

**Dr. iur.
Juristischer Berater im
Gesundheitswesen**

Brüggühlstrasse 32a
Postfach
CH-3172 Niederwangen



**Analyse der rechtlichen Grundlagen
der Spitalplanung
gemäss revidiertem KVG (BG vom 21.12.2007)**

3. Mai 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Auftrag/Fragestellung.....	3
2	Spitalplanung: Eine Aufgabe der Kantone im Vollzug des KVG	3
2.1	Die Spitalplanung nach dem KVG von 1994.....	3
2.1.1	Gesetzliche Regelung	3
2.1.2	Rechtsprechung.....	4
2.2	Die Revision des KVG vom 21. Dezember 2007	6
2.2.1	Spitalplanung und Spitallisten	6
2.2.2	Der Einfluss der übrigen Änderungen des Gesetzes auf die Spitalplanung	8
2.2.3	Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21.12.2007	11
3	Planungskriterien und Auflagen der Kantone	13
3.1	Grundlegende Änderungen im Verhältnis zwischen Kantonen und Spitälern.....	13
3.2	Die Empfehlungen der GDK	14
3.2.1	Leistungsorientierte Spitalplanung (Empfehlung 1)	14
3.2.2	Leistungsspektrum (Empfehlung 2).....	15
3.2.3	Mindestfallzahlen (Empfehlung 3).....	15
3.2.4	Mengensteuerung (Empfehlung 4).....	16
3.2.5	Aufnahmepflicht (Empfehlung 5).....	17
3.2.6	Notfallaufnahme (Empfehlung 6).....	18
3.2.7	Wirtschaftlichkeit und Qualität (Empfehlung 7 und 8)	18
3.2.8	Datenlieferung (Empfehlung 9)	19
3.2.9	Auslösen von Investitionen (Empfehlung 10)	19
3.2.10	Investitionskostenbeiträge (Empfehlung 11).....	20
3.2.11	Arbeitsbedingungen (Empfehlung 12)	20
3.2.12	Ausbildungsleistungen (Empfehlung 13)	20
3.2.13	Erreichbarkeit und interkantonale Patientenströme (Empfehlung 14)	21
3.3	Die Gesetzesentwürfe des Kantons Waadt vom 20.1.2010	21
3.3.1	Gewinnorientierung der Listenspitäler	21
3.3.2	Investitionskontrolle	22
3.4	Vorschriften über die Gewinnverwendung	23
	Literaturverzeichnis	25
	Abkürzungsverzeichnis	26

1 Auftrag/Fragestellung

Mit Bundesgesetz vom 21.12.2007 hat das Parlament eine Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden Versicherer und Kantone ihre Vergütungen an die Spitäler nach den gleichen, im KVG definierten Regeln auszurichten haben. Dabei sind in allen Spitäler leistungsbezogene Pauschalen nach einer einheitlichen Tarifstruktur anzuwenden. Mit diesen Pauschalen werden sowohl die Betriebs- wie die Investitionskosten vergütet. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die bisherige Unterscheidung zwischen subventionierten und nicht subventionierten Spitälern entfallen. Alle gestützt auf die kantonalen Spitalplanungen für die Krankenversicherung zugelassenen Spitäler müssen von Versicherern und Kantonen gemeinsam finanziert werden, wobei die Kantone mindestens 55 Prozent der jeweils geltenden Pauschale zu übernehmen haben.

Im Bereich der Spitalplanung werden die Kantone verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG). Zudem hat der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Dies ist mit der Änderung der KVV vom 22.10.2008 erfolgt. Die Kriterien für die Spitalplanung sind in den Art. 58a bis 58e KVV näher umschrieben.

Die Kantone bereiten gegenwärtig die notwendigen Anpassungen ihrer Spitalplanungen an das neue Recht vor. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat dazu am 14. Mai 2009 Empfehlungen an die Kantone verabschiedet. Für die Umsetzung bestimmter Empfehlungen schlägt die GDK den Kantonen die Verankerung in der kantonalen Gesetzgebung vor. Der Kanton Waadt bereitet gegenwärtig ein solches Gesetz vor (Vernehmlassungsvorlage vom 20. Januar 2010).

H+ beabsichtigt, den rechtlichen Sachverhalt, wie er mit der Änderung des KVG vom 21.12.2007 mit Bezug auf die Spitalplanung und die Leistungsaufträge an die Spitäler eingetreten ist, unter dem Aspekt des Verhältnisses von Bundesrecht und kantonalem Recht näher abzuklären. Dabei interessiert insbesondere:

- Das Verhältnis zwischen Versorgungsplanung, Spitalplanung, Spitallisten und Leistungsaufträge im Sinne des KVG
- Welche, der in der Gesetzgebung des Bundes nicht erwähnten Kriterien die Kantone zusätzlich anwenden dürfen und welche nach dem Bundesrecht ausgeschlossen sind.

Die konkret zu beantwortenden Fragen entsprechen den in den Ziffern 3.2 und 3.3 erwähnten Themen.

2 Spitalplanung: Eine Aufgabe der Kantone im Vollzug des KVG

2.1 Die Spitalplanung nach dem KVG von 1994

2.1.1 Gesetzliche Regelung

Die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Kategorien von Leistungserbringern werden in Art. 35 - 40 KVG und in Art. 38ff. KVV abschliessend aufgezählt. Leistungserbringer, welche die in Gesetz und Verordnung erwähnten Kriterien erfüllen, gelten als zugelassen, das heisst die Krankenversicherer sind verpflichtet, die von diesen Leistungserbringern erbrachten Leistungen der OKP zu vergüten.

Für Spitäler (und auch für Pflegheime) gilt indessen keine automatische Zulassung von Gesetzes wegen. Diese sind nur zugelassen, wenn sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen,

wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG). Gestützt auf diese Spitalplanung haben die Kantone die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Spitäler in einer Spitalliste namentlich zu nennen und sie müssen diese Spitalliste nach Leistungsaufträgen gliedern (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Die Spitalliste dient der Transparenz, Publizität und Rechtssicherheit¹. Sie ist ein wichtiges Instrument zur Durchsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und mit dieser untrennbar verknüpft².

Die Planungspflicht und die Spitalliste bezieht sich auf den in Art. 39 Abs. 1 umschriebenen Tätigkeitsbereich von Spitälern, nämlich auf die stationäre Behandlung akuter Krankheiten und auf die stationäre medizinische Rehabilitation, nicht aber auf ambulante Behandlungen³. Sinn und Zweck der Spitalplanung ist die Leistungskoordination, die optimale Nutzung der Ressourcen, die Eindämmung der Kosten und der Abbau von Überkapazitäten⁴. Die Spitalplanung ist eine Aufgabe der Kantone. Das Bundesrecht enthält keine Leitlinien für die Spitalplanung und für den Entscheid, welchem Spital bei einem Überangebot der Vorzug zu geben ist. Das KVG enthält auch keine Zwangsmittel, wenn ein Kanton der Pflicht zur Errichtung einer Spitalliste nicht nachkommt⁵. In diesem Fall bleiben sämtliche Heilanstalten, welche unter dem früheren Recht zugelassen waren, auch nach dem KVG als zugelassen (Art. 101 Abs. 2 KVG). Für die Spitäler des Kantons St. Gallen ist dies heute noch der Fall⁶.

Der Bundesrat hat nach dem KVG in der Fassung von 1994 keine Kompetenz, den Kantonen auf dem Wege von Verordnungen nähere Vorschriften über die Ausgestaltung der Spitalplanung zu machen. Er hat aber gestützt auf seine Zuständigkeit zur Behandlung von Beschwerden gegen die Planungsentscheide der Kantonsregierungen (Art. 53 KVG in der Fassung von 1994) die massgebenden Grundsätze und Kriterien entscheidend geprägt. Nachdem Art. 39 Abs. 1 KVG durch die Revision der Spitalfinanzierung unverändert geblieben ist, wird die bisherige Rechtsprechung des Bundesrates auch unter dem neuen Recht zur Interpretation der geltenden Bestimmungen über die Spitalplanung und die Spitallisten zu beachten sein. Aus diesem Grund sind die wichtigsten Grundsätze dieser Rechtsprechung im Folgenden kurz darzustellen.

2.1.2 Rechtsprechung

Die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erfordert zunächst die Ermittlung des Angebots für stationäre Versorgungen im Kanton. Diesem ist der Bedarf gegenüber zu stellen. Die Bedarfsanalyse hat nach objektiven Kriterien und unterteilt nach den verschiedenen Kategorien von medizinischen Leistungen (somatische Akutversorgung, Rehabilitation, psychiatrische Versorgung, Spezialversorgung) zu erfolgen⁷. Grundsätzlich ist es auch zulässig, auf die Ermittlung eines Globalbedarfs abzustellen und gestützt darauf eine Gesamtkapazität der medizinischen Versorgung zu bestimmen⁸. Neben dieser analytischen Methode ist ein normatives Vorgehen zulässig, indem aus Vergleichen zwischen verschiedenen Kantonen oder internationalen Vergleichen Kennziffern (z. B. Anzahl Betten pro 1000 Einwohner) definiert werden⁹. Zur Umsetzung der Spitalplanung formulieren die Kantone Leistungsaufträge

¹ EUGSTER Rz 762

² EUGSTER Rz 763

³ Der Gesetzgeber ist beim KVG nicht soweit gegangen wie das Parlament bei dem in einer Volksabstimmung gescheiterten Sofortprogramm für die Revision der Krankenversicherung (BG vom 23.3.1987, Art. 19bis Abs. 6 KUVG). Dort war eine kantonale Spitalplanung „unter Einschluss der Versorgung mit kostspieligen medizintechnischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich“ vorgesehen. Ebenso auch im BB über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 9. Oktober 1992, wo die Kantone verpflichtet wurden „Planungen im Gesundheitswesen“ durchzuführen.

⁴ Botschaft zum KVG, BBl 1992 I 167, EUGSTER, Rz 743

⁵ EUGSTER, Rz 742

⁶ KIESER, S. 69

⁷ EUGSTER, Rz 750, RKUV 2002 KV 217 249

⁸ EUGSTER, Rz 750

⁹ EUGSTER, Rz 751

und legen eine bestimmte Bettenzahl fest¹⁰. Die Leistungsaufträge müssen in der Spitalliste aufgeführt sein. Ihre Form liegt aber im Ermessen des Kantons¹¹.

Bei der Wahl von planerischen Massnahmen verfügen die Kantone über ein grosses Ermessen. So können sie Überkapazitäten durch einen linearen Abbau von Spitalbetten aber auch durch die Aufhebung von Spitaleinheiten vermindern¹². Müssen die Kantone zum Abbau von Überkapazitäten eine Auswahl unter den vorhandenen Spitälern treffen, soll der Entscheid grundsätzlich auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgen. Bei gleicher Qualität ist das kostengünstigste Spital zuzulassen¹³. Die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste steht immer unter dem Vorbehalt, dass das Spital bei einer Anpassung der Spitalplanung wieder von der Liste gestrichen werden kann, sei es weil kein Bedarf mehr besteht oder das Spital die Voraussetzungen bezüglich Infrastruktur oder Dienstleistungen nicht mehr erfüllt¹⁴. Ein Spital hat also keine Garantie, auf der Spitalliste zu verbleiben. Der Zweck des KVG ist eine sozialverträgliche Krankenversicherung und nicht die Sicherung von Einkommen der Leistungserbringer auf Kosten der öffentlichen Hand und der sozialen Krankenversicherung. Spitäler haben keinen Anspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste, sondern höchstens auf eine angemessene Einbeziehung in die Planung¹⁵. Ein Abbau von Überkapazitäten darf aber nicht einseitig bei privaten Trägerschaften erfolgen. Ein gleichmässiger Abbau bei öffentlichen und privaten Spitälern heisst aber nicht, dass unbedingt ein streng linearer Abbau bei allen Spitälern erfolgen muss¹⁶. Spitalplanerische Entscheide lassen sich nicht mit der Berufung auf die Wirtschaftsfreiheit anfechten¹⁷.

Die Verpflichtung zu einem angemessenen Einbezug von privaten Trägerschaften bedeutet zunächst einmal, dass das Angebot von nicht öffentlichen und nicht öffentlich subventionierten Spitälern bei Evaluation für die Aufnahme in die Spitalliste berücksichtigt werden müssen. Dies heisst aber nicht, dass die Kantone die Privatspitäler lückenlos berücksichtigen müssen. Ein angemessener Einbezug geht weniger weit als eine umfassende Berücksichtigung privater Trägerschaften. Die Auswahlkriterien müssen letztlich Sinn und Zweck der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG entsprechen (vgl. unten 2.2.1)¹⁸.

Die Kantone müssen ausserkantonale Spitäler in die Planung einbeziehen, soweit diese für die stationäre Versorgung der Bevölkerung nötig sind. Eine Ausnahme besteht für kleinere Kantone¹⁹. Dies hat zur Unterscheidung zwischen geschlossenen und offenen Spitallisten geführt. Geschlossen ist eine Spitalliste, die alle zur Bedarfsdeckung nötigen ausserkantonalen Spitäler abschliessend aufzählt. Offen ist eine Spitalliste, die keine Aufzählung von ausserkantonalen Spitälern kennt, sondern den Versicherten die Wahlfreiheit unter allen ausserkantonalen Spitälern offen hält²⁰.

Nach der Rechtsprechung des Bundesrates wird zwar für den Bereich der Halbprivat- und Privatabteilungen eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 KVG vorausgesetzt. Zulässig sind aber so genannte unterteilte Spitallisten, in welchen zwischen einer Liste A (allgemeine Abteilungen von öffentlichen und privaten Spitälern) und in einer Liste B (private und halbprivate Abteilungen) unterschieden wird. Dabei kann bei der Liste B auf eine umfassende Planung verzichtet werden. Es genügt, wenn diese Spitäler die Voraussetzungen gemäss Art. 39 Abs.

¹⁰ EUGSTER, Rz 747

¹¹ EUGSTER, Rz 764

¹² EUGSTER, Rz 748

¹³ EUGSTER Rz 744 und 755

¹⁴ RKUV 2002 KV 216 241 E. II 1.1.1

¹⁵ RKUV 1999 KV 72 253 E 11.2

¹⁶ EUGSTER, Rz 753

¹⁷ EUGSTER Rz 763, Urteil des BGr 2P.67/2004, vom 23.9.2004 E 1.7

¹⁸ EUGSTER Rz 759

¹⁹ EUGSTER Rz 758 unter Hinweis auf zahlreiche Entscheide des Bundesrates.

²⁰ EUGSTER Rz 767f.

1 lit. a-c erfüllen²¹. Spitallisten, welche diese Unterscheidung nicht vornehmen und alle in der Liste aufgeführten Spitäler in die Spitalplanung einbezogen haben, werden als integrale Spitalliste bezeichnet²².

2.2 Die Revision des KVG vom 21. Dezember 2007

2.2.1 Spitalplanung und Spitallisten

Vergleicht man die vom Parlament bei Art. 39 KVG beschlossenen Änderungen mit dem ursprünglichen Antrag des Bundesrates, kann man feststellen, dass das Gesetz die Kantone stärker in die Pflicht nimmt als der Entwurf des Bundesrates, insbesondere bezüglich der Pflicht zur Koordination der kantonalen Planungen (Art. 39 Abs. 2 und 2bis KVG). Im Weiteren verpflichtet das Gesetz den Bundesrat zum Erlass von einheitlichen Planungskriterien. Dies hat zu einer Straffung des ursprünglichen Entwurfs geführt.

Art. 39 Abs. 1 KVG hat keine Änderung erfahren. Daraus kann indessen nicht geschlossen werden, dass die bisherige Rechtsprechung zu dieser Bestimmung unverändert Gültigkeit haben wird. Der Erlass von Planungskriterien durch den Bundesrat wird zur Folge haben, dass bestimmte Grundsätze der bisherigen Rechtsprechung unter Berücksichtigung dieser Änderungen ganz oder teilweise dahinfallen. Einen Einfluss auf die Interpretation von Art. 39 Abs. 1 KVG und auf die Praxis der Kantone haben auch die weiteren Änderungen des KVG im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung.

Die Kantone setzen bei der Spitalplanung Bundesrecht um. Sie haben sich dabei also an die Vorgaben des KVG und des übrigen Bundesrechts zu halten²³. Das Bundesrecht geht gemäss Art. 49 Abs. 1 BV entgegenstehendem kantonalem Recht vor. Der Vorrang des Bundesrechts schliesst in Sachgebieten, welche die Bundesgesetzgebung abschliessend geregelt hat, eine Rechtsetzung durch die Kantone aus. In Sachgebieten, die das Bundesrecht nicht abschliessend ordnet, dürfen die Kantone nur solche Vorschriften erlassen bzw. anwenden, die nicht gegen den Sinn und Geist des Bundesrechts verstossen und dessen Zweck nicht beeinträchtigen oder vereiteln²⁴.

2.2.1.1 Bedarfsgerechte Spitalversorgung

Was unter einer „Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung“ (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG) zu verstehen ist, wird nun durch die einheitlichen Planungskriterien näher bestimmt, welche der Bundesrat gestützt auf Art. 39 Abs. 2ter KVG erlassen hat (Art. 58a bis 58e KVV). Der Bundesrat nimmt auf diesem Weg weiterhin auf die Spitalplanung Einfluss, nachdem er dies nicht mehr als Beschwerdeinstanz gegen Planungsentscheide der Kantonsregierungen tun kann (Art. 53 KVG, unten 2.2.2.4). Die Verordnungsbestimmungen stützen sich auch auf Grundsätze der bisherigen Rechtsprechung²⁵. Der Bundesrat hat die Kriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Was darunter zu verstehen ist, wird in Art. 58b Abs. 5 KVV noch etwas näher definiert, nämlich als „Effizienz der Leistungserbringung“ und „Nachweis der erforderlichen Qualität“. Die beiden Kriterien sind gleichwertig, was bedeutet, dass nicht immer die kostengünstigste Leistung ausschlaggebend sein kann²⁶. Ausdrücklich erwähnt die Verordnung, dass die Kantone insbesondere Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien berücksichtigen können. Diese Aufzählung ist also nicht abschliessend.

²¹ RKUV 1998 KV 54 544 E. II 3.3.5 und 3.2.6; EUGSTER Rz. 766

²² EUGSTER Rz 765

²³ Botschaft Spitalfinanzierung BBl 2004 5567

²⁴ BGE 135 I 36 E. 5 und 130 I 283 E. 2.2.

²⁵ BAG Kommentar zur KVV S. 3, II.2., Vgl. auch Botschaft Spitalfinanzierung 5568

²⁶ BAG Kommentar zur KVV S.4, II.2

Die Versorgungsplanung hat nach Art. 58b KVV in folgenden Schritten zu erfolgen.

- Ermittlung des Bedarfs (Abs. 1): Die Verordnung verlangt nachvollziehbare Schritte, namentlich auf der Grundlage von statistisch ausgewiesenen Daten und Vergleichen. Sie überlässt den Kantonen die Wahl einer konkreten Methode²⁷.
- Ermittlung des Angebots, welches in Spitälern erbracht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Abs. 2). Gemeint sind damit Vertragsspitäler und ausserkantona- nale Spitäler²⁸.
- Bestimmung des Angebots zur Gewährleistung der Versorgung der Versicherten, auf welche sich die Planung bezieht (Abs. 3). Nach der Verordnung ergibt sich dies aus der Ermittlung des Bedarfs abzüglich des auf der Liste nicht erfassten Angebots.

Gestützt darauf erfolgt die Auswahl der Spitäler für die Spitalliste (unten 2.2.1.2). Gemäss Art. 58a Abs. 2 KVV müssen die Kantone ihre Planungen periodisch überprüfen. In welchen zeitlichen Abständen dies zu erfolgen hat, wird den Kantonen überlassen.

Art. 58c KVV verlangt, dass die Planung für die Versorgung von akutsomatischen Krankheiten „leistungsorientiert“ („liéés aux prestations“, „ riferita alle prestazioni“) zu erfolgen hat. Der Ausdruck „leistungsorientiert“ bedeutet das Gleiche wie „leistungsbezogen“ im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG. Dies ergibt sich aus den französischen und italienischen Gesetzestexten, welche in Art. 58c KVV und Art. 49 Abs. 1 KVG die gleichen Ausdrücke verwenden, ebenso aus den Erläuterungen des BAG zu Art. 58c KVV, wo darauf hingewiesen wird, dass sowohl die Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG wie die Planung nach Art. 58c KVV eine Abkehr vom Pflorgetag erlauben sollen²⁹. Für akutsomatische Behandlungen soll also die Spitalplanung auf die Struktur der Fallpauschalen abstellen.

Die neue Bestimmung von Art. 39 Abs. 2 KVG verpflichtet die Kantone zur Koordination ihrer Planungen. Was dies genau bedeutet, wird im Gesetz nicht näher bestimmt. Aus Art. 58d KVV ergibt sich, dass die Kantone insbesondere verpflichtet sind, die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten. Daraus lässt sich implizit ableiten, dass die Kantone zur Erhebung von Daten über die Patientenströme verpflichtet sind. Im Weiteren müssen die Kantone ihre Planungsmassnahmen „mit davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren“ (Art. 58d lit. b KVV). Art. 39 Abs. 2 KVG sieht aber keine Sanktion für den Fall vor, dass die Kantone ihrer Koordinationspflicht nicht genügend nachkommen. Dies im Gegensatz zu Art. 39 Abs. 2bis KVG, der die Kantone im Bereich der Spitzenmedizin zum Erlass einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung verpflichtet und dem Bundesrat die Kompetenz einräumt, anstelle der Kantone zu handeln, wenn diese ihrer Aufgabe nicht „zeitgerecht“ nachkommen.

2.2.1.2 Spitallisten

Das Ergebnis der Spitalplanung ist wie bisher in einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste festzuhalten. Art. 58a Abs. 1 KVV bestimmt, dass sich die Planung auf die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone beziehen muss, welche die Planung erstellen. Gegenstand der Planung sind somit die Leistungen für alle obligatorisch versicherten Personen mit Wohnsitz in den betreffenden Kantonen, unabhängig von einer zusätzlichen Versicherungsdeckung³⁰. Dies schliesst die so genannte unterteilte Spitalliste und den Verzicht auf eine umfassende Planung für obligatorisch versicherte Leistungen in privaten und halbprivaten Abteilungen aus³¹. Keine Planungspflicht besteht hingegen für zusätzliche Leistungen wie zusätzlichen Komfort und freie Arztwahl im Spital³².

²⁷ BAG Kommentar zur KVV S. 7, Artikel 58b

²⁸ BAG Kommentar zur KVV S. 8 Artikel 58b und S. 4 II.2

²⁹ BAG Kommentar zur KVV S. 8 Artikel 58c

³⁰ BAG Kommentar zur KVV S. 7 Artikel 58a

³¹ Botschaft Spitalfinanzierung, 5574

³² Botschaft Spitalfinanzierung, 5567

Die Kantone haben auf ihrer Spitalliste die inner- und ausserkantonalen Spitäler aufzuführen, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind (Art. 58e Abs. 1 KVV). Die Bestimmung sieht keine Ausnahmen vor. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass die Verordnung keine offenen Spitallisten mehr zulässt. Die Spitalliste kann aber nicht als geschlossen im Sinn der bisherigen Rechtsprechung bezeichnet werden, weil die Versicherten nicht nur die freie Wahl unter allen Listenspitälern ihres Wohnkantons, sondern auch unter jenen jedes Standortkantons haben und der Wohnkanton auch bei der Wahl eines solchen Spitals vergütungspflichtig wird (Art. 41 Abs. 1bis KVG, unten 2.2.3.1).

Der mit der Aufnahme in die Spitalliste verbundene Leistungsauftrag ist in erster Linie als Zuweisung eines Leistungsspektrums zu verstehen (Art. 58e Abs. 2 KVV). Nachdem sich die leistungsbezogene Spitalplanung auf die Struktur der Fallpauschalen beziehen soll, wird sich auch das Leistungsspektrum auf diese Struktur zu beziehen haben. Der Leistungsauftrag kann mit bestimmten Auflagen verbunden sein. Diese Auflagen sind als Verpflichtungen zu verstehen, deren Erfüllung eine Voraussetzung für die Aufnahme in die Spitalliste darstellt. In der Botschaft zur Revision der Spitalfinanzierung wird dies mit der Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitalern begründet. Öffentliche Spitäler sollen nicht benachteiligt werden, da diese ihre Patienten und Patientinnen nicht auswählen könnten und einen Grossteil der Kosten für Lehre und Kosten tragen würden³³. Im Gegensatz zum Entwurf des Bundesrates ist die Aufnahmepflicht nun eine Auflage, die bereits nach dem Gesetz für alle Listenspitäler gilt (Art. 41a KVG). Als weitere mögliche Auflage erwähnt die Verordnung nur noch die Pflicht zur Einrichtung eines Notfalldienstes. Weitere Auflagen sind grundsätzlich möglich. Sie müssen aber in Zusammenhang mit einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung stehen³⁴.

Bei der Planung und bei der konkreten Auswahl der Spitäler haben die Kantone wie bis anhin private Trägerschaften „angemessen einzubeziehen“. Die bisher geltenden Grundsätze (Berücksichtigung des Angebots bei der Evaluation der Spitäler, Beachtung der Auswahlkriterien gemäss Sinn und Zweck von Gesetz und Verordnung) sind weiterhin zu beachten. Nachdem der Wortlaut von Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG unverändert ist, gilt auch weiterhin die Feststellung, dass ein angemessener Einbezug weniger weit geht als eine umfassende Berücksichtigung privater Trägerschaften (vorne 2.1.2). Die Aufhebung der Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitalern bei der Mitfinanzierung durch die Kantone bedeutet aber, dass die Kantone alle Spitäler, welche die Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a bis c KVG erfüllen, bei ihrer Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung grundsätzlich gleich zu behandeln haben. Das Gebot der Gleichbehandlung bedeutet, dass Gleiches nach Massgabe seiner Gleichheit gleich und Ungleiches nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich zu behandeln ist. Eine unterschiedliche Behandlung muss also einen sachlichen Grund haben. Der Unterschied in der Trägerschaft eines Spitals (öffentliche oder private Trägerschaft) ist für sich allein kein genügender Grund für eine unterschiedliche Behandlung. Es müssen Gründe zur Sicherung der Versorgung hinzukommen³⁵.

2.2.2 Der Einfluss der übrigen Änderungen des Gesetzes auf die Spitalplanung

Die Bestimmungen von Gesetz und Verordnungen zur Spitalplanung und Spitalfinanzierung sind wie alle Gesetzesnormen immer in ihrem Gesamtzusammenhang zu interpretieren. Aus

³³ Botschaft Spitalfinanzierung, 5575

³⁴ Botschaft Spitalfinanzierung, 5575

³⁵ Hat beispielsweise ein (öffentliches) Spital aufgrund seines umfassenden Angebots eine grosse Bedeutung für die Spitalversorgung in einem bestimmten Gebiet und besteht daneben ein (privates) Spital, welches auf wenige, auch im öffentlichen Spital angebotene Behandlungen spezialisiert ist, kann die ausschliessliche Berücksichtigung des Spitals mit dem umfassenden Angebot zulässig sein, wenn dieses Spital für die Versorgung der Bevölkerung genügt und es in seiner Existenz gefährdet wäre, wenn bisherige Leistungsbereiche nun auch vom zweiten Spital angeboten würden.

diesem Grund sind hier auch kurz jene mit der Revision des KVG vom 21.12.2007 beschlossenen Änderungen zu erwähnen, welche einen Einfluss auf die kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten haben werden. Die konkrete Frage, wieweit diese Änderungen des KVG die Interpretation der bisherigen und der neuen Bestimmungen über die Spitalplanung und Spitalfinanzierung beeinflussen, wird unter Ziffer 3 im Zusammenhang mit der Beurteilung der von den Kantonen beabsichtigten Planungskriterien und Auflagen an die Spitäler zu beantworten sein. Hier sind vorerst diese Änderungen, welche auch die Interessen und das Verhalten der Kantone im Zusammenhang mit ihren Spitalplanungen beeinflussen, kurz in Erinnerung zu rufen.

2.2.2.1 Freie Spitalwahl Art. 41 KVG

Die Versicherten können für stationäre Behandlungen unter den Spitälern auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aber auch unter allen übrigen auf der Spitalliste eines Standortkantons aufgeführten Spitälern frei wählen. Dies war an sich bereits nach dem KVG in der Fassung von 1994 der Fall. Neu ist aber, dass nicht nur der Versicherer sondern auch der Wohnkanton in allen Listenspitälern eine Vergütungspflicht hat. Die Vergütung entspricht höchstens dem Tarif in einem Listenspital des Wohnkantons. Die volle Vergütung ist also immer dann geschuldet, wenn der Tarif in einem Spital des Wohnkantons, welches für die Behandlung ebenfalls geeignet gewesen wäre, höher oder gleich ist wie der Tarif im gewählten Spital (Art. 41 Abs. 1 bis KVG). Eine allfällige Differenz haben die Versicherten selber zu übernehmen. Möglicherweise besteht dafür eine Zusatzversicherung. Zu beachten ist, dass ein „Listenspital des Wohnkantons“ für den Referenztarif massgebend ist. Nach dem bisherigen Recht bildete ein Tarif „im Wohnkanton“ die Referenz. Referenztarif kann also auch der Tarif in einem ausserkantonalen Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons sein.

Behandlungen, die aus medizinischen Gründen nicht in einem Listenspital des Wohnkantons erfolgen können, müssen immer nach dem Tarif im behandelnden Spital vergütet werden (Art. 41 Abs. 3 KVG). In dieser Beziehung ist die bisher geltende Regelung beibehalten worden. Mit Ausnahme von Notfällen ist für solche Behandlungen, nicht aber für die Wahl gemäss Art. 41 Abs. 1 bis, eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.

Es ist damit zu rechnen, dass die Versicherten in stärkerem Mass als heute ausserkantonale Spitäler wählen werden. Für Versicherte mit Wohnsitz in einem Kanton mit einem vergleichsweise hohen Tarifniveau wird dies kein Problem darstellen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass mit der einheitlichen Tarifstruktur die Tarifunterschiede zwischen den Kantonen geringer werden. Dadurch werden auch entsprechende Zusatzversicherungen günstiger, was die Wahl von ausserkantonalen Spitälern weiter begünstigt. Dies wird die Planungssicherheit der Kantone erschweren. Sie können nicht damit rechnen, dass ihre Wohnbevölkerung nur Listenspitäler des Wohnkantons wählen wird.

2.2.2.2 Aufnahmepflicht Art. 41a KVG

Diese Bestimmung ist erst im Differenzbereinigungsverfahren vom Ständerat in die Gesetzesvorlage aufgenommen worden. Sie wurde als Präzisierung im Zusammenhang mit der Einführung der freien Spitalwahl verstanden³⁶. Nach dem Entwurf des Bundesrates sollte die Frage der Aufnahmepflicht im Rahmen der Leistungsaufträge geregelt werden³⁷.

Die Aufnahmepflicht gilt für Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten für alle Versicherten mit Wohnsitz im Standortkanton (Abs. 1). Für Versicherte mit Wohnsitz in einem anderen Kanton gilt die Aufnahmepflicht nur in Notfällen oder aufgrund von Leistungsaufträgen (Abs. 2). Die Kantone haben für die Einhaltung der Aufnahmepflicht zu sorgen.

³⁶ Vgl. das Votum der Kommissionssprecherin (SR Erika Forster-Vannini) AB 2007 S. 759f

³⁷ Botschaft Spitalfinanzierung 5575

Die Regelung der Aufnahmepflicht für Versicherte mit Wohnsitz im Standortkanton eines Listenspitals ist also durch das Gesetz bereits geregelt. Der persönliche Geltungsbereich der Aufnahmepflicht kann somit für Versicherte mit Wohnsitz im Standortkanton nicht in einem Leistungsauftrag eingeschränkt werden. Die Aufnahmepflicht gilt für alle Versicherten, unabhängig davon ob sie im Spital noch zusätzliche Leistungen (höherer Komfort, frei Wahl des Arztes) beanspruchen möchten. Hingegen ist der sachliche Geltungsbereich im Leistungsauftrag zu regeln. Er gilt nur für die im Leistungsauftrag umschriebenen Leistungen.

Nimmt ein Kanton auch ausserkantonale Spitäler in seine Spitalliste auf, hat er im Leistungsauftrag auch die Aufnahmepflicht zu regeln. Hier bleibt Raum für Regelungen, welche weniger weit gehen als die Aufnahmepflicht gemäss Absatz 1.

Die Pflicht der Kantone, für die Einhaltung der Aufnahmepflicht zu sorgen, bedeutet insbesondere, das sie Fällen nachzugehen haben, in welchen von Versicherten oder Versicherern eine Verletzung der Aufnahmepflicht geltend gemacht wird. Häufen sich in einem Spital Fälle einer Verletzung der Aufnahmepflicht, wird der Kanton eine Aufhebung oder Änderung des Leistungsauftrages prüfen müssen.

2.2.2.3 Vergütung der Leistungen Art. 49 und 49a KVG

Unter den Bestimmungen über die Tarife für stationäre Behandlungen und die Abgeltung durch Versicherer und Kantone sind in unserem Zusammenhang vor allem die folgenden Gesetzesänderungen von Interesse:

- Die Vergütung der stationären Behandlung erfolgt nicht mehr auf der Basis von „anrechenbaren Betriebskosten“. Die Tarife sind Preise für eine bestimmte Leistung. Es werden Leistungen vergütet und nicht mehr Kosten gedeckt.
- Die Vergütung erfolgt wie bisher in Form von Pauschalen. Diese müssen aber immer leistungsbezogen sein und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. In der Regel handelt es sich um Fallpauschalen.
- Die bisherige Unterscheidung zwischen Betriebskosten und Investitionskosten entfällt. Mit den Tarifen zur Vergütung der stationären Behandlungen werden auch die Aufwendungen für Investitionen abgegolten.
- Die Regelung von Art. 49 KVG gilt für alle Listenspitäler in gleicher Weise. Die bisherige Unterscheidung zwischen Spitälern, welche von den Kantonen Beiträge an die Betriebskosten erhalten (öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler), und Spitälern ohne Anspruch auf solche Beiträge besteht nicht mehr. Die Kantone müssen in allen Listenspitälern die gesetzlich vorgesehenen Abgeltungen an die stationären Behandlungen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner leisten.
- Die Kantone müssen ihre Vergütungen an die Spitäler nach den Vorgaben des KVG ausrichten. Es gelten die gleichen Regeln wie für die Versicherer. Die Mitfinanzierung der Kantone ist nicht mehr eine Vergütung für Aufwendungen des Spitals, welche anderweitig nicht gedeckt sind (Defizitbeiträge). Der kantonale Anteil ist direkt dem Spital zu bezahlen. Die Modalitäten werden zwischen Kanton und Spital vereinbart.
- Die finanziellen Verpflichtungen der Kantone beruhen auf dem anwendbaren Tarif nach KVG und der Menge der erbrachten Leistungen. Es handelt sich um gesetzlich gebundene Ausgaben. Ihre Höhe kann nicht mehr durch autonome kantonale Finanzbeschlüsse (Festlegung eines Budgets) beeinflusst werden³⁸.

Die Spitäler sind gezwungen, ihren Aufwand für Betrieb und Investitionen den Einnahmen aus den leistungsbezogenen Pauschalen anzupassen. Gelingt ihnen dies nicht, sind sie langfristig in ihrer Existenz gefährdet. Die neue Spitalfinanzierung sowie die Spitalwahlrechte

³⁸ Vgl. aber Art. 51 KVG, dazu bei 3.2.4

der Versicherten verstärkten den Wettbewerb zwischen den Spitälern. In diesem Sinn nimmt die Bedeutung der Spitalplanung für die künftige Entwicklung der Kosten in der Krankenversicherung ab. Auf der anderen Seite haben Spitalplanung und Spitalliste für die Kantone unmittelbare finanzielle Auswirkungen.

2.2.2.4 *Beschwerden gegen Beschlüsse zur Spitalliste Art. 53 KVG*

Beschwerdeinstanz gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spitalplanung und zu den Spitallisten ist nicht mehr der Bundesrat sondern das Bundesverwaltungsgericht³⁹. Zudem sind mit der Änderung des KVG vom 21.12.2007 für die Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen Ausnahmen von den Verfahrensvorschriften des Verwaltungsgerichtsgesetzes⁴⁰ und des BG über das Verwaltungsverfahren⁴¹ erlassen worden (Art. 53 Abs. 2 KVG). Diese dienen der Straffung und der Beschleunigung der Verfahren. Speziell wird für die Beschwerdeverfahren gegen Beschlüsse zur Spitalplanung und zu den Spitallisten die Rüge der Unangemessenheit ausgeschlossen. Zulässig bleibt aber die Rüge der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens.

Die Änderung von Art. 53 KVG stärkt grundsätzlich die Stellung der Kantonsregierungen bei ihren Beschlüssen zur Spitalplanung und zu den Spitallisten. Die Unterscheidung zwischen Überschreitung und Missbrauch des Ermessens einerseits und der Unangemessenheit andererseits liegt nicht eindeutig auf der Hand⁴². Es ist aber doch damit zu rechnen, dass das Bundesverwaltungsgericht eine grössere Zurückhaltung gegen die Aufhebung oder Änderung von Entscheiden der Kantonsregierungen üben wird als dies beim Bundesrat der Fall war. Das dürfte mittelfristig auch zu einer Verringerung der Zahl der Beschwerdeverfahren führen.

2.2.3 Die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21.12.2007

Die leistungsbezogenen Pauschalen müssen spätestens am 1.1.2012 eingeführt werden (Abs.1). Spätestens drei Jahre nach diesem Zeitpunkt müssen die kantonalen Spitalplanungen den Anforderungen von Art. 39 KVG entsprechen. Diese müssen auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3). Die neue Regelung über die Vergütungspflicht der Kantone und der Versicherer tritt auf den gleichen Zeitpunkt wie die leistungsbezogenen Pauschalen, also ebenfalls spätestens am 1.1.2012 in Kraft. Die Kantone haben damit bereits während der Frist zur Anpassung der Spitallisten gemäss Absatz 3 ihren Kostenanteil in allen Spitälern zu übernehmen, die auf den aktuell gültigen Spitallisten aufgeführt sind (Abs. 4).

Die Übergangsbestimmungen zur Spitalplanung und zu den Spitallisten sind für die Kantone vor allem deshalb von Bedeutung, weil sie ab dem 1.1.2012 auf jeden Fall zusammen mit den Versicherern die stationären Behandlungen nach den neuen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung vergüten müssen und zwar in allen Spitälern „auf den aktuell gültigen Spitallisten“. Dies gilt auch für jene Spitäler, welche sich in einer so genannten unterteilten Spitalliste auf der Liste B befinden, für welche unter dem früheren Recht auf eine umfassende Planung verzichtet werden konnte. Auf diesen Listen B befinden sich ausschliesslich Privatspitäler, an welche die Kantone nach dem KVG von 1994 keine Beiträge entrichtet haben. Bei der Erstellung der Listen B sind die Kantone also davon ausgegangen, dass sie in diesen Spitälern nicht beitragspflichtig sind. Ab dem 1.1.2012 werden sie indessen auch in diesen Spitälern vergütungspflichtig, wenn die unterteilten Spitallisten bis dahin nicht durch eine Spitalliste nach neuem Recht ersetzt worden sind.

³⁹ Diese Änderung ist bereits mit dem Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (SR 173.32) am 1.1.2007 in Kraft getreten.

⁴⁰ Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (SR 173.32)

⁴¹ BG vom 20.12.1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021)

⁴² KÖLZ/HÄNER Rz 635

Dieses Übergangsproblem war im Entwurf des Bundesrates anders gelöst. Zunächst sollten die Kantone ihre Spitalplanungen dem neuen Recht anpassen und erst anschliessend sollte die neue Spitalfinanzierung in Kraft treten⁴³. Das Parlament konnte sich erst in der Einigungskonferenz auf die nun Gesetz gewordene Übergangsbestimmung einigen⁴⁴. Dies ist nicht erstaunlich, weil mit der Übergangsregelung ein Interessenkonflikt zwischen Kantonen und Privatspitälern mit grossen finanziellen Auswirkungen zu regeln ist. Dieser Konflikt dauert offenbar noch an. Ein Rechtsgutachten kommt zum Schluss, die Übergangsregelung im KVG lasse eine Anpassung der Spitalisten nach neuem oder bisherigem Recht vor dem 1.1.2012 nicht zu⁴⁵. Im Weiteren wird in diesem Gutachten geltend gemacht, eine gestaffelte Umsetzung sei aus sachlichen Gründen zwingend, weil die Kantone bei der Spitalplanung künftig die bundesrechtlichen Vorgaben bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit berücksichtigen müssten. Die entsprechenden Daten seien erst nach Einführung des neuen Finanzierungsmodells vorhanden. Daraus ergebe sich, dass die kantonalen Spitalplanungen erst nach Ablauf der ersten Phase für die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen in einer zweiten Phase ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2014 gestützt auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit anzupassen seien⁴⁶.

Aus den Übergangsbestimmungen lässt sich nicht ableiten, dass eine Änderung der Spitalisten gestützt auf das bisher geltende Recht vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung nicht mehr zulässig sei. Es versteht sich indessen von selbst, dass eine Anpassung der Spitalisten nach neuem Recht erst nach Inkrafttreten des neuen Rechts möglich ist. Das schliesst aber nicht aus, dass die Kantone vor dem Inkrafttreten ihre Spitalplanungen im Hinblick auf die Gesetzesänderungen vorbereiten dürfen. Die Änderungen des BG vom 21.12.2007 sind grundsätzlich am 1.1.2009 in Kraft getreten. Dies gilt auch für Art. 39 KVG⁴⁷. Dem entsprechend hat der Bundesrat denn auch die Änderungen der KVV auf den 1.1.2009 in Kraft gesetzt.

Aus der Bestimmung von Absatz 3 der Übergangsbestimmungen, wonach die kantonalen Spitalplanungen auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein müssen, kann nicht abgeleitet werden, dass die unter dem früheren Recht aufgestellten Spitalisten noch bis zum 31.12.2014 unverändert in Kraft bleiben müssen, weil die entsprechenden Daten erst nach Einführung des neuen Finanzierungsmodells vorhanden seien. Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass ein Entscheid über die Auswahl unter mehreren Spitälern schon vor der Revision von Art. 39 KVG auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität zu treffen war⁴⁸. Zudem verlangt Absatz 3 der Übergangsbestimmungen die Berücksichtigung des neuen Rechts „spätestens“ innert drei Jahren. Diese Formulierung schliesst ein Moratorium von drei Jahren aus⁴⁹.

⁴³ Botschaft Spitalfinanzierung 5582 und 5598

⁴⁴ Zur Entstehungsgeschichte der Übergangsbestimmungen vgl. KIESER 70f.

⁴⁵ MEYER 20

⁴⁶ MEYER 19

⁴⁷ Die Übergangsbestimmungen enthalten keine Regelung über das Inkrafttreten des revidierten Art. 39 KVG, sondern nur eine Bestimmung, bis wann die kantonalen Spitalplanungen spätestens dem revidierten Art. 39 KVG entsprechen müssen. Für Art. 39 KVG gilt damit Ziffer IV des BG vom 21.12.2007, nämlich das Inkrafttreten auf den 1.1.2009.

⁴⁸ EUGSTER Rz 744 und 755

⁴⁹ Dies im Gegensatz zur Revisionsvorlage vom 19.9.2000, welche vom Nationalrat am 17.12.2003 abgelehnt worden ist. Dort sah die Übergangsregelung ausdrücklich ein Moratorium vor, indem die Kantone verpflichtet werden sollten, bis zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems das Leistungsangebot der öffentlichen und privaten Institutionen zu berücksichtigen, das dem Stand ihrer Spitalplanung vom 1. Januar 2003 entsprach. Vgl. AB 2003 S 1099 und 1104.

3 Planungskriterien und Auflagen der Kantone

3.1 Grundlegende Änderungen im Verhältnis zwischen Kantonen und Spitälern

Die Änderung der Spitalfinanzierung führt zu grundlegenden Änderungen im Verhältnis der Kantone zu den Spitälern. Es sind zwar immer noch die Kantone, welche gestützt auf ihre Spitalplanungen und Spitallisten entscheiden, welche Spitäler als Leistungserbringer der OKP zugelassen sind. Aufgehoben wird aber bisher geltende Unterscheidung zwischen Spitälern, welche die Kantone mitfinanzieren müssen (öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler) und Spitälern mit privater Trägerschaft, welche als zugelassene Leistungserbringer gelten, aber keinen Anspruch auf eine Mitfinanzierung durch die Kantone haben.

Die Kantone können nicht mehr wie bisher den „angemessenen Einbezug“ von Privatspitälern ohne finanzielle Folgen für ihren eigenen Finanzhaushalt grosszügig interpretieren, oder Privatspitäler für private und halbprivate Abteilungen sogar ohne Spitalplanung in eine unterteilte Spitalliste aufnehmen. Gleichzeitig wird die Mitfinanzierung der Listenspitäler für die Kantone zu einer gesetzlich gebundenen Aufgabe, deren Höhe durch kantonales Recht nicht mehr direkt beeinflusst werden kann.

Gleichzeitig sind die Privatspitäler stärker daran interessiert, auf die kantonalen Spitallisten zu gelangen, beziehungsweise auf den bestehenden Spitallisten zu verbleiben. Sie befürchten aber, die Kantone könnten versucht sein, sie bei der Aufnahme auf die Spitallisten im Vergleich zu den (kantonseigenen) öffentlichen Spitälern zu benachteiligen. Aus den Empfehlungen der GDK und den Gesetzesentwürfen des Kantons Waadt lässt sich zudem herauslesen, dass die Kantone versuchen, einerseits ihren Einfluss auf die Investitionsentscheide der öffentlichen Spitäler zu behalten und diesen Einfluss auch auf die Listenspitäler mit privater Trägerschaft auszudehnen.

Es überrascht daher nicht, dass der Einfluss der Änderungen des KVG auf die Stellung der Privatspitäler Gegenstand von Rechtsgutachten ist⁵⁰. Ohne auf diese Gutachten im Einzelnen einzugehen, sei hier folgendes festgehalten. Der Interessenkonflikt zwischen den Spitälern, speziell den Privatspitälern, und den Kantonen ist unter konsequenter Berücksichtigung der neuen rechtlichen Ausgangslage und deren Einfluss auf das System des KVG als Ganzes zu entscheiden. Beim Entscheid über eine konkrete Interpretationsfrage sind immer auch die ordnungspolitischen Grundsätze des KVG zu berücksichtigen. Mit Bezug auf die Stellung der Spitäler sind dies vor allem folgende Grundsätze:

- Die neue leistungsbezogene Finanzierung der Spitäler unter Einschluss der Investitionskosten geht von einer unternehmerischen Selbstverantwortung der Spitäler aus. Das KVG verlangt zwar nicht ausdrücklich die rechtliche Verselbständigung der öffentlichen Spitäler. Es geht aber von einer klaren Aufgabenteilung zwischen den Spitälern als selbständige Leistungserbringer und den Kantonen als Mitfinanzierer der Leistungen aus.
- Die mit der Aufnahme auf die Spitalliste zu erteilenden Leistungsaufträge an die Spitäler sind nach Massgabe des Bundesrechts auszugestalten. Bei der Beurteilung von kantonalen Regelungen wird deshalb klar zu unterscheiden sein zwischen Auflagen in den Leistungsaufträgen, welche den Listenspitälern nach den Vorgaben des Bundesrechts und unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Gleichbehandlung zu erteilen sind, und Auflagen ausserhalb des Leistungsauftrages im Sinne des KVG, welche die Kantone bei öffentlichen Spitälern gestützt auf autonomes kantonales Recht und bei Spitälern mit einer privatrechtlichen Trägerschaft allenfalls gestützt auf das Gesellschaftsrecht oder die Statuten der Gesellschaft verlangen können.
- Die Pflicht der Kantone zur Mitfinanzierung der stationären Behandlung in allen Listenspitälern bedeutet, dass auch die Listenspitäler im Gegenzug den Grundsatz der Gleichbehandlung für alle in der OKP versicherten Personen zu beachten haben. Unterstrichen

⁵⁰ DUCOR PHILIPPE/WISARD NICOLAS und MEYER BEAT

wird dieses Gebot zur Gleichbehandlung durch den Ausschluss von so genannten unterteilten Spitallisten. Damit kommt deutlicher als bisher zum Ausdruck, dass das KVG nicht zwischen allgemein versicherten Personen in einer allgemeinen Abteilung und Privatpatienten in einer Privatabteilung sondern zwischen Leistungen der OKP und zusätzlichen Leistungen unterscheidet⁵¹ und dass der Grundsatz des Tarifschutzes für Leistungen der OKP unabhängig davon gilt, ob eine in der OKP versicherte Person noch zusätzliche Leistungen beansprucht⁵².

3.2 Die Empfehlungen der GDK

Der Vorstand der GDK hat am 14.5.2009 Empfehlungen zur Spitalplanung beschlossen. Diese Empfehlungen sind für die Kantone nicht bindend. Sie sind auch nicht in der Art eines Gesetzes und nach gesetzestechnischen Methoden formuliert und in diesem Sinne auch weniger präzise als ein Gesetz. Das bedeutet, dass sie nicht wie ein Gesetzestext analysiert und beurteilt werden können. Verschiedene Fragen werden sich erst anhand eines formellen Beschlusses abschliessend beurteilen lassen.

3.2.1 Leistungsorientierte Spitalplanung (Empfehlung 1)

a) Leitfaden für eine leistungsorientierte Planung

Dass die Spitalplanung für akutsomatische Krankheiten leistungsorientiert sein muss, ergibt sich aus Art. 58c lit. a KVV. Leistungsorientiert ist wie erwähnt (2.2.1.1) gleichbedeutend mit „leistungsbezogen“ im Sinne von Art. 49 Abs. 1 KVG. Die Planung und die Leistungsaufträge sollen sich deshalb an der Struktur der Fallpauschalen orientieren (vgl. auch 3.1.2). Das im Leitfaden der GDK dargestellte Planungsmodell⁵³ deckt sich grundsätzlich mit den Vorstellungen über den Ablauf der Versorgungsplanung nach Art. 58b KVV.

b) Datengrundlagen

Nach Art. 58b Abs. 1 KVV haben die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln und sich dabei namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche abzustützen. Nach den Empfehlungen der GDK können die Kantone provisorische Ergebnisse des BFS, müssen diese jedoch nicht zur Ermittlung von Angebot heranziehen. Wenn für eine bestimmte Frage lediglich provisorische Ergebnisse des BFS vorliegen, diese einigermaßen plausibel erscheinen, und keine anderen Angaben für eine nachvollziehbare Begründung verfügbar sind, müssen provisorische Ergebnisse berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für eine Planung, die auf den 1.1.2012 oder kurz danach wirksam werden soll. Zwar sehen die Übergangsbestimmungen kein Moratorium für die Anpassung der Spitallisten an das neue Recht vor (2.2.3), aber wenn ein Kanton nicht bereit oder in der Lage sein sollte, die Anpassung seiner bisherigen Spitalliste an das neue Recht in nachvollziehbaren Schritten objektiv zu begründen, weil er dafür noch keine ausreichenden Daten hat, dann kann von ihm verlangt werden, dass er die Anpassung der Spitalliste erst nach vollständiger Ausnützung der in den Übergangsbestimmungen eingeräumten Frist vornimmt.

c) Separate Beschlüsse für Spitalplanung und Leistungsaufträge

Nach den Empfehlungen können Spitalplanung und Erteilung von Leistungsaufträgen separate Beschlüsse sein, die auch separat angefochten werden müssten. Es ist indessen davon auszugehen, dass auch unter dem neuen Recht die Spitalplanung nicht getrennt von der Spitalliste angefochten werden kann⁵⁴. Gegenstand einer Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht muss eine Verfügung im Sinn von Art. 5 VwVG sein⁵⁵. Eine Verfügung ist immer

⁵¹ Zu beachten ist auch die Änderung von Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG, welcher bezüglich der versicherten Leistungen für die Kosten des Aufenthalts nicht mehr vom „Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals“ sondern vom „Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung“ spricht.

⁵² MOSER, SZS 51/2007, 456

⁵³ GDK Leitfaden S. 8

⁵⁴ Darauf wird auch in einer Fussnote der Empfehlungen hingewiesen, GDK Empfehlungen 3

⁵⁵ Art. 31 VGG;

eine Anordnung im Einzelfall. Ein Entscheid über die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste mit einem bestimmten Leistungsauftrag erfüllt diese Voraussetzungen. Die Spitalplanung ist aber noch keine Verfügung, solange damit im Einzelfall noch nicht über die Aufnahme beziehungsweise die Nichtaufnahme auf die Spitalliste entschieden worden ist.

d) Leistungsauftrag als hoheitlicher Akt

Eine Verfügung ist ein hoheitlicher Akt. In der Begründung zur Empfehlung 1 wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass das BG über das öffentliche Beschaffungswesen beim Entscheid über die Leistungsaufträge nicht anwendbar sei und dass im Beschwerdeverfahren die Rüge der Unangemessenheit nicht zulässig sei⁵⁶. Dies trifft zu. Die Kantonregierungen bleiben aber an die Bestimmungen des VwVG gebunden. Dazu zählt insbesondere der Grundsatz des rechtlichen Gehörs. Zudem ist wie bereits erwähnt (2.2.2.4) die Unterscheidung zwischen der zulässigen Rüge des Ermessensmissbrauchs und der unzulässigen Rüge der Unangemessenheit fließend. Der hoheitliche Akt bleibt also durchaus justiziabel.

3.2.2 Leistungsspektrum (Empfehlung 2)

Die Ausführungen in der Empfehlung 2 bezüglich der Umschreibung des Leistungsspektrums in den einzelnen Leistungsaufträgen bewegen sich im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben für eine leistungsorientierte Spitalplanung.

Bei der konkreten Formulierung der Leistungsaufträge ist sowohl aus medizinischen wie aus betriebswirtschaftlichen Gründen darauf zu achten, dass ein Spital schliesslich für bestimmte, in sich geschlossene Leistungsbereiche und nicht nur für einzelne Fallpauschalen innerhalb eines Leistungsbereichs für die OKP zugelassen wird. Diese Anforderung steht auch im Zusammenhang mit der Aufnahmepflicht. Im Zeitpunkt einer Spitaleinweisung liegt sehr oft noch keine detaillierte Diagnose vor. Allzu detaillierte Formulierungen des Leistungsbereichs bergen immer die Gefahr, dass diese Lücken aufweist. Dies spricht für eine breit gefasste Umschreibung von Leistungsbereichen und gegen eine Auflistung von einzelnen DRG's. Die Zuweisung von Leistungsbereichen schliesst aber nicht aus, dass im Sinne einer „Negativliste“ bestimmte komplexe Fälle, für welche ein Spital nicht über die erforderlichen Fachpersonen oder Einrichtungen verfügt, ausdrücklich ausgenommen werden.

Die Pflicht zu einer leistungsorientierten Spitalplanung schliesst nicht aus, dass im Leistungsauftrag auch eine Aussage über die Kapazität zur Aufnahme von Patienten gemacht wird, also die Feststellung, welche Zahl von Patienten das Spital pro Tag stationär betreuen kann (Bettenzahl). Diese Feststellung ist deshalb bedeutsam, weil die Spitäler im Rahmen ihrer Kapazitäten eine Aufnahmepflicht haben (vgl. auch 3.2.5)

3.2.3 Mindestfallzahlen (Empfehlung 3)

Die Umschreibung von Mindestfallzahlen ist in Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV ausdrücklich vorgesehen. Sie stützt sich auf die in Art. 39 Abs. 2ter erwähnten Planungskriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität. Die konkrete Festlegung von Mindestfallzahlen muss deshalb der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit dienen. Im Vordergrund steht das Kriterium der Qualität. Es ist allgemein anerkannt, dass die Qualität einer medizinischen Behandlung auch von Erfahrung und Routine abhängig ist. Mindestfallzahlen finden sich mit dieser Begründung auch in der KLV als Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern für bestimmte Behandlungen⁵⁷. Die Festlegung von Mindestfallzahlen ist deshalb grundsätzlich gesetzeskonform.

⁵⁶ GDK Empfehlungen 3

⁵⁷ Vgl. z.B. Anhang 1 zur KLV, 1.2. Isolierte Lebertransplantation. Zugelassen sind Zentren, die über die nötige Infrastruktur und Erfahrung verfügen (Mindestfrequenz zehn Lebertransplantationen pro Jahr).

3.2.4 Mengensteuerung (Empfehlung 4)

Die GDK empfiehlt neben Mindestfallzahlen auch eine direkte Mengensteuerung⁵⁸ durch Begrenzung des Leistungsauftrages auf eine maximale Anzahl Fälle. Sie weist aber selber darauf hin, dass eine zu rigide Mengensteuerung strukturerhaltend bzw. wettbewerbshemmend wirken kann und dass auch die Gefahr einer Angebotsverknappung und der Rationierung besteht. Als Sanktion bei einer Überschreitung eines definierten Maximalwertes zieht die GDK einen degressiven Tarif bei den Fallpauschalen in Betracht.

In den Spitalplanungen nach bisherigem Recht ist den zugelassenen Spitälern sehr oft eine bestimmte Anzahl Betten zugewiesen worden, welche von den Spitälern nicht überschritten werden durfte. Damit sollte in den Spitälern die Behandlungskapazität eingeschränkt werden. Es ist an sich nahe liegend, nun bei der leistungsorientierten Spitalplanung die Anzahl Behandlungsfälle zu begrenzen. Allerdings weist die GDK selber auf die damit verbundenen Probleme hin. Die Sanktion könnte nicht darin bestehen, dass bei Überschreiten einer definierten Anzahl von Behandlungsfällen keine weiteren Fälle mehr vergütet werden dürfen. Abgesehen davon, dass die Spitalplanung nicht das Recht der Versicherten auf die Vergütung von Behandlungen aufheben kann, würde eine solche Sanktion auch ins Leere laufen. Die Versicherten haben die freie Wahl unter allen Listenspitälern in der Schweiz. Könnte eine Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons wegen einer Mengenbegrenzung nicht durchgeführt werden, läge ein medizinischer Grund für die Behandlung in einem anderen Spital mit voller Vergütungspflicht des Wohnkantons nach Art. 41 Abs. 3 und 3bis KVG vor.

Die GDK schlägt als Sanktion bei Überschreitung einer bestimmten Anzahl Fälle einen degressiven Tarif vor. Ein solches Vorgehen ist aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen begründet. Allerdings können die Kantone nicht auf dem Weg der Spitalplanung in die Festlegung von Tarifen eingreifen. Diese sind grundsätzlich zwischen Spitälern und Versicherern zu vereinbaren. Der in den Empfehlungen vorgeschlagenen Mengensteuerung fehlt deshalb die gesetzliche Grundlage.

Das mit der Mengensteuerung letztlich angestrebte Ziel einer Kostensteuerung könnte unter Umständen durch das Globalbudget nach Art. 51 KVG erreicht werden. Das Globalbudget begrenzt nicht die Anzahl der zu vergütenden Fälle sondern es limitiert die Gesamtkosten der stationären Behandlung in allen Spitälern des Kantons. Ob und wie weit ein kantonales Globalbudget mit den Grundsätzen der neuen Spitalfinanzierung und Wahlfreiheit nach Art. 41 Abs. 1bis KVG vereinbar ist, bedürfte allerdings einer eingehenden Untersuchung.

Nach den Empfehlungen der GDK kann im Leistungsauftrag auch festgehalten werden, welche Leistungen in der Regel ambulant erbracht werden müssen. Eine solche Auflage kann nicht Gegenstand eines Leistungsauftrages über die stationäre Behandlung sein. Gibt es in der einheitlichen Tarifstruktur für eine bestimmte Diagnose eine Fallpauschale, dann kann die entsprechende Behandlung stationär durchgeführt werden, wenn sie medizinisch indiziert ist. Jede von der OKP zu vergütende Leistung muss allerdings wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer müssen ihre Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Diese Grundsätze sind auch bei einem Entscheid, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, zu beachten. In zahlreichen Fällen kann es aus Gründen der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit geboten sein, eine bestimmte Behandlung ambulant durchzuführen. Das KVG stellt aber klare Regeln auf, wer diese Grundsätze im konkreten Fall zu beachten hat, nämlich die Leistungserbringer (Art. 56 Abs. 1 KVG). Gleichzeitig legt das Gesetz auch die Sanktionen bei Verletzung dieser Pflicht fest (Art. 56 Abs. 2 – 4 KVG). Massnahmen, welche zur Sicherstel-

⁵⁸ Zur indirekten Mengensteuerung durch Limitierungen von Behandlungskapazitäten und Ausrüstung vgl. 3.2.9

lung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen dienen, können in Tarifverträgen vereinbart werden (Art. 56 Abs. 5 KVG).

3.2.5 Aufnahmepflicht (Empfehlung 5)

Die Empfehlungen der GDK gehen davon aus, dass die Kantone im Leistungsauftrag punktuell Ausnahmen von der allgemeinen Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG vorsehen können. Erwähnt werden Ausnahmen nach der Patientenstruktur, indem die Aufnahmepflicht beispielsweise als erfüllt betrachtet wird, „wenn die Leistungen gemäss Leistungsauftrag für mindestens 50% der Patienten ausschliesslich über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden“. In der Begründung zur Empfehlung⁵⁹ vertritt die GDK die Meinung, im Leistungsauftrag könne die Aufnahmepflicht für ausschliesslich allgemein versicherte Patienten eingeschränkt werden, sofern mindestens ein bestimmter Prozentsatz solcher Patienten aufgenommen werde. Als ausschliesslich allgemein versichert gelten nach den Empfehlungen der GDK Patienten, „für welche die stationären Leistungen bei vollem Tarifschutz einzig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung fakturiert werden, d.h. ohne Zuzahlung für erhöhten Hotelleriendstandard und / oder erweiterte Wahlfreiheit betreffend Arzt oder Termin“⁶⁰.

Diese Empfehlung widerspricht dem klaren Wortlaut von Art. 41a KVG, wonach alle Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten verpflichtet sind, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht). Die Spitäler haben „im Rahmen ihrer Leistungsaufträge“ eine Aufnahmepflicht. Dies bedeutet, dass die Aufnahmepflicht innerhalb des im Leistungsauftrag umschriebenen Leistungsspektrums der OKP gilt. Art. 41a Abs. 1 KVG lässt sich nicht so auslegen, dass im Leistungsauftrag die Aufnahmepflicht von der Bereitschaft der Patienten zur Inanspruchnahme von Zusatzleistungen abhängig gemacht werden kann.

In den Empfehlungen der GDK wird die Auffassung vertreten, die postulierten Ausnahmen von der Aufnahmepflicht seien zulässig, weil der Kommentar des BAG zu Art. 58b Abs. 2 und 3 KVV die Unterscheidung nach Versichertenstatus zulasse. Aus dem Kontext des Kommentars und seinem vollständigen Wortlaut wird aber deutlich, dass dort Zusatzkosten erwähnt sind, welche sich aus der eingeschränkten Vergütungspflicht nach Art. 41 Abs. 1bis KVG bei der Wahl eines ausserkantonalen Spitals ergeben können⁶¹. Daraus kann nicht geschlossen werden, dass Art. 41a KVG Ausnahmen von der Aufnahmepflicht aufgrund des Versicherungsstatus als „allgemein versicherter Patient“ zulasse.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass das KVG den Begriff des „allgemein versicherten Patienten“ oder von „allgemein versicherten Leistungen“ nicht kennt. Das KVG garantiert allen Versicherten die Vergütung der „obligatorisch versicherten Leistungen“ (vgl. 3.1). Bestimmten Spitälern im Leistungsvertrag für ein definiertes Leistungsspektrum Ausnahmen von der Aufnahmepflicht einzuräumen, verletzt den Grundsatz der Gleichbehandlung⁶².

⁵⁹ GDK Empfehlung 8f.

⁶⁰ GDK Empfehlungen 8, Empfehlung 5 Buchstabe c.

⁶¹ Der Kommentar bezieht sich auf Art. 58b Abs. 3 KVV, wonach die Kantone verpflichtet werden, bei ihrer Planung inner und ausserkantonale Einrichtungen zu berücksichtigen, damit die Versorgung gewährleistet ist. Er lautet wie folgt: „Jede versicherte Person, die keine Zusatzkosten für eine Behandlung übernehmen möchte oder kann, muss die Möglichkeit haben, für das vollständige Leistungsspektrum eine Behandlung entweder in einem auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten Spital oder in einer anderen Einrichtung in Anspruch zu nehmen; letzteres aus medizinischen Gründen nach Artikel 41 Absätze 3 und 3bis mit Kostengutsprache des Wohnkantons bzw. weil der Tarif nicht höher liegt als derjenige für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons.“ BAG Kommentar KVV 8

⁶² Art. 41a KVG bietet keine Grundlage für eine Unterscheidung zwischen Spitälern, die „mit einem öffentlichen Leistungsauftrag gemäss Art. 41a KVG generell der Aufnahmepflicht“ unterstehen und anderen Spitälern, die von dieser Pflicht entbunden werden können, „weil die Aufnahmepflicht inkl. Notfalldienst hinreichend durch andere

Die Aufnahmepflicht der Spitäler besteht nur im Rahmen ihrer Kapazitäten. Könnte deshalb im Leistungsauftrag unterschieden werden zwischen einer Kapazität zur Aufnahme für einen Aufenthalt entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG) und einer Kapazität zur Aufnahme mit einem höheren Standard? Und könnte deshalb ein Spital die Aufnahme mit der Begründung ablehnen, seine Kapazitäten für eine Aufnahme nach dem Standard der allgemeinen Abteilung seien erschöpft? Die Kapazität zur Aufnahme bezieht sich auf die Leistungen der OKP, also in erster Linie auf die Kapazität für Untersuchungen, Behandlungen und Massnahmen der Pflege. Ist das Spital in der Lage diese Leistungen zu erbringen, kann das Spital nicht geltend machen, seine Kapazitäten zur Erbringung dieser Leistungen seien prioritär für Patienten und Patientinnen reserviert, welche auch noch Zusatzleistungen beanspruchen. Möchte ein Spital sich so verhalten können, muss es sich für den Status eines Vertragsspitals entscheiden. Als Listenspital ist es gegenüber allen Versicherten der OKP an die Aufnahmepflicht gebunden.

3.2.6 Notfallaufnahme (Empfehlung 6)

Die Empfehlung geht in Übereinstimmung mit Art. 58e Abs. 3 KVV davon aus, dass das Führen einer Notfallaufnahme beziehungsweise eines Notfalldienstes⁶³ im Leistungsvertrag näher zu regeln ist. Ebenso trifft es zu, dass diese Dienstleistung nicht notwendigerweise eine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG darstellt. In speziellen Fällen kann unter Umständen im Leistungsvertrag trotzdem eine zusätzliche Vergütung vorgesehen werden, beispielsweise wenn in einem dünn besiedelten Gebiet trotz einer geringen Zahl von Notfällen Vorhalteleistungen verlangt sind, welche mit den anwendbaren Tarifen nach KVG nicht finanziert werden können.

3.2.7 Wirtschaftlichkeit und Qualität (Empfehlung 7 und 8)

Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualität halten sich in ihren allgemein gehaltenen Formulierungen an die Vorgaben von Art. 39 Abs. 2ter KVG und Art. 58 KVV. Eine abschliessende Beurteilung wird aber erst anhand der konkreten Anwendung möglich sein. Zutreffend ist der Hinweis, dass die bisherige Rechtsprechung zu Tariffragen nicht ohne weiteres auf die Erteilung von Leistungsaufträgen übertragen werden kann.

Grundsätzlich ist es richtig, dass der Leistungsauftrag zur Qualitätssicherung auch Auflagen bezüglich Infrastruktur und Personaldotation machen kann und die Spitäler zur Messung für Vergleiche der Qualität mit anderen Spitälern angehalten werden können. Auflagen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler finden sich bereits in Art. 49 Abs. 7 KVG. Etwas fraglich ist der Verweis auf weitere Kriterien, die „sich nicht in der pekuniären Dimension fassen und daher nicht direkt mit der Wirtschaftlichkeit in Beziehung setzen lassen“ und welche der Kanton in eigenem Ermessen in eine Gesamtbeurteilung einbeziehen könne⁶⁴.

Das Bundesverwaltungsgericht wird sich bei der Beurteilung von Beschwerden, gerade weil die Rüge der Unangemessenheit unzulässig ist, stark an formale Kriterien halten wie insbesondere:

- Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der herangezogenen Daten
- Keine Berücksichtigung von sachfremden Kriterien
- Nachvollziehbares Vorgehen und Einbezug der betroffenen Spitäler bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen durch den Kanton
- Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit bei Auflagen an die Spitäler

Leistungserbringer in der näheren Umgebung abgedeckt werden“ So die Begründung zur Empfehlung 5 der GDK, vgl. GDK Empfehlungen 8f.

⁶³ Die Empfehlungen verwenden den Ausdruck Notfallaufnahme und nicht Notfalldienst, ohne den Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen näher darzulegen.

⁶⁴ GDK Empfehlungen 10

- Vollständige und objektive Begründung der Entscheide unter Beachtung des rechtlichen Gehörs
- Beachtung des Grundsatzes der rechtsgleichen Behandlung im Verfahren und im materiellen Entscheid

3.2.8 Datenlieferung (Empfehlung 9)

Die Spitäler sind bereits gestützt auf Art. 22a KVG zur Datenlieferung an die Bundesbehörden, insbesondere an das Bundesamt für Statistik verpflichtet. Zudem sind alle Listenspitäler gestützt auf Art. 49 Abs. 7 KVG zur Führung einer Kostenrechnung und Leistungsstatistik verpflichtet. Diese Verpflichtungen müssen deshalb in den Leistungsaufträgen nicht nochmals erwähnt werden. Beide Bestimmungen lassen grundsätzlich keinen Raum für zusätzliche kantonale Regelungen im Bereich der Datenlieferung. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass ausschliesslich der Bundesrat gestützt auf Art. 49 Abs. 8 KVG die Wirtschaftlichkeitsvergleiche zwischen den Spitälern anordnet. Er hat dies aber in Zusammenarbeit mit den Kantonen zu tun. Nach dem früheren Recht waren die Kantone ermächtigt, von sich aus solche Betriebsvergleiche anzuordnen. Ein von der GDK ausgearbeitetes Modell für Wirtschaftlichkeitsvergleiche müsste deshalb vom Bundesrat umgesetzt werden.

3.2.9 Auslösen von Investitionen (Empfehlung 10)

Die Empfehlungen sehen vor, dass der Leistungsauftrag der Kantone „Anforderungen in Bezug auf die Einhaltung von spitalübergreifenden Gebäude- und Geräteplanungen sowie ein Bewilligungsverfahren für das Auslösen von Investitionen beinhalten“ kann. In der Begründung zur Empfehlung wird ausgeführt, dass der Entscheid über das Auslösen von Investitionen zwar keine Frage der Spitalplanung sei, dass die Frage aber mit Blick auf die finanziellen Konsequenzen für die Leistungserbringung wichtig sei und deshalb von den Kantonen aktiv geregelt werden sollte.

Der Zweck der Spitalplanung ist die Zulassung von Spitälern zur Tätigkeit für die OKP. Die Spitalplanung dient der Leistungscoordination, der optimalen Nutzung der Ressourcen und dem Abbau von Überkapazitäten⁶⁵. Sie ist also durchaus ein Instrument zur Eindämmung der Kosten der OKP. Ist aber ein Spital einmal zugelassen, so ist dieses selber für eine optimale Nutzung seiner eigenen Ressourcen und für eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität verantwortlich. Führen die Kantone eine Bewilligungspflicht für Investitionen in Gebäude und in medizinische Geräte ein, greifen sie in unternehmerische Entscheide des Spitals ein und übernehmen damit auch die entsprechende Verantwortung. Solche Eingriffe wären im System eines nationalen oder eines kantonalen Gesundheitsdienstes möglich, nicht aber im System des KVG, das klar zwischen Leistungserbringern und der Finanzierung der Leistungen unterscheidet.

Der Gesetzgeber war sich zudem bereits vor dem Erlass des KVG des Unterschieds zwischen Spitalplanung und Geräteplanung bewusst⁶⁶. Die Frage ist im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung erneut diskutiert worden. Eine Bewilligungspflicht für „die Inbetriebnahme von Grossanlagen und anderen spitzenmedizinischen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich öffentlicher und privater Spitäler“ ist vom Nationalrat ausdrücklich abgelehnt worden⁶⁷. Ein Bewilligungsverfahren für das Auslösen von Investitionen in Spitälern lässt sich deshalb nicht auf die Spitalplanung und den gestützt darauf erteilten Leistungsauftrag gemäss Art. 39 KVG abstützen. Ein solches Vorgehen ist, wie die GDK selber feststellt, mit dem Zweck von Art. 39 KVG nicht vereinbar. Es liesse sich allenfalls bei öffentlichen Spitälern auf die Eigentümerrechte des Kantons abstützen. Die Kantone müssen sich aber bewusst sein, dass sie damit ihre eigenen Spitäler an sich benachteiligen, indem

⁶⁵ Botschaft zum KVG, BBl 1992 I 167, EUGSTER, Rz 743

⁶⁶ Vgl. Fussnote 3

⁶⁷ AB 2007 N 436 und 438

dort im Vergleich zu Privatspitälern für den Spitalbetrieb nötige Investitionsentscheide verzögert oder gar verhindert werden.

3.2.10 Investitionskostenbeiträge (Empfehlung 11)

Die Spitäler sollen dazu verpflichtet werden, die in den Vergütungen für die stationäre Behandlung berücksichtigten Anteile zur Abgeltung von Anlagenutzungskosten in der Ertragsrechnung und in der Bilanz gesondert auszuweisen. Die Zweckbindung dieser Erträge für Unterhalt, Erneuerung und Ersatzinvestitionen soll im Leistungsauftrag festgehalten werden.

Die Empfehlung ist im Grundsatz berechtigt. Die Spitäler sollen ihre Einnahmen zur Abgeltung von Investitionskosten auch für diesen Zweck verwenden und dies auch transparent ausweisen können. Allerdings werden die Spitäler bereits gestützt auf Art. 49 Abs. 7 KVG dazu verpflichtet, ihre Betriebs- und Investitionskosten nach einheitlicher Methode zu ermitteln. Der Bundesrat hat dazu eine spezielle Verordnung erlassen⁶⁸. Das Anliegen des KVG nach einheitlichen Methoden der Rechnungsführung würde durch zusätzliche Regelungen in kantonalen Leistungsaufträgen durchlöchert.

Nach den Empfehlungen der GDK soll sich die Zweckbindung der Investitionsbeiträge auf Ersatzinvestitionen, nicht aber auf Erweiterungen beziehen. Eine solche Empfehlung widerspricht wie die Bewilligungspflicht für Investitionen der unternehmerischen Freiheit und Verantwortung der Spitäler (vgl. 3.2.9). Im Übrigen ist die Unterscheidung zwischen Ersatz und Erweiterung bei zahlreichen Investitionen, insbesondere bei der Anschaffung von medizinischen Einrichtungen und Geräten, sehr schwer zu treffen. Medizinischer und der technischer Fortschritt führen dazu, dass Neuinvestitionen praktisch immer auch zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten eröffnen und zu einer höheren Effizienz führen. Sie sind also nie bloss Ersatz des Bisherigen.

3.2.11 Arbeitsbedingungen (Empfehlung 12)

Nach den Empfehlungen können die Spitäler aufgefordert werden, ihre Personal- und Besoldungsreglemente transparent darzulegen. Die Arbeitsbedingungen sollen auch in die Evaluation der Wirtschaftlichkeit im Zusammenhang mit der Erteilung von Leistungsaufträgen einfließen. Eine solche Empfehlung ist sachlich gerechtfertigt. Sie lässt sich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit auf Art. 39 KVG abstützen.

Den Kantonen wird zudem empfohlen, in den Leistungsaufträgen die Einhaltung von öffentlichen Personal- und Besoldungsreglementen oder die Einhaltung von gesamtarbeitsvertraglichen Regelungen zu verlangen. Für öffentliche Spitäler sind solche Regelungen ohne weiteres möglich. Für Spitäler mit einer privatrechtlichen Trägerschaft kann die integrale Übernahme von öffentlichen Besoldungsordnungen kaum verlangt werden. Wieweit bei Privatspitälern gestützt Art. 39 KVG oder gestützt auf eine andere gesetzliche Grundlage der Abschluss von Gesamtarbeitsverträgen verlangt werden kann, bedürfte einer vertieften Abklärung. Dies auch unter Berücksichtigung des Arbeitsvertragsrechts.

3.2.12 Ausbildungsleistungen (Empfehlung 13)

Die Kosten für Forschung und universitäre Lehre dürfen nicht in die Vergütungen für stationäre Behandlungen eingeschlossen werden (Art. 49 Abs. 3 KVG). Sie sind deshalb, wie dies die Empfehlungen festhalten, Gegenstand spezieller kantonalen Regelungen.

Gemäss den Empfehlungen gelten alle übrigen Leistungen der Aus- und Weiterbildung nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG und sind deshalb grundsätzlich nach den Regeln von Art. 49 KVG zu finanzieren. Aus diesem Grund empfiehlt

⁶⁸ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002, SR 832.104

die GDK, Aus- und Weiterbildungsleistungen der Spitäler als Auflage in den Leistungsaufträgen zu umschreiben.

Diese Empfehlung ist in folgendem Sinn zu relativieren: Art. 49 Abs. 3 KVG umschreibt die gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht abschliessend. Es wäre deshalb mit dem KVG durchaus vereinbar, auch bestimmte Leistungen der Spitäler im Bereich der nicht universitären Aus- und Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistungen von der Vergütungspflicht durch die OKP auszunehmen. Nachdem diese Vergütungspflicht auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Struktur beruhen muss, ist diese Frage durch die Organisation im Sinne von Art. 49 Abs. 2 zu entscheiden. Soweit solche Aus- und Weiterbildungsleistungen tatsächlich in die Vergütungen nach Art. 49 KVG eingeschlossen sind, muss auch dafür gesorgt werden, dass alle Spitäler solche Leistungen in gleicher Weise erbringen. Eine entsprechende Überprüfung ist unter Umständen bereits gestützt auf die Kosten- und Leistungsdaten möglich, welche die Spitäler gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG abzuliefern haben. Sollte dies nicht genügen, macht es Sinn, die entsprechenden Auflagen in die kantonalen Leistungsaufträge aufzunehmen und deren Einhaltung auf diesem Weg zu überprüfen.

3.2.13 Erreichbarkeit und interkantonale Patientenströme (Empfehlung 14)

Die Erreichbarkeit eines Spitals für die Bevölkerung kann durchaus ein Kriterium dafür sein, ein bestimmtes Spital auf die Spitalliste aufzunehmen. Dies ergibt sich aus Art. 58b Abs. 4 lit. b. KVV.

Dass die Kantone, welche ausserkantonale Spitäler auf ihre Spitalliste aufnehmen, dies dem Standortkanton melden sollen, versteht sich von selbst. Eine Übersicht über die interkantonalen Patientenströme wird sich aber nicht aus diesen Meldungen ergeben, sondern aus Auswertungen der entsprechenden Angaben aus den Spitälern.

3.3 Die Gesetzesentwürfe des Kantons Waadt vom 20.1.2010

Das Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) des Kantons Waadt hat am 28. Januar 2010 das Vernehmlassungsverfahren für eine Teilrevision des Gesetzes über die Planung und Finanzierung von Spitälern und Pflegeheimen von öffentlichem Interesse⁶⁹ eröffnet. Unter Spitälern von öffentlichem Interesse versteht dieses Gesetz alle Spitäler, welche aufgrund der kantonalen Spitalplanung als notwendig für die stationäre Versorgung betrachtet werden. Faktisch handelt es sich also um jene Spitäler mit öffentlicher oder privater Trägerschaft, welche schliesslich auf die Spitalliste nach Art. 39 KVG aufgenommen werden⁷⁰. Von den im Gesetzesentwurf enthaltenen Vorschlägen für eine Anpassung des Gesetzes an die neue Spitalfinanzierung nach KVG sind hier die folgende Themen näher zu prüfen.

3.3.1 Gewinnerorientierung der Listenspitäler

Die Vernehmlassungsvorlage unterbreitet zur Frage der Gewinnerorientierung der Spitäler zwei Varianten

Variante A

Die Aufnahme auf die Spitalliste setzt voraus, dass das Spital als gemeinnützige Institution organisiert ist. Privatspitäler, welche nicht nach dem Grundsatz der Gemeinnützigkeit organisiert sind, müssen sich in zwei eigenständige Gesellschaften aufspalten, in eine Gesellschaft mit einem kommerziellen und eine weitere mit einem gemeinnützigen Zweck. Wird einem Privatspital nur für einen Teil seiner Tätigkeit ein Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 KVG erteilt, kann unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit vom Erforder-

⁶⁹ Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public

⁷⁰ Nachdem sich der Begriff der Spitäler von öffentlichem Interesse im Sinne des kantonalen Gesetzes schliesslich mit jenem der Listenspitäler im Sinne des KVG deckt, verwenden wir im Folgenden den bisher verwendeten Begriff „Listenspitäler“.

nis der Gründung von zwei Gesellschaften abgewichen werden.

Variante B

Auf das Erfordernis der Gemeinnützigkeit wird verzichtet. Dafür wird auch für die Privatspitäler eine strikte Kontrolle über die Verwendung ihrer für Investitionen reservierten Einnahmen und ihrer Investitionsentscheide eingeführt. Für öffentliche Spitäler besteht diese Möglichkeit auch gestützt auf die allgemeinen Aufsichtsrechte der Behörden über öffentliche Institutionen⁷¹.

Die Variante A bedeutet, dass Privatspitäler sich als Gesellschaften mit einem gemeinnützigen Zweck organisieren müssen, wenn sie einen Anspruch auf vollständige Vergütung der stationären Behandlungen durch die OKP haben wollen. Privatspitäler mit einem kommerziellen Gesellschaftszweck könnten höchstens als Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a Abs. 4 KVG tätig sein. Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG verlangt eine angemessene Berücksichtigung privater Trägerschaften von Spitälern. Die Bestimmung ist mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung unverändert beibehalten worden. Man war sich bereits beim Erlass des KVG bewusst, dass zwar nicht alle aber doch zahlreiche Spitäler mit einer privaten Trägerschaft als gewinnorientierte Gesellschaften organisiert sind. Bei der Revision der Spitalfinanzierung hat der Nationalrat einen Antrag ausdrücklich abgelehnt, mit welchem verlangt worden ist, den angemessenen Einbezug von Privatspitälern nicht mehr ausdrücklich zu verlangen⁷². Der Gesetzgeber war sich also bewusst, dass er mit dem Gesetz auch Privatspitälern und zwar auch solchen mit einer kommerziellen Zielsetzung ermöglicht, Leistungen der OKP zu erbringen. Die Kantone müssen diesen Willen des Gesetzgebers respektieren.

3.3.2 Investitionskontrolle

Als Kompensation für eine Zulassung von Privatspitälern mit einer kommerziellen Zielsetzung sieht der Gesetzesentwurf des Kantons Waadt eine strikte Kontrolle über die Verwendung der aus den Fallpauschalen nach Art. 49 KVG eingenommenen Vergütungen, insbesondere des für Investitionen reservierten Anteils vor. Im Gesetzesentwurf ist ausdrücklich auch die Einführung einer Bedürfnisklausel und eine Genehmigungspflicht für Anschaffung neuer Geräte vorgesehen (Art. 4g Abs. 5 des Entwurfs).

Diese Vorschläge bewegen sich im Rahmen der Empfehlungen 10 und 11 der GDK. Bereits dort ist darauf hingewiesen worden, dass die Spitäler zwar verpflichtet sind, ihre Einnahmen zur Abgeltung von Investitionskosten auch für diesen Zweck zu verwenden und sie dies auch nachweisen müssen. Eine Pflicht zur vorgängigen Genehmigung von Investitionsentscheiden durch eine kantonale Instanz, lässt sich indessen nicht auf das KVG abstützen.

Das Gesundheitsdepartement des Kantons Waadt geht offenbar davon aus, dass die Spitäler bei stationären Behandlungen im Rahmen der OKP übermässige Gewinne erwirtschaften können. Es will deshalb gewinnorientierte Spitäler entweder nicht zur Tätigkeit im Rahmen der OKP zulassen oder zumindest durch strenge Kontrollen dafür sorgen, dass solche auch aus der Mitfinanzierung durch den Kanton erzielte Gewinne nach den Vorgaben des Kantons für Zwecke der OKP verwendet werden. Die Tarife der OKP sind indessen so auszugestalten, dass damit eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Aus den Vergütungen der OKP dürften deshalb keine übermässigen Gewinne resultieren. Entstehen hingegen Gewinne aus Zusatzleistungen, welche das Spital gestützt auf einen mit dem Patienten oder der Patientin abgeschlossenen Vertrag erbringt, liegt gestützt auf das KVG keine Grundlage für eine Intervention des Kantons vor. Nach der bisherigen Praxis kommt es indessen auch

⁷¹ Das CHUV ist keine selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts sondern ein Bereich des kantonalen Gesundheitsdepartements

⁷² AB 2007 N 427

vor, dass die Spitäler bei so genannten Privat- oder Halbprivatpatienten für Leistungen der OKP eine Zusatzrechnung stellen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind solche Zusatzrechnungen in der vor Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung geltenden Fassung des KVG mit dem Grundsatz des Tarifschutzes vereinbar⁷³. Sollte diese Rechtsprechung für das KVG in der Fassung vom 21.12.2007 bestätigt werden, wären Bestrebungen der Kantone zur Kontrolle der Verwendung von Gewinnen, die aus Zusatzrechnungen für Leistungen der OKP entstehen, aus sozialpolitischer Sicht verständlich. Eine solche Regelung würde aber der heute dem KVG zugrunde liegenden Aufgabenteilung zwischen den Spitälern und den Kantonen widersprechen.

3.4 Vorschriften über die Gewinnverwendung

In den Kantonen gibt es Bestrebungen, den Spitälern Vorschriften über die Verwendung ihrer Gewinne zu machen, die wie folgt umschrieben werden: Weist ein Spital über alle Bereiche einen Gewinn aus, wird dieser zu 50% abgeschöpft und in einen Fonds gelegt. Weist ein Spital einen wesentlich geringeren überschuss aus als vergleichbare Betriebe legt der Kanton die Abgabe fest. Der Fonds wird bis zu einer gestimmten Höhe geauftet, dann werden die Beiträge gesenkt solange der Fonds einen bestimmten Minimalbestand nicht unterschreitet. Die den Spitälern verbleibenden Gewinnanteile sind den Reserven zuzuschreiben, bis das Eigenkapital 20% des Gesamtumsatzes erreicht hat. Der Fonds dient der Vorfinanzierung von Investitionen der zugelassenen Spitäler, sowie der Finanzierung von für die Versorgung notwendigen Spitälern, welche die Vollkostendeckung nicht erreichen und anderweitig nicht finanziert werden. Spitäler die weniger als 30% ihres Gesamtumsatzes im stationären Bereich mit staatlichem Leistungsauftrag erwirtschaften, müssen nur für diese Leistungseinheiten 50 % des Gewinns abliefern und die im Betrieb verbleibenden 50% nicht den Reserven zuweisen. (Privilegierung der Privatspitäler!).

Solche Bestrebungen stehen in Widerspruch zum Bundesrecht. Der den Kantonen im KVG erteilte Auftrag, die Spitäler gestützt auf Spitalplanungen zur Tätigkeit für die obligatorische Krankenversicherung zuzulassen, bietet keine Grundlage, um einen Teil des Gewinns der Spitäler in einen gemeinsamen zweckgebundenen Fonds abzuführen. Bereits im Zusammenhang mit der Frage einer Bewilligungspflicht für das Auslösen von Investitionen (Ziffer 3.2.9) ist darauf hingewiesen worden, dass die Kantone mit den Leistungsaufträgen im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG nicht in unternehmerische Entscheide der Spitäler eingreifen können. Das Gleiche gilt für Gewinnabschopfungen und Umverteilungen von Gewinnen zwischen den Spitälern. Damit würde die mit der neuen Spitalfinanzierung angestrebte Abkehr von objektbezogenen Subventionen an die Spitäler teilweise wieder rückgängig gemacht. Es ist das ausdrückliche Ziel der Gesetzesrevision, mit einer leistungsbezogenen Finanzierung den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu verstarken⁷⁴. Mit einer teilweisen Gewinnabschöpfung und einer Umverteilung dieser Gewinne zwischen den Spitälern würde deshalb die Spitalfinanzierung in grundlegender Weise geändert. Dies bedürfte einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage im KVG selbst. Die Kantone können solche Regelungen nicht in eigener Kompetenz erlassen.

Das mit der Errichtung eines Fonds unter anderem angestrebte Ziel, die in der neuen Spitalfinanzierung enthaltene Abgeltung der Investitionen faktisch abzusichern, kann wie bereits erwähnt (Ziffer 3.2.10) durch entsprechende Vorschriften über die Rechnungsführung der Spitäler erreicht werden. Eine Gewinnabschöpfung zugunsten von Spitälern, welche in einer bestimmten Region für die Versorgung notwendig sind, welche aber wegen zu geringer Fallzahlen ihre Fixkosten mit den Fallpauschalen nicht decken können, wäre hingegen auch

⁷³ BGr 9C-725/2008 (9.11.2009) und 9C-383/2009 (9.3.10). Nach meiner Auffassung widersprechen solche Zusatzrechnungen für Leistungen der OKP bereits nach dem KVG in der Fassung von 1994 dem Grundsatz des Tarifschutzes, vgl. MOSER, Der Tarifschutz bei einer stationären Behandlung von Privatpatienten.

⁷⁴ Botschaft zur Spitalfinanzierung BBl 2004, 5569

sachlich verfehlt. Dies würde nämlich bedeuten, dass die übrigen Spitäler im betreffenden Kanton ein Anliegen der Regionalpolitik finanzieren müssen. Der betreffende Kanton würde so seine Standortspitäler im Wettbewerb mit den Spitälern anderer Kantone (siehe Art. 41 Abs. 1 bis KVG!) insgesamt schwächen.

Literaturverzeichnis

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93ff.

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBl 204, 5551ff.

Bundesamt für Gesundheit, Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut. (BAG Kommentar zur KVV)

DUCOR PHILIPPE/WISARD NICOLAS, Avis de droit sur le projet de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi sur la santé publique (LSP) visant à mettre en œuvre les révisions LAMal sur le financement hospitalier et le financement des soins de longue durée, 2010 (nicht publiziert)

EUGSTER GEBHARD, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2. Auflage 2007, S. 339ff.

GDK, Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, 2007

GDK, Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung, 2005

KIESER UELI, Spitalliste und Spitalfinanzierung, Auswirkungen der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung), AJP/PJA 1/2010, 61 ff.

KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Auflage 1998

MEYER BEAT, Auswirkungen der 3. KVG-Revision auf die Spitalplanung und Spitallisten, 2009 (nicht publiziert)

MARKUS MOSER Der Tarifschutz bei einer stationären Behandlung von Privatpatienten, in „Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge“ (SZS) 2007 Heft 4 + 5.

Abkürzungsverzeichnis

AB	Amtliches Bulletin – Die Wortprotokolle von Nationalrat und Ständerat
BFS	Bundesamt für Statistik
BGr	Bundesgericht
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, SR 101
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995, SR 832.112.31
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1995, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, SR 832.102
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10
VGG	Verwaltungsgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005, SR 173.32
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, SR 832.104
VwVG	BG über das Verwaltungsverfahren, SR 172.021