserbringer erbringen den Nachweis, dass sie im Bereich der Qualitätssicherung adäquate Anstrengungen tätigen.
6. Mindestfallzahlen in bestimmten Bereichen: In gewissen Bereichen kann der Kanton die Teilnahme am Vergabeprozess an die Erfüllung von Mindestfallzahlen knüpfen. Bei der Festlegung der Fallzahlen müssen sowohl die Fachliteratur als auch Überlegungen der Zugangsgerechtigkeit mit einbezogen werden.

⁴⁰ Ausführungen orientieren sich stark an VSD Baselland, 2003.

⁴¹ Die nachfolgenden Kriterien gelten namentlich für öffentliche und öffentlich-subventionierte Leistungserbringer. Laut bundesrätlicher Rechtssprechung müssen Leistungserbringer mit privaten Trägerschaften im Bereich der allgemeinen Abteilung nur dann evaluiert und zugelassen werden, wenn sie:

- entweder bisher schon einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung in der allgemeinen Abteilung erbracht haben
- oder wenn ihre Kapazitäten zur Abdeckung eines gegenwärtigen oder zukünftigen Bedarfs nötig sind.

Sie können sich im Rahmen der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht auf die Wirtschaftsfreiheit und die daraus abgeleiteten Garantien berufen (Salzmann, 2003).



7. **Aufnahmebereitschaft im Rahmen des Leistungsauftrags:** Der Leistungserbringer bekennt sich zur Aufnahmepflicht in den ihm vom Kanton zugeteilten Fachbereichen für Patientinnen und Patienten einer Versorgungsregion. Er muss die Patientinnen oder Patienten nicht zwingend selber behandeln. Der Anbieter ist aber verpflichtet, bei fehlenden Kapazitäten die Versorgung des Patienten durch Dritte selber zu organisieren.
8. **Notfallsicherheit:** Der Leistungserbringer garantiert die Notfallsicherheit durch das Sicherstellen von Vorhalteleistungen: Gesamtheit der personellen Leistungen mit dem Ziel, in einem definierten Zeitrahmen die Triage, Erstbehandlung und allenfalls Aufnahme von Notfallpatienten bedarfsgerecht vornehmen zu können und damit das Sicherheitsbedürfnis in der Bevölkerung abzudecken. Ein Notfall ist definiert durch die Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden. Spitalexterne Notfälle sind Patientinnen und Patienten die das Spital unplanmässig aufsuchen; spitalinterne Notfälle sind hospitalisierte Patientinnen und Patienten, die sofort und unplanmässig eine oder mehrere Leistungen ausserhalb der Pflegestation beanspruchen
9. **Erreichbarkeit:** Der Standort des Leistungserbringers muss in angemessener Distanz zur Bevölkerung des Versorgungsgebietes sein. Je nach Fachbereich kommt der „Bevölkerungsnähe“ unterschiedliche Bedeutung zu.
10. **Wartezeiten (in besonderen Bereichen)**

5.8.1.2 Zuschlagskriterien

Fünf Kriterien können beim definitiven Abschluss der Leistungsvereinbarungen berücksichtigt werden⁴²: die Wirtschaftlichkeit (u.a. Preise), die Qualität, die Wettbewerbsstruktur, die Aktivitäten im Bereich Aus- und Weiterbildung sowie Lehre und Forschung und die geografische Lage.

1. **Einzelbetriebliche Wirtschaftlichkeit:** Die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung muss vom Leistungserbringer nachgewiesen werden. Voraussetzung dafür ist eine transparente, KVG-konforme Rechnungslegung. Auf Kantonsebene sollen gemeinsam mit den Leistungserbringern Wirtschaftlichkeitsindikatoren entwickelt werden, welche beim Abschluss der Leistungsvereinbarungen zur Anwendung kommen können. Denkbar sind z.B. Preisvergleiche auf Fachbereichsebene unter Berücksichtigung des Case-Mix-Index nach DRG.
2. **Qualitätskriterien:** Der Qualitätsausweis der Leistungserbringer kann unterschiedlich bewerkstelligt werden⁴³. Generell kann auf der Beteiligung an einem anerkannten Qualitätssicherungsprogramm bestanden werden. Fachbereichsspezifisch ist es möglich, Strukturkriterien zu formulieren, welche von einem potenziellen Leistungserbringer erfüllt sein müssen (siehe z.B. BMGF, 2003, und Land Oberösterreich, 2004). Auf Kantonsebene entwickelte Qualitätsindikatoren – zumeist fachbereichsspezifisch – sind ebenfalls verwendbar⁴⁴.
3. **Wettbewerbsstruktur:** Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern soll durch den Leistungseinkauf gefördert werden. Monopolstellungen und Absprachen unter den Leistungserbringern sind in zu begründenden Ausnahmefällen und nur bei transparentem

⁴² Als weitere Kriterien sind u.a. denkbar: Patientenzufriedenheit, Wartelisten, Personalfriedenheit, Vernetzungsgrad mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

⁴³ Eine Form der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität seitens der Leistungserbringer ist die Verwendung der Balanced Scorecard. Hier werden Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Qualität miteinander verbunden und in der Form von Indikatoren und Standards definiert. Ein diesbezügliches Projekt läuft z.B. im Spital La Carità in Locarno (siehe z.B. Ospedale regionale di Locarno La Carità, 2004). Der Kanton Tessin hat vorgesehen, dieses Instrument ab 1.1.2005 für alle Spitäler obligatorisch einzuführen.

⁴⁴ Bei der Entwicklung solcher Qualitätsindikatoren ist höchste Sorgfalt geboten. Die Aussagekraft der Indikatoren muss wissenschaftlich breit abgestützt sein, die Messung erprobt und die Patientenstruktur der Leistungserbringer (Case-Mix) darin abgebildet werden können.



Offenlegen der Betriebsrechnung tolerabel (VSD, 2003). Beim Abschluss der Leistungsvereinbarungen soll diesem Aspekt Rechnung getragen werden.

4. Lehrkrankenhaus / -klinik: Der Kanton ist darauf angewiesen, dass sich die Spitäler aktiv an der Aus- und Weiterbildung der universitären und nicht-universitären Gesundheitsberufe beteiligen. Leistungserbringer mit besonderem Leistungsausweis in diesem Bereich können beim Abschluss der Leistungsvereinbarungen bevorzugt werden.
5. Geografische Lage: Der Standort eines Leistungserbringers kann ausschlaggebend sein für die Zuteilung einer Leistungsvereinbarung (Stichwort: Erreichbarkeit). Namentlich in Bezug auf Fragen rund um die Zugangsgerechtigkeit zu stationären Gesundheitsleistungen für die Kantonsbevölkerung kann die geografische Lage ein Zuschlagskriterium sein.

Leitsatz 22 Die Kriterien für die Leistungsvergabe und den Abschluss der entsprechenden Leistungsvereinbarungen in der Grund- und spezialisierten Versorgung lassen sich in Musskriterien einerseits und in Zuschlagskriterien andererseits gliedern. Musskriterien regeln die notwendigen Bedingungen zur Teilnahme am Vergabeprozess. Sie können Auflagen bezüglich Aus- und Weiterbildung, Transparenz, Qualifikation und Anstellungsbedingungen des Personals, Infrastruktur, Qualitätssicherung, Mindestfallzahlen, Notfallsicherheit sowie Erreichbarkeit und allenfalls Wartezeiten umfassen. Die Zuschlagskriterien sollen sodann den Ausschlag über den definitiven Abschluss der Leistungsvereinbarungen geben und beinhalten die Wirtschaftlichkeit, die Qualität, die aktuelle Wettbewerbssituation und Wirkungen auf den Wettbewerb, die Ausbildungsaktivitäten sowie die geographische Lage (Erreichbarkeit) der einzelnen Leistungserbringer.

5.8.2 Ausgestaltung von Rahmenvertrag und Jahresvertrag⁴⁵

Im Folgenden sollen die inhaltlichen Merkmale des Rahmen- und Jahresvertrags näher umschrieben werden. Vorgängig wird darauf hingewiesen, dass sowohl im Rahmen- wie auch im Jahresvertrag zur Zeit noch Punkte existieren, für welche noch keine hundertprozentig praxistaugliche Lösung existiert. So fehlen im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und den Nebenbetrieben abschliessende Definitionen. Heikle Punkte stellen überdies die in den Jahresverträgen enthaltenen Zusatzbestimmungen dar hinsichtlich der Investitionsobergrenzen für übrige Investitionen und der Rabattierung jener Fälle, welche die vertraglich vereinbarten Mengen übersteigen. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Detaillierungsgrad der Angaben zu den medizinischen Leistungen im Rahmen- und insbesondere im Jahresvertrag von der Ausgestaltung der hinterlegten leistungsorientierten Planung abhängig ist. Die nachfolgenden Angaben sind deshalb als Beispiele zu betrachten.

5.8.2.1 Rahmenvertrag

1. Gegenstand

Der Rahmenvertrag regelt die Grundsätze des Leistungseinkaufs und die Bedingungen der Leistungserbringung. Dazu wird eine möglichst genaue Definition der vom Leistungsanbieter zu erbringenden medizinischen Leistungen benötigt. Überdies müssen die Grundsätze der Finanzierung dieser Leistungen enthalten sein. Schliesslich müssen die fallunabhängigen Leistungen definiert und eine Reihe von organisatorisch-administrativen Bestimmungen aufgenommen werden.

⁴⁵Die nachfolgenden Ausführungen basieren insbesondere auf Dokumenten der Kantone Aargau, Basel-Landschaft und Schwyz (siehe auch Bibliographie und Anhänge).



2. Ziel und Zweck

Die Ziele des Rahmenvertrags können wie folgt umschrieben werden:

- a) Sicherstellung für die eigene Kantonsbevölkerung einer qualitativ guten und wirtschaftlichen Versorgung (inklusive Notfallversorgung) mit allen medizinischen Leistungen, die von Sozialversicherungsträgern gemäss Art. 64 Abs. 2 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vergütet werden⁴⁶.
- b) Definition und Regelung der leistungsorientierten Abgeltung.
- c) Einkauf von Spitalleistungen unter Berücksichtigung der Grundsätze der Transparenz, Vergleichbarkeit (Benchmarking) und der Qualität.

3. Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für alle Patientinnen und Patienten, die für ihre Behandlung von Sozialversicherungsträgern gemäss Art. 64 Abs. 2 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) Vergütungen erhalten.

4. Allgemeine Rahmenbedingungen

Unter dieser Ziffer gilt es, die nationalen (KVG) und kantonalen rechtlichen Grundlagen (z.B. Spitalversorgungsgesetz und -verordnung, Leistungsauftrag in Spitalliste) auf Gesetzes- und Verordnungsstufe zu erwähnen.

5. Leistungsdefinitionen

- a) Fallabhängige Leistungen: Als fallabhängige Leistungen gelten alle Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, welche einem Patienten oder einer Patientin mit stationärem Aufenthalt in einem Spital zugeordnet werden können. Als stationäre Behandlung gelten gemäss Art. 3 VKL Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden. Weiter muss unter diesem Punkt präzisiert werden, auf welche Art die medizinischen Leistungen ausgewiesen werden (z.B. mit Patientenklassifikationssystem).
- b) Fallunabhängige Leistungen: Bei der Leistungsvergabe ebenfalls von übergeordnetem Interesse ist die Art und Weise der Kontrahierung und Abgeltung der fallunabhängigen oder gemeinwirtschaftlichen Leistungen (FUL respektive GWL). Genaue Definition und Finanzierung dieser Leistungen sind zur Zeit noch sehr heterogen geregelt. Im Rahmenvertrag müssen diese jedoch abschliessend definiert werden. Folgende Leistungen können als FUL bezeichnet werden:
 - Vorhalteleistungen Notfall: Falls der Leistungserbringer verpflichtet wird, einen Notfalldienst zu betreiben, muss dieser auch separat abgegolten werden. Eventuell kann eine Kopf-Pauschale pro Einwohner der Versorgungsregion eingeführt werden.
 - Rettungsdienst: der Betrieb eines Rettungsdienstes kann im Rahmenvertrag geregelt werden. Gemäss Beschwerdeentscheid des Bundesrates in Sachen Tarifdekret über die Leistungen der Rettungsdienste im Kanton Tessin vom 26. Mai 2004 können die Tarife für die Leistungen der Rettungsdienste auf der Grundlage der effektiven Kosten für die Leistungen berechnet werden⁴⁷. Allfällige vom Kanton geleistete Subventionen müssen nicht an die Kosten angerechnet werden, solange kein kantonaler Rechtsanspruch auf die Sub-

⁴⁶ Wir gehen davon aus, dass sich die Planung und die Kapazitätszuweisung auf die Versorgung aller nach dem KVG versicherungspflichtigen Personen bezieht, unabhängig davon, von welcher (Sozial-)Versicherung (IV, MV, UV, KV) die Leistungen im konkreten Fall effektiv vergütet werden.

⁴⁷ Siehe auch Kommentar des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) vom 30.08.2004, welcher den Kantonen mit Sendung vom 14.09.2004 zugestellt wurde.



ventionen besteht. Eine separate Ausweisung als FUL und eine separate Finanzierung durch den Kanton ist deshalb nicht angezeigt.

- Weiterbildung Assistenzärzte: Es wird davon ausgegangen, dass 20% der Arbeitszeit für Weiterbildung eingesetzt werden soll.
- Ausbildung Unterassistenten
- Ausbildung nicht-universitäre Gesundheitsberufe
- Universitäre Lehre und Forschung
- Nebenbetriebe: z.B. Einrichtungen wie die Cafeteria.
- Versorgungssicherheit in ausserordentlichen Lagen
- Medikamentendepot
- Weitere

- c) Leistungsprogramm: Die vom Spital zu erbringenden Leistungen sind in Fachbereiche zu gliedern und im Rahmenvertrag aufzuführen. Anhand von Positiv- und/oder Negativlisten soll das Leistungsprogramm weiter spezifiziert werden.

6. Notfalldienst und Aufnahmepflicht

Der Leistungserbringer wird verpflichtet, rund um die Uhr einen (fach-)ärztlich geleiteten Notfalldienst zu betreiben. Dieser Notfalldienst kann sowohl von internen wie auch externen Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden.

Weiter muss der Leistungserbringer alle Patientinnen und Patienten aufnehmen, welche unter diesen Vertrag fallen. Die Aufnahmepflicht kann bei Erreichen der maximal vereinbarten Leistungsmenge entfallen, nicht aber die Pflicht zum Notfalldienst.

7. Grundsätze und Modalitäten der Vergütung

Die Grundsätze der Finanzierung der im Rahmen dieses Vertrages geregelten Leistungen und die Modalitäten deren Vergütung müssen ebenfalls im Rahmenvertrag enthalten sein (für konkrete Beispiele, siehe Kapitel 5.8.2.2). Weiter muss definiert werden, ob die Vergütung des Kantonsanteils an den fallabhängigen und fallunabhängigen Leistungen prospektiv oder retrospektiv erfolgt und in welchem Intervall (monatlich, quartalsweise, halbjährlich oder jährlich). Ebenso muss präzisiert werden, welche Daten auf der Rechnungsstellung für die fallabhängigen Leistungen aufgeführt werden sollen. Diese hängen nicht zuletzt vom Finanzierungssystem ab. Folgende Merkmale sind denkbar:

Tabelle 6: Beispiel Abrechnungsbogen

Fachbereich X									
Pat. No.	No DRG-Fallgruppe	Versicherungs-klasse	Wohn-ort	Ein-tritt	Aus-tritt	Pflege-tage	Kosten-träger	Kantonsanteil Grundversicherung	
23566									
57899									
12688									
TOTAL									

Quelle: GDK



Die Finanzierung der Investitionen muss ebenfalls geregelt werden⁴⁸. Die Spitäler verpflichten sich, eine Anlagebuchhaltung gemäss VKL zu führen⁴⁹ und legen dem Kanton ein Investitionsprogramm vor.

8. Qualitätssicherung

Ein System mit leistungsorientierten Fallpauschalen kann die einzelnen Leistungserbringer dazu verleiten, einseitig die Wirtschaftlichkeit zu optimieren auf Kosten der Qualität der zu erbringenden medizinischen Leistungen. Zu diesem Zweck ist der Qualität der medizinischen Leistungen seitens der Kantone vermehrte Beachtung zu schenken. Zum einen können mit dem Aufbau eines zweckmässigen Monitorings auffällige Veränderungen frühzeitig entdeckt werden. Zum anderen können die Leistungserbringer zur Teilnahme an anerkannten Qualitätssicherungsprogrammen (z.B. Outcome,) verpflichtet werden. Grundsätzlich wird jedoch dafür plädiert, dass Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung aus den einzelnen Institutionen hervorgehen müssen und nicht von Verwaltungsseite her „verordnet“ werden dürfen. Bis heute konnten in der Schweiz noch sehr wenige Erfahrungen über Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Leistungen im Zusammenhang mit der Einführung von leistungsorientierten Fallpauschalierungssystemen gesammelt werden. Der Bereich wird jedoch in Zukunft mit Sicherheit an Bedeutung gewinnen.

9. Berichterstattung

Unter dieser Ziffer sind alle Regelungen über den Informations- und Datenaustausch zwischen den Vertragspartnern subsumiert. Schwerpunktässig geht es dabei um die Errichtung eines zuverlässigen und validen Controllings. Dabei verpflichtet sich der Leistungserbringer, die dafür notwendigen Daten zu vereinbarten Fristen zu liefern. Der Kanton seinerseits stellt sicher, dass alle relevanten Auswertungen den Leistungserbringern in einer adäquaten Form zu Verfügung stehen. Spezielle Beachtung muss in diesem Zusammenhang den Bestimmungen des Datenschutzes zukommen. Weitere Einzelheiten über das Reporting und die Aufsichts- und Kontrollfunktion des Kantons sind auch in Kapitel 5.10 enthalten.

10. Besondere Bestimmungen

- a) **Regelung Über- oder Unterdeckung:** Auf Grund der erhobenen Leistungsdaten erfolgt eine jährliche Nachkalkulation der effektiv erbrachten medizinischen Leistungen (Fälle). Dabei werden nur diejenigen Fallzahlabweichungen mit einbezogen, welche mit dem Leistungsprogramm kompatibel sind. In der Bandbreite von +/- 5 % Abweichung von der Planmenge können z.B. 25 % des Kantonsanteiles am Normpreis dieses Vertrages (ohne Investitionszuschlag) für die Entschädigung (Anzahl über Budget) resp. Zurückzahlung (Anzahl unter Budget) berücksichtigt werden. Ausserhalb der beschriebenen Bandbreite kann diese Quote auf 50 % erhöht werden.
- b) **Wechsel Fachbereich:** Es muss geregelt werden, wie mit internen Verlegungen umgegangen wird. Diese können bei der Abrechnung überhaupt nicht berücksichtigt werden oder nur unter bestimmten Bedingungen (z.B. 2 Diagnosen begründen dann einen neuen Fall, wenn dies auch von der Krankenkasse akzeptiert wird).
- c) **Wiedereintritte:** Es muss geregelt werden, ab wann ein Wiedereintritt als neuer Fall gilt (z.B. bis/vor 7 bzw. 14 Tage nach/vor stationärer Behandlung).

⁴⁸Denkbar ist z.B. ein Investitionszuschlag auf den Normpreis für allgemeinversicherte Fälle (z.B. in der Höhe von 15%). Dieser Zuschlag ist zweckgebunden und dient der Finanzierung von "Bauten" und "Ausstattungen" grösser Fr. 3'000.--; dabei ist die Äufnung eines Erneuerungsfonds nachzuweisen. Dazu zählt ebenfalls der wertvermehrende und werterhaltende Unterhalt grösser Fr. 3'000.--. Serviceverträge sowie Anschaffungen und Unterhaltsleistungen kleiner Fr. 3'000.-- sind der Betriebsrechnung zu belasten.

⁴⁹Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung, VKL vom 3. Juli 2002, SR 832.104.



- d) Todesfall, Verlegungen: Bei Todesfall und externe Verlegungen innert 24 Stunden gelten die Definitionen gemäss Bundesstatistik. Für die Abgeltung dieser Fälle können die Swiss Payment Groups (SPG)⁵⁰ eingesetzt werden.

11. Geltungsdauer

Eine Geltungsdauer von drei bis fünf Jahren ist zweckmässig.

12. Termine

Es empfiehlt sich, alle fixen und bereits bekannten Termine im ganzen Kontrahierungsprozess zwischen Kanton und Leistungserbringer bereits im Rahmenvertrag aufzuführen. In Anlehnung an das Ablaufschema unter Kapitel 5.8.3 kann dies wie folgt skizziert werden:

Tabelle 7: Terminübersicht

Aktion:	Wann	Wer
Erarbeitung Rahmenvertrag	Bis Mai 200X	GD
Vernehmlassung Rahmenvertrag	Ende Mai bis Ende Juni 200X	GD, LE
Unterzeichnung Rahmenverträge	Juli 200X	GD, LE
Ausschreibung Jahresverträge	Beginn August 200X	GD
Ausarbeitung Offerten Jahresverträge	Mitte August - Mitte Sept 200X	LE
Entgegennahme Offerte und Verhandlungen	Mitte Sept – Ende Okt. 200X	GD, LE
Genehmigung Jahresverträge GD oder Verfügung	Beginn November 200X	GD
Nachverhandlungen / Beschwerden	November 200X	GD, LE
Genehmigung Tarifverträge	Januar 200X+1	GD
Eintreffen Daten für Nachkalkulation	Mitte März 200X+1	LE
Spitalrechnung 200X an GD	Ende April 200X+1	LE
Spitalrechnung 200X abgeschlossen	Ende Mai 200X+1	GD

13. Kündigung und Abänderung

Die Modalitäten einer Auflösung und einer Abänderung des Rahmenvertrags müssen definiert sein.

⁵⁰ Um einigen Eigenheiten der Spitalvergütung in der Schweiz Rechnung zu tragen, wurden von der Vereinigung APDRG Schweiz spezielle Fallgruppen entwickelt. Sie betreffen u.a. Spitalaufenthalte, bei denen die Patientin oder der Patient weniger als 24 Stunden nach seiner Aufnahme starb oder in ein anderes Spital überwiesen wurde.



5.8.2.2 Jahresvertrag

Im Jahresvertrag werden die jährlich variierenden Mengen und Preise des vom Spital zu erbringenden Leistungsprogramms sowie die daraus resultierende Kontraktsumme aufgeführt. Werden die fallabhängigen Leistungen auf der Basis eines Patientenklassifikationssystems vergütet, können die festzulegenden Steuerungsgrössen wie folgt dargestellt werden:

Abbildung 5: Steuerungsgrössen der Finanzierung der fallabhängigen Leistungen

	Betrag CHF	Faktor/ Prozent satz	Plan- menge
Normpreis / Fallpauschale / Basisfallpreis			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Normpreis für CMI = 1 ➤ Fallpauschale santésuisse ➤ Basisfallpreis Medizinaltarifkommission 			
Durchschnittliche Fallgewichte (CMI's):			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durchschnittliches Fallgewicht für Fälle nach KVG ➤ Durchschnittliches Fallgewicht für innerkantonale Fälle nach UVG/IVG/MVG 			
Planmengen:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innerkantonale, allgemeinversicherte Fälle nach KVG ➤ Innerkantonale, zusatzversicherte Fälle nach KVG ➤ Innerkantonale, invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG ➤ Neugeborene 			
Kantonsanteil für Fälle nach UVG/IVG/MVG:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kantonaler Anteil am Normpreis für innerkantonale, invaliden-, militär-, unfallversicherte Fälle nach UVG/IVG/MVG 			
Gewichtungsfaktor Langlieger:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gewichtungsfaktor Langlieger 			

Quelle: GD SZ, adaptiert durch GDK

Eine Aufstellung der Steuerungsgrössen für die fallunabhängigen Leistungen kann wie folgt aussehen:

Abbildung 6: Steuerungsgrössen der Finanzierung der fallunabhängigen Leistungen

Wochenpauschalen:	Betrag CHF	An- zahl	Total CHF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Weiter- und Zusatzausbildung Pflege in den Bereichen: IPS, OPS, Anästhesie und Notfall ➤ Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege ➤ Ausbildung medizinisch-technisch-therapeutische Berufe wie: ➤ Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung, Diätköchin, MTRA, Labor oder technische Operationsassistentin 			
Pauschalen pro Kopf und Jahr	Betrag CHF	Anz ahl	Total CHF
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Weiterbildung Assistenzärzte pro Assistenzarzt und Jahr (20% der Besoldung exkl. Sozialleistungen) ➤ Ausbildung Unterassistenten pro Unterassistentenstelle (100% der Besoldung exkl. Sozialleistungen) ➤ Vorhalteleistung Notfall pro Einwohner in der Versorgungsregion 			

Quelle: GD SZ, adaptiert durch GDK



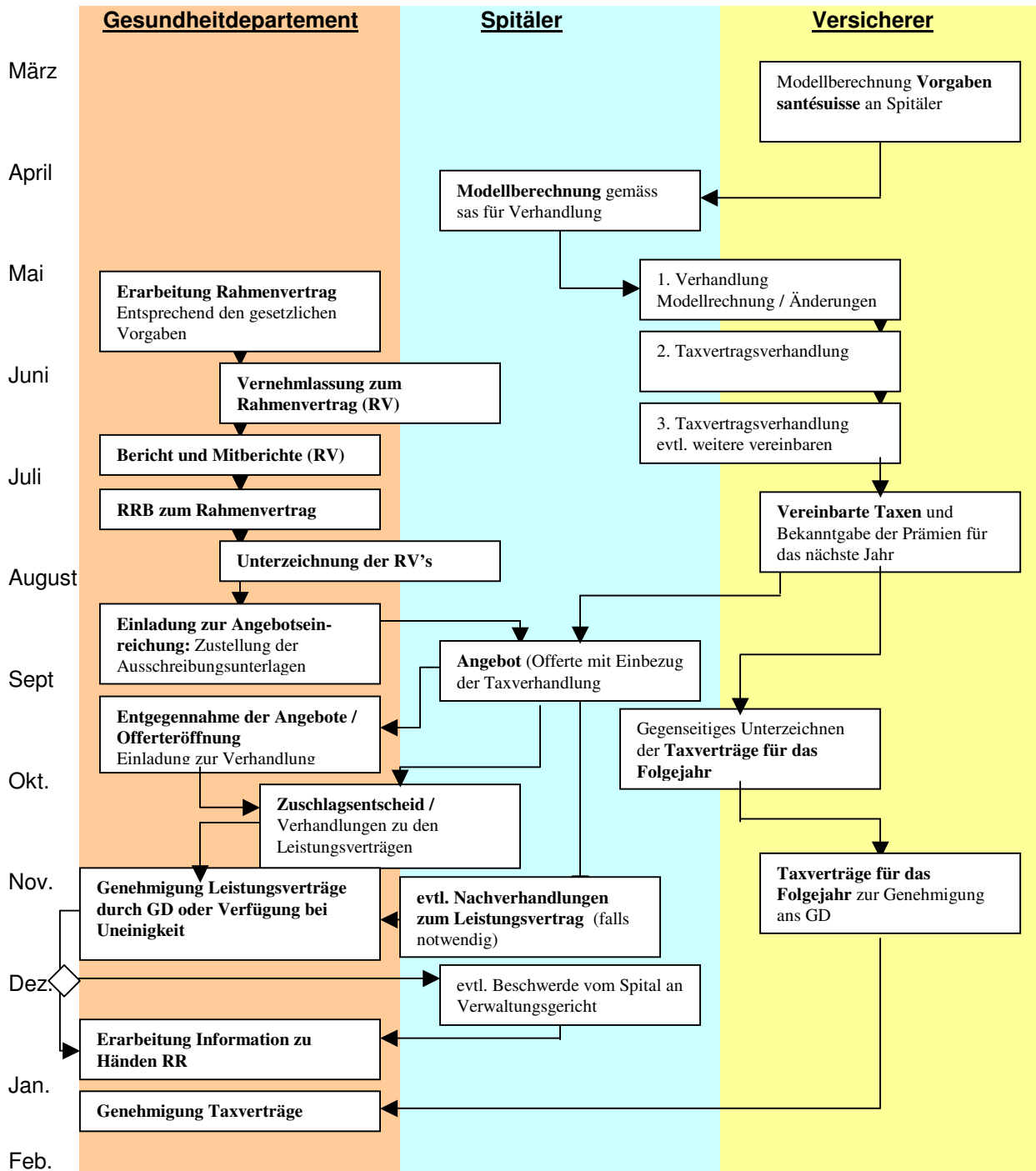
Leitsatz 23 Zur Ausgestaltung der Leistungsvereinbarungen mittels Rahmen- und Jahresvertrag können noch keine ausgereiften Beispiele genannt oder Handlungsanweisungen gegeben werden. Die Ausführungen in diesem Abschnitt sind daher als beispielhaft zu verstehen. Ein Rahmenvertrag sollte Gegenstand, Ziel und Zweck, Geltungsbereich, allgemeine Rahmenbedingungen, Leistungsdefinitionen, Regelungen zu Notfalldienst und Aufnahmepflicht, Vereinbarungen zur Vergütung der Leistungen inkl. der Berechnungsmodalitäten, zur Qualitätssicherung und zur Berichterstattung enthalten. Bei der Definition der Leistungen ist das Leistungsprogramm zu umschreiben sowie eine Unterscheidung zwischen fallabhängigen und fallunabhängigen Leistungen (FAL resp. FUL) vorzunehmen. Im Jahresvertrag sind alsdann die jährlich variierenden Mengen und Preise sowie die daraus resultierende Kontraktsumme aufzuführen.

5.8.3 Zeitlicher Ablauf der Erarbeitung der Leistungsvereinbarungen

Die Erarbeitung der Rahmenverträge und die Aushandlung der Jahresverträge sollen aus Komplexitäts- und Transparenzgründen nach einem einheitlichen Ablaufschema erfolgen. Während Rahmenverträge eine längere Laufzeit aufweisen (z.B. 3 bis 4 Jahre), sind die Jahresverträge jährlich neu abzuschliessen. Wir gehen nachfolgend von einer Situation aus, in der sowohl die Rahmen- wie auch die Jahresverträge neu abgeschlossen werden. Der Abschluss der Rahmenverträge kann im Prinzip erst nach erfolgten Tarifverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern erfolgen, da ein Teil der Zuschlagskriterien erst mit der Bekanntheit der ausgehandelten Tarife zwischen den Spitälern und den Versicherern abschliessend beurteilt werden kann. Aus Zeitgründen kann diese Prämisse jedoch erfahrungsgemäss nicht eingehalten werden. Die Tarifverhandlungsergebnisse können also nur für die Aushandlung der Jahresverträge beigezogen werden, da erstere beim Abschluss der Rahmenverträge unter Umständen gar noch nicht bekannt sind. In Abbildung 7 sind die einzelnen Schritte in einem Flussdiagramm dargestellt. Seitens der Kantone kann der Ablauf grob in die Abschnitte „Erarbeitung und Unterzeichnung Rahmenvertrag“ und „Verhandlung und Unterzeichnung Jahresvertrag“ unterteilt werden.



Abbildung 7: Ablaufschema Erarbeitung/Aushandlung Rahmen- und Jahresverträge



Quelle: GD AG, adaptiert von GDK



Leitsatz 24 (5.8) Ein System mit leistungsorientierten Fallpauschalen kann die einzelnen Leistungserbringer dazu verleiten, einseitig die Wirtschaftlichkeit auf Kosten der Qualität der zu erbringenden medizinischen Leistungen zu optimieren. Daher sollten die Kantone der Qualität der medizinischen Leistungen vermehrte Beachtung schenken. Zum einen können mit dem Aufbau eines zweckmässigen Monitorings auffällige Veränderungen frühzeitig entdeckt werden. Zum anderen können die Leistungserbringer zur Teilnahme an anerkannten Qualitätssicherungsprogrammen (z.B. Outcome) verpflichtet werden.

5.9 Ausgestaltung der Spitalliste

Rüefli stellt in seiner Studie fest, dass bis anhin in den Kantonen eine breite Vielfalt in der Form und der Ausgestaltung der Spitallisten besteht. Die in den Spitallisten enthaltenen Leistungsaufträge – basierend auf kapazitätsorientierten Spitalplanungen – wurden in der Regel sehr breit gefasst und offen gehalten, um sowohl den planenden Kantonen als auch den geplanten Leistungserbringern grösstmögliche Flexibilität zu gewähren (Rüefli et al., 2005). Kapitel 4.5 hat gezeigt, dass eine leistungsbezogene Spitalplanung einhergeht mit spezifischeren Vereinbarungsformen zwischen Kanton und Leistungserbringer, worin Elemente des Leistungseinkaufs und des Controllings zur Anwendung kommen. Dies hat ebenfalls Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Spitalliste.

5.9.1 GDK-Empfehlungen und Rechtsprechung Bundesrat

Für die Ausgestaltung der auf einer leistungsorientierten Spitalplanung basierenden Spitalliste gelten grundsätzlich die von der GDK verabschiedeten Empfehlungen vom 3. Mai 2002. Danach sind in der Spitalliste Einrichtungen oder Teile von diesen grundsätzlich nur so weit aufzuführen, als sie den Kapazitäten entsprechen, die im Rahmen der Planung als bedarfsgerecht festgelegt wurden und die Kriterien a - e von Artikel 39.1 KVG kumulativ erfüllen. Die Spitalliste ist überdies in Kategorien zu gliedern. Die Kategorisierung erfolgt nach Versorgungsstufen auf Grund des Spezialisierungsgrades der zu erbringenden Leistungen.

Gemäss Salzmann (Salzmann, 2003) kann die bundesrätliche Rechtsprechung zur Ausgestaltung der Spitallisten wie folgt zusammengefasst werden:

- Es ist Sache des Standortkantons, gemäss dem ermittelten Bedarf den einzelnen in der Spitalliste aufgeführten Spitälern mit Standort im Kanton eine feste Bettenzahl zuzuweisen. Diese Kennziffer zur Steuerung von Behandlungskapazitäten ist mangels Alternativen ausreichend.
- Die Definition und Abgrenzung der Kategorien (Versorgungsstufen), sowie die einzelnen, nach Fachbereichen oder nach medizinischen Disziplinen kategorisierten Leistungsaufträge an die Spitäler mit Standort im Kanton müssen aus der Spitalliste klar hervorgehen.
- Anders als bei der allgemeinen Abteilung muss die Spitalliste im Bereich der Halbprivat- und Privatabteilung keine Leistungsaufträge formulieren.
- Anpassungen der Spitalliste sind jenen Regeln zu unterstellen, welche für die Wiedererwägung von Verfügungen gelten. Der Kanton hat daher die Spitalliste von Amtes wegen oder auf Begehren hin zu überprüfen und anzupassen, wenn sie nicht mehr KVG-konform ist. Die Aufführung eines Spitals in der kantonalen Spitalliste im Sinne von Art. 39 KVG steht in jedem Fall unter dem Vorbehalt der laufenden Überprüfung und Anpassung der Spitalplanung und Spitalliste.

Grundsätzlich muss und soll davon ausgegangen werden, dass diese Vorgaben auch für Spitallisten Gültigkeit haben, welche auf leistungsbezogene Spitalplanungen basieren. Wie



jedoch die vorigen Kapitel gezeigt haben, sind leistungsorientierte Spitalplanungen mit der Einführung von verschiedenen neuen Instrumenten und Vorgehensweisen verbunden. Namentlich tritt der Kanton vermehrt als Leistungseinkäufer mit strategischer Oberaufsicht auf. Der Kanton gewährt den einzelnen Leistungserbringern im operativen Bereich im Rahmen der von ihm festgelegten Leitplanken maximale Handlungsfreiheit und sichert die stationäre Gesundheitsversorgung für seine Wohnbevölkerung durch Erteilung von Leistungsvereinbarungen, deren Abschluss auf Grund von überprüfbareren Kriterien erfolgt. Grösserer Handlungsspielraum für die Leistungserbringer ist verbunden – wie in Kapitel 5.8 dargestellt – mit intensiveren Vertragsbeziehungen zwischen Kanton und Leistungserbringern.

Leitsatz 25 *Bezüglich der Ausgestaltung der Spitalliste gelten grundsätzlich die von der GDK verabschiedeten Empfehlungen vom 3.5.2002. In diesem Zusammenhang sei die empfohlene Kategorisierung der Spitäler nach Versorgungsstufe in Erinnerung gerufen. Ausserdem ist die Rechtsprechung des Bundesrates zu beachten. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung tritt der Kanton neu vermehrt als Leistungseinkäufer mit strategischer Oberaufsicht auf. Hierzu schliesst er mit den Leistungserbringern Leistungsvereinbarungen ab, welche nicht Bestandteil der Spitalliste sind. Grösserer Handlungsspielraum für die Leistungserbringer ist verbunden mit intensiveren Vertragsbeziehungen zwischen Kanton und Leistungserbringern.*

5.9.2 Neuerungen in der Ausgestaltung der Spitallisten

Einführend muss auf ein grundsätzliches Spannungsfeld hingewiesen werden. Einerseits kommt der Spitalliste Publizitäts- und Transparenzwirkung zu, weshalb die wesentlichen Elemente der nach Kategorien aufgeteilten „Leistungsaufträge“ gemäss Art. 39.1 e KVG in der Spitalliste selbst figurieren sollen. Andererseits muss verhindert werden, dass Abänderungen von Leistungsaufträgen auf Grund sich im Detail ändernder örtlicher Gegebenheiten und der Weiterentwicklung der Medizin und Pflege jeweils Revisionen der Spitalliste nach sich ziehen (welche dann insbesondere der Beschwerde an den Bundesrat unterliegen). Als Grundsatz für die Gliederung der Vertragsbeziehungen zwischen Kanton und Leistungserbringer kann die Abbildung 4 auf Seite 51 dienen. Stufe 1, loseste Verbindung, ist dabei das fachtechnische Attest, welches einer Betriebsbewilligung entspricht (gemäss Art.39 a-c) und die Zulassung im Zusatzversicherungsbereich bedeutet. Sodann erfolgt der Leistungsauftrag. Dieser beinhaltet pro Leistungserbringer eine grobe Aufstellung der zugelassenen medizinischen Spezialitäten und ist integraler Bestandteil der Spitalliste. Im Leistungsauftrag wird ebenfalls auf die Existenz einer allfälligen Leistungsvereinbarung hingewiesen. Konkretisiert werden kann der Leistungsauftrag in institutionsspezifischen Leistungsvereinbarungen, unterteilt in Rahmenvertrag und Jahresvertrag. Die Leistungsvereinbarungen sind nicht Bestandteil der Spitalliste. Kapitel 0 gibt Aufschluss über Inhalt und Aufbau der Leistungsvereinbarung respektive des Rahmen- und Jahresvertrags.

Bis anhin verpflichtete der Bundesrat die Kantone, auf ihrer Spitalliste den einzelnen Leistungserbringern für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Kapazitäten in Form von Bettenzahlen zuzuweisen. Eine leistungsorientierte Spitalplanung geht jedoch davon aus, dass es grundsätzlich dem Leistungserbringer überlassen sein soll, mit welchen Ressourcen – und das Bett ist eine davon – er die vertraglich mit dem Kanton festgelegten medizinischen Leistungen erbringen soll. Die Steuerung erfolgt daher in Zukunft vielmehr über den Preis, die Menge und die Qualität der medizinischen Leistungen. Kapazitätsangaben in Form von Betten in der Spitalliste werden deshalb längerfristig der Vergangenheit angehören. Dies kann auf den ersten Blick als Rückschritt im Bestreben nach vermehrter Steuerung der Gesundheitsversorgung (Sichwort: Abbau von Überkapazitäten)



gedeutet werden. In Wirklichkeit ist jedoch genau das Gegenteil der Fall. Die Existenz der Rahmenverträge und insbesondere der Jahresverträge ermöglicht eine viel weiter reichende und feinere Steuerung der Gesundheitsversorgung, als dies bisher je der Fall war.

Leitsatz 26 Heute sind auf der Spitalliste, der eine Publizitäts- und Transparenzaufgabe zukommt, auch die Kapazitäten im Sinn von Ressourcen festzulegen. Damit verbunden ist der Nachteil, dass diesbezügliche Änderungen mit einer (beschwerdefähigen) Revision der Spitalliste einhergehen. Die Festlegung von Ressourcen in der Spitalliste ist insofern nicht mit den Grundsätzen der leistungsorientierten Spitalplanung kompatibel, als letztere keine Mittel festlegen will, sondern es dem Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben in der Leistungsvereinbarung freistellt, mit welchen Ressourcen er die vereinbarten Leistungen erbringen will. Die Steuerung erfolgt in diesem Sinne nicht mehr über Inputfaktoren, sondern über Preis, Menge und Qualität.

5.10 Kontrollfunktion des Kantons: Benchmarking als ein mögliches Instrument

Die Kontrollfunktion des Kantons erstreckt sich sowohl über Qualitäts- als auch Kosten- und Leistungsdaten. In diesem Kapitel wird der Schwerpunkt bei der Kostenkontrolle mittels Benchmarking gelegt, wobei dieser Ansatz auch zur Leistungskontrolle herangezogen werden kann. Auf die Darlegung unterschiedlicher Qualitätsbemessungs- und -beurteilungsinstrumente muss hingegen an dieser Stelle verzichtet werden. Sie würde den Rahmen dieses Leitfadens sprengen.

5.10.1 Wozu Benchmarking?

Unter dem Begriff des Benchmarking werden sowohl Leistungs- als auch Wirtschaftlichkeitsvergleiche verstanden. Sie unterscheiden sich darin, dass Leistungsvergleichen im Gegensatz zu den Wirtschaftlichkeitsvergleichen eine Kostenkomponente fehlt. Des Weiteren kann unterschieden werden, wer solche Vergleiche zu welchem Zweck anstellt. Das Benchmarking kann sowohl durch externe Stellen (Leistungseinkäufer, Regulierungsbehörde) als auch durch interne Stellen, d.h. durch den verglichenen Betrieb selber, vorgenommen werden. Aus den Resultaten des Benchmarking können wertvolle Schlussfolgerungen über das Leistungsspektrum, die Kostenstruktur und Effizienz in Relation zu den Mitbewerbern abgeleitet werden.

Die Regulierungsbehörde – aber natürlich auch der verglichene Betrieb – können das Benchmarking als Instrument bei der Planung, der Leistungsvergabe, der Überwachung und Steuerung sowie zur Preisfestsetzung heranziehen. Damit sind auch schon die Anwendungsmöglichkeiten des Benchmarking für die kantonalen Gesundheitsdepartemente umrissen: In der kantonalen Planung kann Benchmarking auf folgenden Stufen als Evaluations- und Beurteilungsinstrument herangezogen werden:

- Erhebung des Ist-Zustands
- Bedarfsprognose / Strukturanalyse
- Kapazitätszuteilung / Leistungseinkauf
- Beurteilung der finanziellen Auswirkungen
- Kontrolle

Ausserhalb der Planung bezieht sich ein weiterer Anwendungsbereich für die Kantone exklusiv auf Wirtschaftlichkeitsvergleiche im Rahmen der Tarifgenehmigungs- bzw. -festsetzungsverfahren. Allgemein werden Wirtschaftlichkeitsvergleiche von einer Regulierungs-



behörde dann vorgenommen, wenn eine freie Preisbildung fehlt, wie sie sich im Wettbewerbssystem aus Angebot und Nachfrage ergibt. In diesem Fall bieten sich Vergleiche unter Betrieben derselben Branche an. Ziel ist es, die Kosten des zu vergleichenden Betriebs in Relation zum Durchschnitt jener Betriebe zu setzen, welche als Referenzbetriebe herangezogen werden. Mangels Preisen werden als Vergleichswerte die Kosten genommen, wobei unterstellt wird, dass aus der Stichprobe der Referenzbetriebe eine Annäherung an einen Marktpreis abgeleitet werden kann.

Das Gesundheitswesen besteht aus regulierten Teilmärkten. Für die freie Preisbildung hinderlich ist insbesondere der Umstand, dass das Angebot geschützt ist (Kontrahierungszwang) und damit der Wettbewerb unter den Leistungserbringern beschränkt bleibt. Ein weiterer Grund für eine erschwerte Preisbildung ist, dass es sich um einen Versicherungsmarkt handelt, bei dem der Nutzen beim Patienten, die Kosten jedoch zu einem grossen Teil beim Versicherer bzw. beim Staat anfallen. Dies zieht Verzerrungen der Präferenzen beim Leistungsbezug und hinsichtlich der Zahlungsbereitschaft nach sich. Das Verhalten der Marktteilnehmer kann wegen dem Kontrahierungszwang für Leistungserbringer und dem Versicherungsobligatorium mit Kopfprämie für Versicherte nur in geringem Mass sanktioniert und damit gelenkt werden.

Im schweizerischen Gesundheitswesen werden die Tarife unter den Vertragspartnern (Versicherer und Leistungserbringer) ausgehandelt und behördlich genehmigt. Erst wenn sich die Vertragspartner nicht einigen konnten, werden die Tarife behördlich festgesetzt. Die Preisüberwachung, welche in diesem Verfahren Empfehlungen abgeben kann, ist dazu übergegangen, die Wirtschaftlichkeit eines Spitals nicht nur anhand von dessen Kostenrechnung zu beurteilen, sondern auch Betriebsvergleiche im Sinne eines Benchmarking anzustellen. Der Bundesrat hat den Ansatz der Preisüberwachung gutgeheissen. Somit ist damit zu rechnen, dass das Benchmarking als Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler künftig vermehrt herangezogen wird.

Leitsatz 27 Als letztem Schritt im Aufgabenbereich der leistungsorientierten Spitalplanung kommt der Kontrollfunktion des Kantons eine Schlüsselposition in zweierlei Hinsicht zu: Erstens ist die Planung ex post in Bezug auf ihre Wirkungen auf die Leistungserbringung und die Kosten unter Berücksichtigung der Qualität zu evaluieren und zweitens ex ante in die Entscheidungsgrundlagen der künftigen Planung einzubeziehen. Für die Gesundheitsdepartemente ist Benchmarking im Sinne eines Leistungs- oder Wirtschaftlichkeitsvergleichs auf verschiedenen Planungsstufen anwendbar. Der anzustellende Vergleich (Benchmarking) bezieht sich grundsätzlich sowohl auf die Leistungen als auch auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer. Wirtschaftlichkeitsvergleiche beziehen im Gegensatz zu den Leistungsvergleichen auch die Kosten ein und sind damit umfassender.

5.10.2 Grundzüge des Benchmarking zur Wirtschaftlichkeitskontrolle

Nachfolgend wird die Wirtschaftlichkeitskontrolle und damit der Einbezug der Kosten als Ziel eines Benchmarking näher betrachtet. Der Leistungsvergleich als weiteres mögliches Ziel bleibt vorerst ausgeblendet. Die nachfolgend skizzierten Elemente, Anforderungen und Schlussfolgerungen gelten jedoch sinngemäss auch für den Leistungsvergleich, entsprechend der Definition aber jeweils unter Vernachlässigung der Kosten.

In einem marktwirtschaftlichen System werden die Preise nach Angebot und Nachfrage gebildet. Die Kostenstruktur eines einzelnen Unternehmens ist dabei sekundär: Unternehmen sind gehalten, die Kosten mindestens bis zum Marktpreis zu senken oder sich zu differenzieren, z.B. über Qualitätsmerkmale. Der kontinuierliche Wettbewerb bewirkt, dass Innovatio-



nen und Produktivitätsfortschritte den Preisdruck aufrechterhalten. Dies führt dazu, dass weder übermässige Gewinne realisiert noch Investitionen unterlassen werden.

Ein Marktpreis stellt sich dann nicht ein, wenn eine ungenügende Anzahl Anbieter oder Nachfrager (Mono- bzw. Oligopol oder Monopson) besteht oder der Markt – aus welchen Gründen auch immer – so reguliert ist, dass die freie Preisbildung wesentlich behindert wird. In diesem Fall können die Preise staatlich bestimmt werden, um zu verhindern, dass die Anbieter dank überhöhter Preise Renten abschöpfen oder ineffizient arbeiten.

Wenn keine Preisbildungsinstrumente vorliegen, wird sich der behördlich festgesetzte Preis bzw. Tarif an den bestehenden Kostenstrukturen orientieren, d.h. es werden die massgebenden Betriebskosten der Leistungserbringer mit einem Zuschlag für Neu- und Ersatzinvestitionen abgegolten. Auf die Leistungserbringer kann lediglich ein gewisser Druck mittels Abzügen bei vermuteter Unwirtschaftlichkeit oder mangelnder Kostentransparenz vorgenommen werden. Dieser Ansatz ist weder innovations- noch effizienzfördernd. Mit der blossen Ermittlung der Kosten kann nicht ermittelt werden, mit welcher Qualität und wie effizient die Leistungen erbracht wurden.

Um den fehlenden Wettbewerbsdruck zu kompensieren und damit eine kostengünstige Leistungserbringung zu induzieren, eignen sich Benchmarking-Systeme⁵¹ als Instrumente des Wirtschaftlichkeitsvergleichs. Die Resultate dienen sowohl als Anreiz- (Effizienz und Innovation) als auch als Steuerungsinstrumente (Tarife und Leistungen). Die Steuerungselemente haben die unmittelbare Kostenstruktur im Blickfeld, während Anreizinstrumente auf die dynamische Kostenentwicklung zielen. Letztere kann beeinflusst werden, indem Produktivitätsfortschritte der Referenzbetriebe in den Betriebsvergleich einfließen und so alle Betriebe gehalten sind, über die Zeit mindestens dieselben Produktivitätsgewinne zu erzielen.

Benchmarking-Instrumente werden gegenwärtig in Privatisierungs- und Liberalisierungsmärkten intensiv diskutiert und bereits angewendet, insbesondere in der Wasserwirtschaft, im Strom- und im Gasmarkt.

Elemente des Benchmarking sind folgende:

- Indikatoren für den Betriebsvergleich. Dabei ist wichtig, dass die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der unterlegten Daten gewährleistet sind. Ebenso müssen Absprachen unter den zu vergleichenden Betrieben ausgeschlossen werden können.
- Um aussagekräftige Indikatoren bilden zu können, bedarf es in der Regel einheitlicher quantitativer Grundlagen.
- Die Referenzbetriebe, mit denen der zu benchmarkende Betrieb verglichen werden soll, sind zu bestimmen.
- Normativ ist festzulegen, welche Anforderungen aus den Resultaten an den zu vergleichenden Betrieb gestellt werden (z.B. Erreichen der tiefsten Kosten oder des Kostendurchschnitts aller Referenzbetriebe). Auch ist zu definieren, wie die durch den Betrieb nicht beeinflussbaren Faktoren berücksichtigt werden.
- Aus den Resultaten des Betriebsvergleichs sind adäquate Schlussfolgerungen zu ziehen.
- Je nach Aussagekraft der Indikatoren ist eine Bandbreite tolerierbarer Abweichungen der Resultate festzulegen.

⁵¹Der Begriff des Benchmarking wird hier gemäss der gebräuchlichen Terminologie analog zu jenem des Yardstick Competition verwendet. Sollen die beiden Begriffe klar getrennt werden, so wären Wirtschaftlichkeitsvergleiche durch die Regulierungsbehörde mit anschliessender Schlussfolgerung (i.d.R. Preisfestsetzung) Yardstick Competition zu nennen. Im Gegensatz dazu umfasst der globale Begriff des Benchmarking sämtliche (auch privatwirtschaftlichen) Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleiche, bei denen es den Beteiligten überlassen bleibt, welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind.



Zu den genannten Elementen sind folgende Erläuterungen anzubringen:

1. Grundsätzlich sei festgehalten, dass das Benchmarking ein Instrument zur Ermittlung von Unterschieden ist, deren Aussagekraft von der Ausgestaltung und der Durchführung abhängt. Das Instrument selber legt hingegen keine Schlussfolgerungen und Massnahmen nahe; diese muss der Anwender des Benchmarking selber ableiten, wobei rückkoppelnd die Aussagekraft des Benchmarking zu berücksichtigen ist.
2. Kosten- und Leistungsdaten allein vermögen nicht alle Unterschiede zu erklären. Für die Ausgestaltung des Benchmarking entscheidend sind einerseits der Gegenstand des Leistungsvergleichs mit den darauf aufbauenden Indikatoren und andererseits die Referenzbetriebe, welche herangezogen werden. Angewandt auf das Gesundheitswesen ist in Bezug auf die Auswahl der Referenzspitäler zentral, ob die unterschiedliche Zusammensetzung der Patienten berücksichtigt wird, welche sich ihrerseits z.B. über die Versorgungsstufe, das Leistungsspektrum und die Schweregrade abbilden lässt. Falls dies möglich ist, können Spitäler unterschiedlicher Versorgungsstufen miteinander verglichen werden; falls nicht, wird sich der Vergleich auf Betriebe derselben Versorgungsstufe beschränken müssen, was allerdings zu Ungleichbehandlungen zwischen Spitälern unterschiedlicher Versorgungsstufen führen kann. Die Vergleichbarkeit über die Versorgungsstufen hinweg kann gewährleistet werden, wenn die gewählten Indikatoren die strukturellen Unterschiede abbilden können. Dies ist unter Beizug eines Case Mix Index der Fall (vgl. dazu Abschnitt 5.10.4).
3. Die Aussagekraft des Instruments muss aber auch mit Blick auf die verbleibenden Qualitätsunterschiede (z.B. approximativ messbar in der Wiedereintrittsquote) und die unterschiedlichen Prozesse und strukturellen Unterschiede (Verlegungsquote, Auslastungsquote/Bereitschaftsgrad und Anteil und Relevanz der Ausreisserfälle mit extrem hohen Kosten) berücksichtigt werden.
4. Für die Schlussfolgerungen ist ausschlaggebend, welche Grundannahmen getroffen wurden: Werden etwa Kostenunterschiede zwischen den Betrieben einzig auf Effizienzunterschiede zurückgeführt, werden sich die behördlich festgesetzten Preise an den minimalen Referenzwerten orientieren und somit diese dem beobachteten Kostenminimum entgegenstreben. Im Fall des Gesundheitswesens ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringerstrukturen nicht homogen genug sind, so dass dieser Ansatz zu kurz greifen würde.
5. Bei den normativen Anforderungen sind zwei Stufen möglich: So können die Preise des zu vergleichenden Betriebs in Funktion der Durchschnittskosten⁵² der Referenzbetriebe (allenfalls des Zentralwerts) oder bei den Kosten des kostengünstigsten Betriebs festgelegt werden. Verschärfend kann in einer zweiten Stufe auch vorgesehen werden, dass zudem die Preise des zu vergleichenden Betriebs über die Zeit analog zu den Produktivitätsfortschritten der Referenzbetriebe gesenkt werden, und zwar unabhängig vom jeweiligen Preisniveau des zu vergleichenden Betriebs. Es liegt auf der Hand, dass die zweite Stufe erhöhte Risiken in Bezug auf die Qualität birgt und dem effektiven Kostensenkungspotenzial des verglichenen Betriebs nicht Rechnung trägt. In diesem Zusammenhang sind auch Annahmen über die steigenden Skalenerträge bzw. die sinkenden Grenzkosten zu treffen. Werden diese falsch eingeschätzt, folgen daraus entweder Rentenabschöpfung oder Qualitätsabbau bzw. Konkurs.
6. In den Schlussfolgerungen sind die tolerierten Bandbreiten zu hinterlegen. Je nach Zuverlässigkeit der Indikatoren und nach Gewicht der anerkannt nicht durch den Betrieb beeinflussbaren Kosten (strukturelle Unterschiede) wird die Bandbreite mehr

⁵² Bei der Festlegung in *Funktion* der Durchschnittskosten oder des Zentralwerts kann z.B. festgelegt werden, dass die Tarife des verglichenen Betriebs maximal auf eine Standardabweichung über dem Durchschnittswert zurückgeführt werden, um der Tatsache empirisch beobachteter Abweichungen innerhalb der Stichprobe der Referenzspitäler Rechnung zu tragen.



oder weniger eng gefasst werden. Die Bandbreite widerspiegelt somit sowohl die vermutliche Unschärfe des Instruments (Sicherheitsmarge) als auch die mit den Indikatoren nicht erklärbaren Unterschiede (Erklärungslücke).

7. Der durch Benchmarking induzierte Kostendruck kann sich kurzfristig sowohl in Produktivitätsfortschritten inkl. Innovation als auch in Qualitätsabbau oder Konkurs infolge mangelnder Liquidität niederschlagen. Mittel- und langfristig kann ein zu hoher Kostendruck die Gewinne so beschränken, dass damit nur in ungenügender Masse Ersatz- und Erneuerungsinvestitionen getätigt werden können, was ebenfalls in eine Geschäftsaufgabe münden kann. Wird nur die Kostenstruktur, nicht aber die Qualität verglichen, kann sich für den Leistungserbringer tiefere Qualität zumindest kurzfristig auszahlen. Der oben beschriebene dynamische Tarifanpassungsprozess kann sich somit zu einer Abwärtsspirale in der Qualität wandeln. Dieser Gefahr sollte mittels leistungsbezogenen Vergütungen und Qualitätsindikatoren begegnet werden.

Leitsatz 28 Benchmarking-Systeme im Sinne der ins Zentrum der Betrachtung gerückten Wirtschaftlichkeitsvergleiche eignen sich sowohl als Anreiz- (Effizienz und Innovation) wie auch als Steuerungsinstrumente (Tarife und Leistungen). Die beschriebenen Elemente des Benchmarking sind für die möglichen Schlussfolgerungen zentral. Je feiner die Indikatoren eines Benchmarking die strukturellen von den wirtschaftlichen Unterschieden zu differenzieren vermögen, umso strenger dürfen die Schlussfolgerungen sein und umgekehrt. Unschärfe bei den Indikatoren und bei den unterlegten Daten werden sich in Bandbreiten tolerierbarer Unterschiede und Sicherheitsmargen ausdrücken müssen.

5.10.3 Gesetzliche Grundlagen für Betriebsvergleiche

Trotz des weitgehend fehlenden Wettbewerbs sieht das KVG einen geringen Preisbildungsspielraum vor. An die Stelle von Preisen treten allerdings **Tarife**, welche ihrerseits auf der Kostenstruktur der Leistungserbringer beruhen. Die Tarife basieren zwar auf mehr oder weniger einheitlichen Tarifstrukturen, können jedoch für die einzelnen Tarifgemeinschaften unterschiedlich ausfallen.

Um die Wirtschaftlichkeit der Betriebe und die Angemessenheit der Tarife sicherzustellen, sieht das KVG Betriebsvergleiche vor.

Art. 49 Abs. 7 KVG lautet:

"Die Kantonsregierungen und, wenn nötig, der Bundesrat ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Ergibt der Betriebsvergleich, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen, oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Vertrag nach Artikel 46 Absatz 5 kündigen und der Genehmigungsbehörde (Art. 46 Abs. 4) beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen."

Es ist möglich, dass im Rahmen der laufenden KVG-Revision diese Bestimmungen noch verschärft und Betriebsvergleiche in noch verbindlicherer Form eingeführt werden. Die Preisüberwachung und der Bundesrat haben mit ihrem Ansatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Betriebsvergleichen das Terrain dafür vorbereitet.

5.10.4 Benchmarking der Preisüberwachung

Gemäss der ständigen Praxis des Bundesrates werden im Rahmen von Tarifbeschwerdeverfahren bei mangelnder Kostentransparenz, für Lehre und Forschung sowie bei Überkapa-



zitäten Abzüge vorgenommen. Auf diese Abzüge kann verzichtet werden, wenn stichhaltige Gründe dafür vorliegen. Die Beweislast liegt beim Spital.

Neben diesem normativen Prüfungsverfahren hat die Preisüberwachung (Pue) zuhanden von zwei Entscheiden des Bundesrates zu Tarifbeschwerden vom 10. Dezember 2004 für Spitäler in den Kantonen LU und SZ Betriebsvergleiche durchgeführt. Diese Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarking wurde vom Bundesrat trotz nicht sehr überzeugender Datenlage gutgeheissen.

Die Preisüberwachung hat zusätzlich zu den Abzügen wegen mangelnder (mittels Benchmarking ermittelter) Wirtschaftlichkeit auch noch Abzüge für mangelnde Kostentransparenz und Überkapazitäten vorgenommen. Dies führt faktisch zu einer Kumulierung der Instrumente, die sachlich nicht angemessen erscheint.

Der Bundesrat hiess die Einschätzung von Pue und BAG trotz der festgestellten Mängel gut, wonach die Abweichungen zu den Referenzspitälern gross genug seien, so dass ein CMI nicht unerlässlich sei. Damit dürfte der Bundesrat im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten über die Tarife künftig regelmässig Betriebsvergleiche vornehmen.

5.10.5 Anforderungen an einen aussagekräftigen Betriebsvergleich

Wirtschaftlichkeitsvergleiche sind im Fall staatlicher Preissetzung sinnvolle Instrumente, um das Fehlen von Marktpreisen zu kompensieren. Dennoch sind sie mit Vorsicht anzuwenden, insbesondere dann, wenn nicht alle Kostenunterschiede erklärbar sind. Die Probleme heutiger Betriebsvergleiche sind gleichzeitig als Anforderungen an ein sinnvolles Benchmarking zu verstehen, welches zur Überwachung, Beurteilung oder Preisfestsetzung eingesetzt wird:

1. Die **Datenqualität** der Referenzspitäler und des zu vergleichenden Spitals muss ausreichend sein. Eine möglichst einheitliche Kostenrechnung mit Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung bietet sich als Basis an. Notwendig ist überdies eine Leistungsstatistik.
2. Die **anrechenbaren Kosten** und der zu bildende **Referenzwert** sind zu definieren⁵³. Wird ein Basispreis (base rate) als Referenzwert gebildet, lässt sich dieser direkt den Tarifen unterlegen. Üblich sind jedoch Tarifverhandlungen auf dieser Basis, welche als eine Art "Preisbildung" interpretiert werden können.
3. Es sind **Indikatoren** zu entwickeln, welche genügend aussagekräftig sind. Der CMI trägt der unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten automatisch Rechnung. Solange kein CMI gebildet werden kann, muss entweder bei den Indikatoren oder in den Schlussfolgerungen der Versorgungsstufe, dem Leistungsspektrum und den unterschiedlichen Schweregraden Rechnung getragen werden. Unabhängig davon wird noch zu entscheiden sein, wie extrem teure Fälle (Ausreisser) im Benchmarking behandelt werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Allenfalls ist auch die Fallzahl zu berücksichtigen, wobei diesbezüglich noch Annahmen über die sinkenden Grenzkosten zu treffen wären.
4. Der **CMI** widerspiegelt – zumindest zum grössten Teil, aber nicht unbedingt vollständig – die Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten (Tätigkeitsgebiete, Leistungsspektrum und Schweregrade) und sollte daher herangezogen werden können.
5. Dazu muss jedoch die **Codierung der Diagnosen** auf einheitlicher Basis erfolgen. Ansonsten können insbesondere Verlegungen und Wiedereintritte die Basisdaten stark

⁵³Wenn im Rahmen von DRG-Systemen die anrechenbaren Kosten eines Spitals durch dessen Casemix (Summe der Kostengewichte) dividiert werden, resultiert ein berechneter Basispreis gemäss anrechenbaren Kosten. Der Casemix kann alternativ durch die Anzahl Pflgetage oder Fälle dividiert werden, so dass ein Tagesansatz bzw. eine Fallpauschale resultiert.



verzerrten. Diese Anforderung wird schweizweit erst nach Einführung von SwissDRG erfüllt sein.

6. Die Auswahl und die Anzahl **Referenzspitäler** ist unter Berücksichtigung der Aussagekraft der Indikatoren festzulegen. Je mehr die Resultate streuen, umso umfangreicher muss die Stichprobe und umso grösser die Toleranz (Bandbreite) sein. Wird der unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten mangels CMI nicht Rechnung getragen, dürfen nur Spitäler mit gleichem Leistungsspektrum verglichen werden. Gleichzeitig ist zu beurteilen, ob mit den gewählten Indikatoren auch ausserkantonale Spitäler vergleichbar sind und somit als Referenzspitäler herangezogen werden können. Bei Spitälern mit unterschiedlicher Versorgungsstufe ist zu entscheiden, wie die unterschiedlichen Aufgaben bei fehlendem CMI berücksichtigt werden sollen.
7. Die **Anforderungen** müssen transparent deklariert werden. Dabei sind auch die dynamischen (mittel- und langfristigen) Anpassungsmechanismen zu formulieren. Es ist auch darzulegen, welche Faktoren im Benchmarking zu berücksichtigen sind und welche separat ermittelt und individuell angerechnet werden sollen (z.B. Investitionen, Vorhalteleistungen inkl. Belegungsquote oder Lohnkosten).
8. Die **Sicherheitsmarge** widerspiegelt die Unschärfe des Benchmarking und ist ebenfalls auszuweisen. Sie kann in Bandbreiten zu den Referenzwerten formuliert werden (z.B. eine Standardabweichung oder x% vom Durchschnitt).
9. Die **Schlussfolgerungen** müssen die formulierten Anforderungen und Sicherheitsmargen berücksichtigen.
10. Die **Auswirkungen auf die Qualität** der Leistungen sind zu berücksichtigen und einem Qualitätsabbau ist vorzubeugen. Dazu eignen sich leistungsbezogene Pauschalen, Qualitätsmessungsinstrumente sowie die Einkalkulierung der laufend notwendigen Erneuerungs- und Ersatzinvestitionen.

Erst wenn die Prozesse des Benchmarking transparent sind, ist es auch den Spitälern möglich, sich nach diesen auszurichten und die notwendigen Anpassungen ihrer Prozesse und allenfalls auch der Kostenrechnung vorzusehen.

Leitsatz 29 Die Anforderungen an einen aussagekräftigen Betriebsvergleich sind hoch und betreffen insbesondere die Datenqualität, die Definition der anrechenbaren Kosten auf der Basis einer einheitlichen Kostenstellenrechnung und die Validität der Indikatoren. Der Einbezug eines Case Mix Index wird als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung betrachtet. Zusätzlich sind die Referenzspitäler zweckmässig auszuwählen, die Berechnungen transparent und mit den ermittelten Unschärfen darzustellen sowie konsistente Schlussfolgerungen zu ziehen.

5.10.6 Ansätze zu Wirtschaftlichkeitsvergleichen

Im Rahmen eines Benchmarking sind konkret folgende Ansätze denkbar:

Liegen einheitliche DRGs vor, werden diese zur Leistungsermittlung herangezogen. Ansonsten können die medizinische Statistik des BFS oder allenfalls kantonale Leistungsstatistiken bei innerkantonalen Vergleichen als einheitliche Grundlagen herangezogen werden. Die anrechenbaren Kosten werden aufgrund der Finanzbuchhaltung ermittelt. Liegt eine detaillierte Kostenrechnung vor, wird diese vorgezogen.



Die Kapital- bzw. Investitionskosten sollten nicht direkt in die Kostenermittlung einbezogen werden, weil diese nicht auf einer einheitlichen Basis ermittelbar sind und stark streuen⁵⁴. Für die Berücksichtigung der Investitionskosten bietet sich nach erfolgter Festlegung des Basispreises ein individueller Zuschlag oder ein solcher gemäss dem beobachtbaren Mittel- oder Zentralwert (Median)⁵⁵ aller Spitäler derselben Kategorie an.

Sollen die regional unterschiedlichen Lohnkosten berücksichtigt werden, können diese in einem ersten Schritt für alle Spitäler auf den schweizerischen Median normiert werden. Dabei ist sinnvollerweise mindestens nach Arztlöhnen und Löhnen für nicht ärztliches Personal zu unterscheiden. Auf den so ermittelten Basispreis (base rate) sind in einem zweiten Schritt die Minder- bzw. Mehrkosten für Löhne gewichtet mit ihrem Kostenanteil wieder zuzuschlagen. Dabei bietet sich der Median der regionalen Kosten als Zu- bzw. Abschlagsfaktor an.

Ein weiterer Sonderfaktor sind die Kosten für Ausbildung, universitäre Lehre und Forschung. Wird ein forschendes und/oder ausbildendes Spital mit solchen ohne Ausbildungstätigkeit und Forschung verglichen, sind auch diese Mehrkosten aus dem Wirtschaftlichkeitsvergleich auszuschliessen und nachträglich wieder auf den Basispreis zuzuschlagen.

Offenbar kann die Kostenstruktur von Universitätsspitalern mit den heute verfügbaren DRGs auch unter Berücksichtigung der Schweregrade nicht adäquat abgebildet werden. Dabei stellen nicht nur die universitäre Lehre und Forschung spezielle Faktoren dar. Universitätsspitäler haben auch in Bezug auf die Ausrüstungen eine deutlich andere Kostenstruktur als Nicht-Universitätsspitäler. Bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen schwingen die Kosten von Universitätsspitalern deshalb jeweils deutlich obenaus. Somit ist ein Vergleich mit Nicht-Universitätsspitalern ohne weitere Korrekturen oder Einschränkungen unzulässig. Umgekehrt ist die Anzahl Universitätsspitäler mit fünf zu gering, als dass ein Benchmarking einzig unter ihnen durchgeführt werden könnte.

Ebenfalls denkbar ist eine separate Berücksichtigung der Kosten für Notfall, wobei hier nur die Vorhalteleistungen im Sinne eines Bereitschaftsdienstes zu berücksichtigen sind. Die auf den einzelnen Fall umlegbaren Kosten selber werden leistungsbezogen vergütet und müssen daher nicht separat behandelt werden.

Langzeitaufenthalte im Spital werden üblicherweise nicht als Fallpauschale, sondern über Tagespauschalen vergütet. Es bietet sich daher an, die so vergüteten Leistungen auf den Abteilungen Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie aus dem Vergleich auszuschliessen und allenfalls separat zu vergleichen.

Aus der Literatur sind auch direkte Schätzungen der Ineffizienz mittels Cost Frontier Analysis bekannt. Farsi/Filippini⁵⁶ haben mit diesem Ansatz die Kosten mittels einer sogenannten Cobb-Douglas-Kostenfunktion ermittelt. Dabei sind rund 70% der Kosten in die Analyse eingeflossen. Mit diesem Ansatz wird also nicht direkt auf die anrechenbaren Kosten abgestellt, sondern der Grad der Ineffizienz im Vergleich zum Durchschnitt der Referenzbetriebe ermittelt. Sollen die zulässigen Kosten beziffert werden, sind die nicht berücksichtigten Kostenanteile am Schluss zu den Gesamtkosten zuzuschlagen. Farsi/Filippini haben als exogene Variablen den Output⁵⁷, die Erträge aus ambulanter Leistung, die Kosten für Kapital, Arzt- und nicht Arzt-Löhne sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einbezogen. Dummies wurden

⁵⁴ Wesentliche Unterschiede liegen nicht nur in Bezug auf die getätigten Investitionen vor, sondern auch bezüglich der intern vorgenommenen Abschreibungen.

⁵⁵ Wenn die beobachteten Werte stark rechts- oder linksschief verteilt sind, bietet sich der Zentralwert als nicht verzerrende Grösse an. Der Zentralwert ist die mittlere Beobachtung, bei der je 50% der Beobachtungen oberhalb und unterhalb liegen. Im Gegensatz zum Mittelwert fließen also beim Zentralwert die Ausreisser nicht mit ihrem Betrag, sondern mit demselben Gewicht wie die anderen Beobachtungen ein.

⁵⁶ Mehdi Farsi, Massimo Filippini: An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals, University of Lugano and ETH Zurich, Quaderno n. 2005-01. <http://www.mecop.eco.unisi.ch/Pubblicazioni/Working%20papers/wp0501.pdf>

⁵⁷ In den vier untersuchten Modellen wurden als Output die Anzahl Hospitalisierungen, die Anzahl Pflgeetage oder die DRG-bezogenen Hospitalisierungen (mit oder ohne regionale Dummies) einbezogen.



für Notfall, Geriatrie, Spitaltypologie, für unterschiedliche Jahre (1999–2001) sowie für den Einfluss regionaler Unterschiede eingesetzt, wobei sich letztere auf soziodemografische Faktoren und kantonale Regulierungen zurückführen lassen. Notfall und Geriatrie erwiesen sich im Gegensatz zu den regionalen Spezifikationen nur teilweise als signifikant. Als einziger potenzieller Qualitätsindikator wurde die Anzahl Pflegepersonal pro Bett einbezogen, der sich für die Kostenunterschiede als signifikant erwies.

Interessant an einem solchen ökonometrischen Ansatz ist nicht nur die direkt ermittelte Ineffizienz von ca. 20%, sondern die gewonnene Kenntnis bezüglich der Signifikanz der Indikatoren und der Residuen, d.h. der Anteil der nicht erklärbaren Streuungen. Erst ein so abgerundetes Bild ermöglicht, eine adäquate Schlussfolgerung zu ziehen.

Leitsatz 30 Mögliche Ansätze zu Wirtschaftlichkeitsvergleichen stützen sich idealerweise auf DRGs, die auf der Basis von qualitativ guten Grunddaten ermittelt wurden. Des Weiteren ist es sinnvoll, die Kapital- bzw. Investitionskosten ebenso separat zu behandeln wie die Lohnkosten. Dabei sollte zwischen Arztlöhnen sowie jenen für nicht ärztliches Personal unterschieden werden. Die Kosten für Ausbildung, universitäre Lehre und Forschung, Kosten für Vorhalteleistungen sowie für Langzeitaufenthalte sind aus dem Wirtschaftlichkeitsvergleich auszuklammern und nachträglich dem Tarif wieder zuzuschlagen. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass Sonderfaktoren bleiben können, welche auch mit dem CMI nicht hinreichend abgebildet werden.



6 Bibliographie⁵⁸

- Bundesamt für Statistik (1999), Geostat. Die Servicestelle des Bundes für raumbezogene Daten, Neuchâtel.
(http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/servicestelle_geostat.ContentPar.0004.DownloadFile.tmp/geostat-99d.pdf).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2004), Gesundheitsreformgesetz 2005, NR: GP XXII RV 693 AB 711 S.90. BR: AB 7175 S.717.
(<http://www.sbg.ac.at/ver/links/bgbl/2004a179.pdf>).
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen Hrsg. (2003), Österreichischer Krankenanstalten- und Grossgeräteplan ÖKAP/GGP, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
(<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/8/6/9/CH0037/CMS1038999953600/oekap-ggp-2003-text.pdf>).
- Cases C, Baubeau D (2004), Peut-on quantifier les besoins de santé ?, in : SOLIDARITÉ et SANTÉ, No.1 : pp.17-22.
(http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/ebs_sros/biblio/ebs_2_quantification_besoins_sante_2004.pdf).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2004), Krankenhausfinanzierung und –planung. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: November 2004. (<http://www.dkgev.de/pdf/571.pdf>).
- De Wolff F B (2002), Planification hospitalière. Visions+Actions : Essais de modélisation pour la Suisse, travail de maîtrise, Université de Lausanne. (<http://www.archihosp.ch/>).
- Edwards N, Harrison A (1999), Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem, in: BMJ 1999;319:1361-63.
(<http://bmi.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7221/1361>).
- Eggl Y (2003), Répartition des missions des hôpitaux de soins aigus somatiques du canton de Neuchâtel, sous mandat du Département de la justice, de la santé et de la sécurité (DJSS) du canton de Neuchâtel.
- Estellat C, Lebrun L (2004), Revue des méthodes d'évaluation des besoins en santé, Ministère de la santé et de la protection sociale (DHOS).
(http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/ebs_sros/synthese/synthese_ebs.pdf).
- Farsi M und Filippini Massimo (2005), An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals, University of Lugano and ETH Zurich, Quaderno n. 2005-01.
(<http://www.mecop.eco.unisi.ch/Pubblicazioni/Working%20papers/wp0501.pdf>).
- Fritz T, Gilow C, Paffrath D (2003), Instrumente des Operations Research in der praktischen Krankenhausplanung, in: Klauber J, Robra B P, Schellschmidt H, Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Schattauer, Stuttgart. (http://www.krankenhaus-aok.de/imperia/md/content/partnerkrankenhaus/pdf2/khr_kernaussagen.pdf).
- Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (2002), Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002 (<http://www.parlament.ch/ed-pa-aufsichtskommission-2002-8.pdf>).

⁵⁸ Webadressen konsultiert im Februar 2005: Die Dokumente können auch auf der GDK-Website eingesehen werden.



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004), Antwort des Regierungsrates I 220/2004 vom 2.11.2004 auf die Interpellation 3307, eingereicht von Grossrat Müller, Zäziwil (SVP) am 6.9.2004, Bern.

(http://www.be.ch/gr/VosData/Gwd/Parlamentarische%20Vorstoesse/Interpellationen/2004/20041111_110705/I_220.pdf).

Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau (2002), Konzept Leistungsorientierte Finanzierung von Kantons- und Regionalspitälern entsprechend den Vorgaben der aktuellen Neufassung des Spitalgesetzes, Aarau.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2004), Bericht des Regierungsrates vom 22.9.2004 zum Postulat KR-Nr. 391 / 2001: Auswirkungen der Massnahmen der Zürcher Akutspitalliste 1998 auf die stationäre Versorgung, Zürich

(<http://www.kantonsrat.zh.ch/Dokumente/Gesch%E4fte/2004/4205.pdf>).

Gesundheits- und Sozialdepartement (2004), Versorgungsplanung Gesundheit für den Kanton Luzern, Bericht des Projektteams zuhanden des Regierungsrates.

(http://www.lu.ch/pdf_gsd_versorgungsplan.pdf).

Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri (2003), Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri, Altdorf. (<http://www.ur.ch/dateimanager/glb.pdf>).

Grosser Rat des Kantons Bern (2004), Spitalversorgungsgesetz (SpVG), Bern. (http://www.gef.be.ch/site/gef_ra_spital.pdf).

Halfon P; Eggli Y (2001), Screening inappropriate hospital days on the basis of routinely available data, International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua; VOL: 13 (4); p. 289-99.

(<http://intqhc.oupjournals.org/cgi/content/abstract/13/4/289>).

Hansis M (2003), G-AEP Entwicklungsbericht. Im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen, MDS, Essen. (<http://www.dggg-online.de/pdf/AEPs.pdf>).

Health Evidence Network (2003), Sind grosse Krankenhäuser besser?, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: <http://www.who.dk/HEN/>.

Kanton Aargau (2004), Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl), Fassung für das Vernehmlassungsverfahren, Aarau.

(http://www.ag.ch/vernehmlassungen/dok/gp_planung_version_internet.pdf).

Klauss G (2004), Schweizer Spitaleinzugsgebiete. Hilfe für eine leistungsorientierte Spitalplanung? Referat anlässlich der 4. Sitzung des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ (AA-LOSP) vom 17.11.2004, Institut für Evaluative Forschung in der Orthopädie (IEFO), Universität Bern.

Klauss G, Busato A und Zahnd D (2005), Eine gesamtschweizerische Analyse der Versorgungsregionen im stationären Bereich, in: CHSS 2/05, p. 103-108.

Kohli R, Cotter S (2004), Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040 nach dem Szenario «Trend» AR-00-2002, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 68 Seiten, Bestellnummer: 201-0400 / ISBN: 3-303-01176-1

Kossovsky MP; Chopard P; Bolla F; Sarasin FP; Louis-Simonet M; Allaz AF; Perneger TV; Gaspoz JM (2002), Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use, in : International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua; VOL: 14 (3); p. 227-32.

(<http://intqhc.oupjournals.org/cgi/content/full/14/3/227>).

Krüger R, Lenz M J (2004), G-APDRG: Ein synthetisches Beschreibungsinstrument der Krankenhausleistungen, entwickelt auf der Grundlage der französischen G-GHM, in: 5. Deutsche Casemix-Konferenz: Konferenzdokumentation, März 2004, Luzern.



Landesgesetzblatt für Oberösterreich (2004), Oberösterreichischer Landeskrankenanstalten- und Grossgeräteplan 2004, Nr.91. (http://www.sbg.ac.at/ver/links/lgbl/o/o-2004_091.pdf).

Landesregierung Oberösterreich (2004), Oberösterreichischer Krankenanstalten- und Grossgeräteplan, Oö. KAP/GGP 2004, P.b.b. 01Z022528 K, Linz. (<http://www.ooe.gv.at/gesundheit/kraf/fachinf/index.htm?inhalt.htm>).

Lang et al. (1999), A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED - Group on Appropriateness of Hospital Use, in: Int J Technol Assess Health Care. 1999 Winter;15(1):185-97.

Leidl R, John J, Pothoff P (1988), Informationsgrundlagen für die Krankenhausplanung – Perspektiven bedarfsorientierter Indikatorensysteme, in : Öff. Gesundh.-Wes. 50, pp. 105-10.

Mason S A (2000), Performance-based planning for hospitals, in: Health Care Strategic Management, December 2000.

Ministère de la Santé Grand Duché de Luxembourg (2001), Groupe de travail Services hospitaliers. Mission d'études et d'assistance, Rapport final. (http://www.ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/Hopitaux/planif_hosp.pdf).

Nordrhein-Westfalen (2001), Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenvorgaben, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit. (http://www.mgsff.nrw.de/medien/download/broschueren/material/kplan_01.pdf).

Observatoire régional des Pays de la Loire (2004), Cahier des charges pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS, Ministère de la santé et de la protection sociale (DHOS). (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ebs_sros/cahier_charges/cahier_charges_2004.pdf).

Oleske D M Ed. (2001), Epidemiology and the delivery of health care services. Methods and applications, Second Edition, Kluwer Academic, New York.

Ospedale regionale de Locarno La Carità (2004), Documentation participation prix „Esprix 2004“, Locarno.

Posnett J (2002), Are bigger hospitals better?, in: McKee M und Healy J Ed., Hospitals in a changing Europe, European Observatory of Health Care Systems, World Health Organisation. (<http://www.euro.who.int/document/e74486.pdf>).

Public Health GIS Unit (2002), Public Health Geographical Data Analysis using MapInfo® v6.0. Basic Level Workbook, University of Sheffield. (<http://gis.sheffield.ac.uk/reports/pdfs/workbookbasic.pdf>).

Rüefli C, Anderegg C, Boggio Y (2005), Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen, in: Forschungsprogramm KVG II, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (noch nicht publiziert).

Rüschmann H-H, Schmolling K, Krauss C, Roth A (2000), Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme. Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung, Springer-Verlag, Berlin.

Salomez J.L., Lacoste O. (1999), Du besoin de santé au besoin de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire, in : Hérodote, No 92 : pp. 101-120. (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ebs_sros/biblio/ebs_43_du_besoin_de_sante_au_besoin_de_soins_1999.pdf).

Salzmann H (2003), Bundesratspraxis zu Spitalplanung und Spitallisten, Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis. (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsversorgung/Planung_Gesversorgung/SpitalplanungSpitallisten/Bundesrats-Praxis_Planung-Spitalliste-d.pdf).



Santos-Eggimann B, und Lang T (1997), Version française validée de l'adaptation européenne (BIOMED) de l'Appropriateness Evaluation Protocole et Classification des causes de journée inappropriée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Statistik (2004), Vereinbarung zwischen der GDK und des BFS bezüglich der Weitergabe von Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Neuenburg. (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsinformation/Statistik/Vereinbarung_Datenweitergabe_BFS_GDK_def_d.pdf).

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (2002), Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG. (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsversorgung/Planung_Gesversorgung/SpitalplanungSpitallisten/Rev-Empfehlungen-d.pdf).

Santos-Eggimann B, und Lang T (1997), Version française validée de l'adaptation européenne (BIOMED) de l'Appropriateness Evaluation Protocole et Classification des causes de journée inappropriée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Strub S, Spycher S, Egger T (2004), Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), in: Arbeitsdokument No. 6, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg. (Zusammenfassung: <http://www.obsan.ch/infos/datenbanken/d/Zusa-AD6-Inventar-de-9.04.pdf>).

Sutton M, Gravelle H, Morris S, Leyland A, Windmeijer F, Dibben C, Muirhead M. (2002), Allocation of Resources to English Areas; Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources. Report to the Department of Health. Edinburgh: Information and Statistics Division. (<http://www.nhsscotland.com/isdonline/files/DHFINALreport051202.pdf>).

Thomas R D (2003), Health Services Planning, Second Edition, Kluwer Academic, New York.

Thouez J-P (2002), L'allocation régionale des ressources de santé au Canada : Les indicateurs de besoins, in : Cah. Socio. Démo. Méd., XXXIIème année, No 1, pp.75-96. (http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/ebs_sros/biblio/ebs_45_indic_besoins_canada_2002.pdf).

Volkswirtschaft- und Sanitätsdirektion des Kantons Baselland (2003), Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft. Bericht an den Regierungsrat aus dem Projekt Hausaufgaben BL, Liestal. (<http://www.baselland.ch/docs/parl-lk/berichte/2003/2003-269.htm>).

Westfälisches Ärzteblatt (2002), Krankenhausplanung in Westfalen-Lippe. Aktueller Stand und Perspektiven. Sonderheft 4/2002. (http://www.aekwl.de/waeb_archiv/waeb0402_special.pdf).

Zahnd D (2003a). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Clinical Classification System (CSS). Ein Hilfsmittel für die Auswertung der Medizinischen Statistik, in: CodeInfo (2/03): 5-11. (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/codage/02.ContentPar.0004.DownloadFile.tmp/CodInfo_2_03.pdf).

Zahnd D (2003b) Interkantonale Patientenwanderungen im Spitalbereich, in: Soziale Sicherheit CHSS (6/03): 355-358. (http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/2003/CHSS_6_03_Patientenwanderungen_d.pdf).



7 Glossar

Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)	Instrument zur Beurteilung der Notwendigkeit von stationären Spitalaufenthalten
Auswertungssystem	Statistisches Instrument, welches Diagnosen und Eingriffe in unterschiedlichen Kategorien darstellt und Fälle bildet, welche als Basis dienen für die Bedarfsabschätzung und die Zuordnung der Leistungen an die einzelnen Leistungserbringer.
Balanced Scorecard	Instrument der Unternehmensführung zur Förderung von zielgerichtetem strategischem Denken und Handeln. Unternehmensziele sollen durch die Messung von Kennzahlen in vier Bereichen („Perspektiven“) in operative Massnahmen umgesetzt werden.
Benchmarking	Vergleich zwischen verschiedenen organisatorischen Einheiten gleicher Hierarchiestufe unter Berücksichtigung eines Referenzwerts (bester Wert, 4. Quartil, Durchschnitt etc.).
Cluster-Analyse	Mathematisches Gruppierungsverfahren zur Identifikation von zwei oder mehr Gruppen, deren Mitglieder sich auf einer (oder mehrerer) Dimensionen untereinander möglichst stark gleichen und gleichzeitig von den Mitgliedern anderer Gruppen möglichst stark unterscheiden.
Diagnosegruppe	Einzelne Gruppe eines Patientenklassifikationssystems mit Patientinnen und Patienten, deren Behandlungen klinisch möglichst homogen sind und Kosten in ähnlicher Höhe verursachen.
Jahresvertrag	Festlegung der jährlich variierenden Mengen und Preisen des vom Spital zu erbringenden Leistungsprogramms.
Leistungsauftrag	Grobe Aufstellung nach medizinischen Spezialitäten auf der Spitalliste mit Hinweis auf eine vorhandene Leistungsvereinbarung.
Leistungsvereinbarung	Konkretisierung des Leistungsauftrags, bestehend aus Rahmenvertrag und Jahresvertrag. Nicht auf der Spitalliste aufgeführt.
Operations Research	Modellgestützte Verfahren zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Gestaltung und Steuerung soziotechnischer Systeme (z.B. Bildung von Versorgungsregionen).



Patientenklassifikationssystem	Patientenklassifikationssysteme kategorisieren die behandelten Patientinnen und Patienten anhand von bestimmten Kriterien in klinisch möglichst homogene Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten.
Rahmenvertrag	Regelt die Grundsätze des Leistungseinkaufs und die Bedingungen der Leistungserbringung. Führt Leistungsspektrum auf (inkl. Subspezialitäten, evtl. inkl. Positiv- und Negativliste von Behandlungen, inkl. Versorgungsstufen) und enthält Finanzierungsprinzipien. Laufzeit: für 3 - 5 Jahre.
Versorgungsregion	Planerische Grösse, bei deren Bildung politische, geografische, demografische, medizinische und ökonomische Kriterien Einfluss haben können, welche zur Sicherstellung des regionalen Bedarfs an stationären medizinischen Leistungen verwendet wird.
Versorgungsstufe	Vertikale Gliederung der stationären Angebotsstrukturen. Ziel ist es, auf Grund von medizinischen und ökonomischen Kriterien eine stufengerechte Unterteilung der Versorgungsstrukturen vorzunehmen, um eine möglichst effiziente Versorgung gewährleisten zu können.