



Bern, 28. Januar 2026

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung der Postulate 15.3464 Cassis vom 6. Mai 2015, 17.4160 Carobbio Guscetti vom 14. Dezember 2017, 19.3423 SGK-N vom 3. Mai 2019, 23.4275 de Montmollin vom 29. September 2023 und 24.3029 Wyss vom 26. Februar 2024

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Zusammenfassung	4
1 Ausgangslage	10
1.1 Parlamentarische Vorstösse.....	11
1.2 Allgemeine Kompetenzverteilung im Gesundheitsbereich	14
1.3 Vorgehen und Einbezug der Akteure.....	14
1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts	15
2 Investitionen der Schweizer Spitäler	16
2.1 Vergangene Investitionen der Spitäler	16
2.2 Analyse der geplanten Investitionen der Spitäler	18
2.3 Kantonale Perspektive und Handlungsmöglichkeiten.....	21
2.4 Fazit und Handlungsbedarf.....	23
3 Grundzüge der kantonalen Spitalplanung.....	25
3.1 Allgemeine Vorgaben und Empfehlungen	25
3.2 Bedarfsermittlung	27
3.3 Zuteilung der Leistungsaufträge	35
3.4 Verfahrensführung.....	43
3.5 Über- und Unterversorgung.....	45
3.6 Fazit und Handlungsbedarf.....	51
4 Mehrfachrolle der Kantone	60
4.1 Planungsbehörde.....	60
4.2 Öffentliche Trägerschaften	62
4.3 Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsbehörde	63
4.4 Finanzierungsakteur	64
4.5 Fazit und Handlungsbedarf.....	65
5 Interkantonale Koordination	67
5.1 Rechtlicher Rahmen	67
5.2 Formen der Koordination	69
5.3 Hochspezialisierte Medizin	74
5.4 Fazit und Handlungsbedarf.....	75
6 Gesamtwürdigung	84
Literaturverzeichnis	86

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AvS	«ambulant vor stationär»
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesgerichts
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SR 101)
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CT	Computertomographie
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppe)
EBITDA	Earning Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EI	Exportindex
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GDZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HRR	Hospital Referral Regions (Spitalreferenzregionen)
HSA	Hospital Service Areas (Spitaleinzugsgebiete)
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten)
ITAR_K	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)
KS	Krankenhausstatistik
LI	Lokalisationsindex
minN	Mindestfallzahl
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Magnetresonanztomographie)
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MSI	Market Share Index

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
REKOLE	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SPECT	Single-photon emission computed tomography (Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie)
SPLB	Spitalplanungs-Leistungsbereiche
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppen
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)
VwVG	Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (SR 172.021)

Zusammenfassung

Der starke Kostenanstieg im Gesundheitswesen belastet besonders die privaten und öffentlichen Haushalte. In den hier behandelten Postulaten wird davon ausgegangen, dass die steigenden Gesundheitskosten im stationären Bereich auf versorgungspolitische Ineffizienzen (d.h. insbesondere Überkapazitäten) zurückzuführen sind. Demzufolge würden dieser vermeintlich schlechten Ressourcenallokation folgende Ursachen zugrunde liegen: die problematische Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen als Regulator, Leistungserbringer und Zahler; die Überkapazitäten und unnötigen Investitionen in die Infrastruktur und Technologien der Spitäler; das Fehlen verlässlicher Modelle und Zukunftsszenarien für eine optimale stationäre Versorgung; und schliesslich die mangelnde interkantonale Koordination der Spitalplanungen.

Die Spitalplanung ist eine hochkomplexe Angelegenheit, an der viele Akteure (Patienten, Spitäler, Versicherer, Kantone, Bund) beteiligt sind. Dabei spielen zahlreiche unterschiedliche, zum Teil zusammenhängende Faktoren eine Rolle. Daher ist der Bundesrat der Ansicht, dass eine separate Behandlung der oben genannten Themenfelder ein unvollständiges Bild der Herausforderungen vermitteln würde und dass eine gemeinsame Behandlung dieser Fragestellungen angezeigt ist. Der vorliegende Bericht hat somit zum Ziel, diese unterschiedlichen (Lösungs-)Ansätze zu vertiefen und einen allfälligen Handlungsbedarf zu identifizieren. Zu diesem Zweck hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwei Studien zur Untersuchung der Investitionen der Schweizer Spitäler durchführen lassen, um einerseits die bisher getätigten Investitionen zu analysieren und andererseits die geplanten Investitionen in Erfahrung zu bringen. Zudem hat das BAG eine umfassende Umfrage zu zahlreichen Aspekten der Spitalplanung bei den Kantonen durchgeführt. Aufgrund dieser Grundlagenarbeiten und der sich daraus ergebenden Analyse formuliert der Bundesrat Empfehlungen zuhanden der Kantone. Dabei sind die in der Bundesverfassung festgelegten Kompetenzen zu berücksichtigen. So beschränkt sich die Kompetenz des Bundes grundsätzlich auf die Regelung der Kranken- und Unfallversicherung; die Kantone sind dafür zuständig, die Versorgung ihrer Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Was die Investitionen der Spitäler anbelangt, liefern die Grundlagenarbeiten keine Hinweise dafür, dass zwischen den Spitälern ein Wettlauf der Investitionen stattfindet, welcher zu Überkapazitäten führen würde. Die Analyse der vergangenen Investitionen zeigt, dass die Spitäler Investitionszyklen durchlaufen. Ebenso geht aus ihr hervor, dass sich die Struktur der Investitionen in den letzten Jahrzehnten verändert hat: der Anteil der Investitionen in medizintechnische Anlagen und Informatik ist stark gestiegen. Diese allgemeine Tendenz wird auch für die geplanten zukünftigen Investitionen bestätigt. Obwohl die Daten in diesem Bereich zum Teil unvollständig sind, sieht der Bundesrat im Bereich der Spitalinvestitionen keinen Handlungsbedarf. Er ist sich hingegen bewusst, dass in der Schweiz ein grosses Angebot an medizinisch-technischen Geräten herrscht. Diese Problematik muss jedoch gesamthaft betrachtet werden, weil viele solcher Geräte von Arztpraxen und ambulanten Zentren betrieben werden und nicht nur von Spitälern. Ein Spital kann seine Kosten grundsätzlich nur dann decken, bzw. seine Investitionen nur dann amortisieren, wenn es die damit generierten Leistungen in wirtschaftlicher Weise erbringen kann. Im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bestehen daher für die Spitäler keine Anreize, Überinvestitionen zu tätigen.

Der Markt im Gesundheitswesen ist von einem Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen geprägt. Dieser Markt ist u.a. durch eine angebotsinduzierte Nachfrage gekennzeichnet.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

net; zudem spielen die Preise für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung, insbesondere im stationären Bereich, eine führende Rolle übernimmt (BBI 2004 5551 S. 5587). Wenn der Kanton die Kosten der KVG-Leistungen zu wesentlichen Teilen mitfinanzieren muss, ist es zudem legitim, dass ihm auch die Verantwortung zukommt, die Zulassung der Leistungserbringer, die Art und Weise der Versorgung und die Höhe der Kosten mitzusteuern. In den letzten Jahren haben verschiedene Faktoren dazu beigetragen, mögliche Interessenkonflikte, die sich aus der Mehrfachrolle der Kantone ergeben, zu entschärfen. So muss der Kanton als Planungsbehörde klare bundesrechtliche Vorgaben erfüllen; gegen seine Entscheide können sowohl die betroffenen Spitäler wie auch neu Versichererverbände beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben. Weiter ist der Kanton in seiner Rolle als Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsbehörde an die Vorgaben der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Tarife gebunden; derzeit laufen Arbeiten der Tarifpartner und Kantone zur Entwicklung einer schweizweit einheitlichen Methodik für sachgerechte Effizienzvergleiche bei Spitälern. Mit der Reform zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen wird die Rolle des Kantons als Finanzierungsakteur in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung gleich geregelt; so werden die heute geltenden Finanzierungsunterschiede und die sich daraus ergebenden Fehlanreize beseitigt. Die Kantone haben dadurch einen finanziellen Anreiz, eine gesamtheitliche Versorgungsplanung vorzunehmen. Zudem hat sich die Rolle des Kantons als Eigentümer von Spitaleinrichtungen mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012, d.h. mit dem System der Pauschalvergütung, grundlegend geändert. Für die Kantone besteht der klare Anreiz, ihre Leistungsaufträge an jene Institutionen zu vergeben, welche die Anforderungen am effizientesten erfüllen. Diese Massnahmen haben zum Teil schon erhebliche Veränderungen in der stationären Spitallandschaft bewirkt.

Die Kantone verfügen bei diesen zentralen Aufgaben jedoch weiterhin über einen beträchtlichen Spielraum, zum Beispiel bei der genauen Ausgestaltung der massgeblichen Kriterien für die Vergabe der Leistungsaufträge, bei den Zuschüssen an die Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) oder in der Ausgestaltung ihrer Rolle als Eigentümer von Spitaleinrichtungen. Die Kantone haben nichtsdestotrotz kein finanzielles Interesse, unzumutbare oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten. Erfolgt dies trotzdem, so die Botschaft zur damaligen Reform zur Spitalfinanzierung, geschieht es nicht im Interesse der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), sondern aufgrund eines anderen Interesses des Kantons. Damit wird auch verdeutlicht, dass die Kantone im Bereich der Spitalplanung nicht nur rein wirtschaftliche Ziele verfolgen. Spitalplanungsentscheide sind politische Entscheide und stellen als solche das Ergebnis einer Abwägung zwischen unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Zielen dar. Insofern muss der Vorwurf, die Mehrfachrolle der Kantone führe zwangsläufig zu Interessenkonflikten sowie zu Wettbewerbsverzerrungen, relativiert werden. Dass die Kantone bzw. ihre Exekutivinstanzen in diesem Bereich eine Mehrfachrolle einnehmen und unterschiedliche Interessen – d.h. nicht nur rein wirtschaftliche Interessen – verfolgen, liegt bis zu einem gewissen Ausmass in der Natur der Sache. Mit den oben beschriebenen Massnahmen wurde die Problematik der Mehrfachrolle der Kantone schon auf mehreren Ebenen entschärft. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass keine zusätzlichen Regelungen in diesem Bereich erforderlich sind.

In den letzten Jahren wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um die unterschiedlichen kantonalen Praxen im Bereich der Spitalplanung zu vereinheitlichen. Dies geschah namentlich einerseits

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

auf Bundesebene durch die Weiterentwicklung der Planungskriterien 2021 und andererseits auf interkantonaler Ebene durch die Aktualisierung der Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in den Jahren 2022 und 2025. Mit diesen Vorgaben bzw. Empfehlungen wird nicht nur die Vereinheitlichung durch die Festsetzung von Mindestanforderungen vorangetrieben, sondern auch die Klarheit und Transparenz des Spitalplanungsverfahrens gefördert. So fand beispielsweise bei der Planungssystematik eine gewisse Vereinheitlichung statt. Eine weitere Vereinheitlichung der Planungssystematik wäre aus Sicht des Bundesrats jedoch begrüssenswert. Zudem verwendet die überwiegende Mehrheit der Kantone zur Bedarfsermittlung in ihrer Spitalplanung das Prognosemodell des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) oder das Prognosemodell des Kantons Zürich, die eine ähnliche Methodik aufweisen. Beide Prognosemodelle stützen sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (demografische, epidemiologische, medizintechnische und ökonomische Entwicklungen sowie Korrektur für eine allfällige Fehlversorgung). In diesem Rahmen werden auch eine vertiefte Analyse der Patientenströme durchgeführt und insbesondere Indikatoren berechnet, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen. Aus Sicht des Bundesrats gilt es zu überprüfen, ob die Einführung eines schweizweiten einheitlichen Prognosemodells im Sinne einer weiteren Vereinheitlichung angebracht wäre. Zudem soll überprüft werden, welche zusätzliche Daten bzw. Datengrundlagen zu einer Verbesserung der Bedarfsermittlung führen würde, darunter insbesondere Daten zum ambulanten Bereich. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, ob eine bessere Berücksichtigung der Entwicklung im spitalambulanten Bereich angebracht wäre und wie diese erzielt werden könnte, auch im Sinne einer gesamtheitlichen Versorgungsplanung.

Nach der sorgfältigen Bedarfsermittlung muss der Kanton die Leistungserbringer bewerten und auswählen. Die Kriterien für die Zuteilung der Leistungsaufträge wurden sowohl in der Rechtsprechung als auch im Bundesrecht präzisiert. Die Kantone müssen bei dieser Auswahl insbesondere die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist berücksichtigen. Auch hier sieht der Bundesrat vereinzelt Verbesserungspotenzial und empfiehlt den Kantonen, zu überprüfen, ob diese Kriterien einer Präzisierung bedürfen, z.B. mit der Festlegung von gemeinsamen Richtwerten. Dadurch soll einerseits eine Harmonisierung der Praxis der Kantone, andererseits eine Klärung – insbesondere vor dem Hintergrund der Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht – erzielt werden. So könnte eventuell die schweizweite Festlegung von Richtwerten für die minimale Erreichbarkeit angebracht sein. Hinsichtlich Wirtschaftlichkeit laufen derzeit Arbeiten der Tarifpartner und Kantone zur Entwicklung einer schweizweit einheitlichen Methodik für sachgerechte Effizienzvergleiche bei Spitälern. Diese Arbeiten werden durch den Bund begleitet und sehen schon eine schweizweit einheitliche Regelung auf Bundesebene vor. Schliesslich sind im Bereich der Qualität Verbesserungen anzustreben: so könnten die Zweckmässigkeit einer schweizweiten einheitlichen Festlegung von Richtwerten (inkl. Mindestfallzahlen) für die Beurteilung der Qualität einerseits, sowie der Evaluation der Qualität via Ergebnisqualitätsindikatoren andererseits, überprüft werden und die Vergleichbarkeit der Qualität der Spitäler mittels einheitlichen, schweizweiten Qualitätsindikatoren weiter vorangetrieben werden.

Die Kantone sind verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Die unterschiedlichen Planungshorizonte stellen für eine wirksame interkantonale Koordination aber ein bedeutendes Hindernis dar. Der Bundesrat empfiehlt daher den Kantonen, mögliche Ansätze für eine bessere zeitliche Koordination ihrer Spitalplanungen zu erarbeiten, z. B. im Rahmen von grösseren Versorgungsregionen.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Das Spitalplanungsverfahren hat sich in den letzten zwanzig Jahren stark professionalisiert. In diesem Rahmen haben auch die verfahrensrechtlichen Aspekte an Bedeutung gewonnen. So ist das Bewerbungsverfahren zum integralen Bestandteil des Verfahrens geworden; dabei muss das rechtliche Gehör der sich bewerbenden Leistungserbringer gewährleistet werden. Gegen Spitalistenbeschlüsse kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Einerseits sollen die hier geltenden Rahmenbedingungen die nötige Flexibilität gewährleisten, um die Berücksichtigung und Gewichtung der unterschiedlichen Ausgangslagen, Bedürfnisse und Entwicklungen im Gesundheitsbereich zu ermöglichen. Andererseits muss die Spitalplanung nachvollziehbar wie auch wirksam sein; dies erfordert die Festlegung von objektiven Kriterien wie auch deren Vereinheitlichung und die Kontrolle ihrer Einhaltung. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die bestehenden Regelungen zur Verfahrensführung dieser schwierigen Ausgangslage angemessen Rechnung tragen.

Angesichts ihrer Tragweite wurde die Frage der Überversorgung vertieft untersucht. Das erste und wirksamste Instrument, um einer allfälligen Überversorgung vorzubeugen bzw. diese abzubauen, ist eine sorgfältig durchgeführte Spitalplanung. So sehen die angewendeten Prognosemodelle in der Phase der Bedarfsermittlung insbesondere bei einer allfälligen Überversorgung Korrekturen vor. Anschliessend muss bei der Zuteilung der Leistungsaufträge das Potenzial der Konzentration von Leistungen berücksichtigt werden; das verfügbare Angebot wird über die Anzahl der erteilten Leistungsaufträge gesteuert. Zudem können die Kantone spezifische Massnahmen, insbesondere Massnahmen zur Mengensteuerung, gegen eine allfällige Überversorgung ergreifen. Es zeigt sich aber, dass in der Praxis zum Teil schwierig zu bestimmen ist, inwiefern eine Fehlversorgung vorliegt. Um geeignete Massnahmen überhaupt einleiten zu können, ist eine genaue und möglichst präzise Beurteilung bzw. Analyse der Versorgungssituation unerlässlich. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Bundesrat den Kantonen, die Instrumente bzw. Indikatoren zur Erkennung einer Fehlversorgung weiterzuentwickeln; in diesem Rahmen könnten beispielsweise Untersuchungen zu den Ursachen von regionalen Versorgungsunterschieden oder die Erarbeitung von Indikatoren zur Indikationsqualität angestossen werden.

Nach Artikel 39 Absatz 2 KVG koordinieren die Kantone ihre Planung. Diese Koordinationspflicht wurde auf Verordnungsebene präzisiert. Weiter hat das Bundesverwaltungsgericht zum Inhalt dieser gesetzlichen Koordinationspflicht klare Richtlinien festgelegt. Eine beschwerdeberechtigte Partei kann die Verletzung der Koordinationspflicht vor dem Bundesverwaltungsgericht geltend machen. Somit besteht für die Kantone ein starker Anreiz, ihre Spitalplanungen entsprechend zu koordinieren.

Infolgedessen haben interkantonale Koordinationsbemühungen in allen Bereichen der Spitalplanung zugenommen. Im vorliegenden Bericht wird aufgezeigt, dass sich diese Bemühungen nach der Einführung der Koordinationspflicht lange eher auf methodische und prozedurale Aspekte sowie den Austausch zu Patientenströmen konzentrierten, was zur Harmonisierung der kantonalen Spitalplanungen wesentlich beitrug. So wurden gemeinsame Konzepte und Standards interkantonale erarbeitet (GDK-Empfehlungen, Spitalplanungsleistungsgruppen-Konzept des Kantons Zürich, Anwendung von gleichen oder ähnlichen Prognosemodellen, Datenqualität, Anwendung von gleichen oder ähnlichen Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen) und damit auch die nötigen Grundlagen für weitergehende Projekte geschaffen. In den letzten Jahren fand eine Intensivierung und vor allem eine Vertiefung der Koordinationsaktivitäten statt. Bisher hatten sich solche weitgehende Koordinationsprojekte vorwiegend auf die gemeinsam erbrachte Leistungserbringung in Spitalverbunden konzentriert (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais, neu kam auch der Spitalverbund Luzern/Nidwalden dazu). Nun wird auch eine gemeinsame Spitalplanung vermehrt in Betracht gezogen. In dieser Hinsicht haben das Psychiatriekonkordat zwischen Schwyz, Uri und Zug

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

sowie die gemeinsamen Spitalplanungen in den Regionen GGR (Basel-Stadt und Basel-Landschaft) einerseits, sowie ARAISG (Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen) anderseits Vorbildcharakter.

Eine vertiefte interkantonale Koordination, z.B. im Sinne von gemeinsamen Spitallisten, steht aber erst am Anfang. Als Hürden für eine vertiefte interkantonale Koordination nennen die Kantone unterschiedliche Faktoren, darunter unterschiedliche Ausgangssituationen, den damit verbundenen Mehraufwand, mögliche Interessenskonflikte oder regionalpolitische Interessen. Regionalpolitische Interessen sind mit einer überkantonalen Konzentration des Angebots bzw. einhergehenden Spitalschliessungen nicht immer vereinbar. Spitalschliessungen führen in der Bevölkerung zu kontroversen und emotionalen Debatten. Vor diesem Hintergrund ist es fraglich, ob und inwieweit eine vom Bund verordnete Konzentration der Spitallandschaft in der Bevölkerung auf Akzeptanz stossen würde. Die Akzeptanz der Bevölkerung – die mit Prämien und Steuergeldern die Spitalversorgung schliesslich finanziert und diese auch benutzt – ist in dieser Hinsicht ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine Konzentration der Spitallandschaft, die in der Wahrnehmung der Bevölkerung «von oben» erzwungen ist, provoziert demgegenüber Widerstand. Eine gesamtschweizerische Spitalplanung durch den Bund stünde zudem im Widerspruch mit der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen. Der Bundesrat ist deshalb grundsätzlich der Ansicht, dass die Spitalplanung weiterhin den Kantonen obliegen soll.

Zugleich ist der Bundesrat aber der Auffassung, dass bei der Koordination der Spitalplanungen unter den Kantonen noch Optimierungspotenzial besteht, das es zu nutzen gilt. Angesichts des ökonomischen Drucks in zahlreichen Spitälern und des steten Prämienanstiegs wird es ohne eine vertiefte, intensivere Zusammenarbeit über die Kantons Grenzen hinweg noch schwieriger werden, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten sicherstellen zu können. Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des Bundesrats insbesondere der Ansatz von Versorgungsregionen durch die Kantone voranzutreiben. Es bestehen statistische Methoden, die anhand der konkreten Patientenströme sinnvolle Versorgungsregionen definieren. So können z.B. im Schweizer Versorgungsatlas Analyseregionen eingesehen werden, welche die relevanten Versorgungsräume der Schweizer Bevölkerung basierend auf den bestehenden Patientenströmen gut repräsentieren. Der Bundesrat empfiehlt den Kantonen daher, zu überprüfen, ob eine Vereinheitlichung von Teilaspekten der kantonalen Spitalplanung (z.B. die zeitliche Koordination) und/oder die Erarbeitung einer gemeinsamen Spitalplanung für spezialisierte Leistungen auf dem jeweiligen Gebiet solcher Versorgungsregionen angebracht wären.

Schliesslich wird die Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM), welche gemäss KVG gesamtschweizerisch zu erfolgen hat und von den Kantonen gemeinsam beschlossen wird, im vorliegenden Bericht näher erläutert. Aus Sicht der Kantone hat sich die gemeinsame Planung in der HSM gut bewährt. Der Bundesrat kam 2022 auch zum Schluss, dass angesichts der positiven Entwicklung in diesem Bereich bis auf weiteres kein Grund besteht, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Der Bundesrat ist dennoch der Ansicht, dass hinsichtlich der angestrebten Konzentration möglicherweise bei den Zuordnungen als auch teilweise bei den Zuteilungen weiterhin Potenzial besteht und empfiehlt der Plenarversammlung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), das Konzentrationspotenzial in der HSM vertieft zu überprüfen und die allenfalls nötigen Massnahmen zu ergreifen.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Angesichts der vorliegenden Auslegeordnung darf festgehalten werden, dass aus Sicht der Kostendämpfung auch im stationären Bereich Verbesserungspotenzial besteht. Entsprechende Arbeiten, insbesondere zur Umsetzung der revidierten GDK-Empfehlungen vom 27. November 2025, sind bei den Kantonen bereits im Gange und werden vom Bundesrat mit seinen Empfehlungen unterstützt. Der Bundesrat wird die konkreten Umsetzungsarbeiten der Kantone verfolgen und auf dieser Basis entscheiden, ob eine weitere Präzisierung der heutigen Rahmenbedingungen bis hin zu einer gesamtschweizerischen Spitalplanung, wie dies schon heute im Bereich der HSM vorgesehen wird, angebracht ist.

1 Ausgangslage

Nach der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) trägt der Bund die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV). Dazu gehört insbesondere der Erlass von Bestimmungen zur Krankenversicherung, wie insbesondere das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen bildet die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung demgegenüber eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Dazu gehört unter anderem die Aufgabe, die stationäre Versorgung zu planen.

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen nicht nur wegen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts ständig an, sondern auch wegen Faktoren, die sich medizinisch nicht begründen lassen, wie ineffiziente Strukturen oder falsche Anreize. Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kam zum Schluss, dass das Effizienzpotenzial mit einem geschätzten Anteil von 16 % bis 19 % an den Leistungen, welche unter dem Anwendungsbereich des KVG fallen, beträchtlich sei. Ein Potenzial bestehe in fast allen Leistungsbereichen und werde sowohl durch zu hohe Mengen wie zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und –produkte verursacht (WIG / INFRAS 2019: 11-12).

Der Bundesrat hat eine Reihe von Massnahmen eingeleitet, um dieser zunehmenden Belastung für die privaten und öffentlichen Haushalte entgegenzuwirken. So hat er Ende März 2018 ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet, das alle Akteure des Gesundheitswesens in die Verantwortung nimmt und dafür sorgen soll, dass die Kosten nur in dem Umfang steigen, wie sie medizinisch begründbar sind. Die KVG-Änderungen vom 18. Juni 2021 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a; AS 2021 837) und vom 30. September 2022 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1b; AS 2023 630), welche insgesamt zehn Massnahmen umfassen, sind schon in Kraft getreten. Die KVG-Änderung zu den Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (BBI 2025 1108) wurde am 21. März 2025 vom Parlament verabschiedet und enthält 16 Massnahmen. Zurzeit werden die Ausführungsbestimmungen erarbeitet. Zudem hat das Parlament im September 2023 den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative verabschiedet, welcher die Einführung von Zielen für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorsieht. Nach Ablehnung der Kostenbremse-Initiative am 9. Juni 2024 hat der Bundesrat den indirekten Gegenvorschlag in Kraft zu setzen. In der Folge hat das BAG die Arbeiten für das Inkrafttreten der KVG-Änderung zur Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen aufgenommen. Die Ziele werden vom Bundesrat jeweils vierjährig festgelegt. Weiter hat der Bundesrat im Rahmen seiner Strategie «Gesundheit2020» bereits eine Reihe von Massnahmen eingeleitet und umgesetzt, welche die Gesundheitskosten um mehrere hundert Millionen Franken pro Jahr gesenkt haben. Mit der Nachfolgestrategie «Gesundheit2030» werden diese weitergeführt.

In den fünf nachfolgend aufgelisteten Postulaten wird davon ausgegangen, dass die steigenden Gesundheitskosten im stationären Bereich auf versorgungspolitische Ineffizienzen (d.h. insbesondere Überkapazitäten) zurückzuführen sind. Die zugrundeliegenden Ursachen dieser vermeintlich schlechten Ressourcenallokation liessen sich nach den Ausführungen in den Postulaten wie folgt zusammenfassen:

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- die problematische Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen als Regulator, Leistungserbringer und Zahler, welche zu Interessenkonflikten, Wettbewerbsverzerrungen und geringeren Anreizen zur Kostenkontrolle führe;
- die Überkapazitäten und überdimensionierte Investitionen in die Infrastruktur und Technologien der Spitäler, die durch verstärkten Wettbewerb ausgelöst werden und zum Kostenwachstum beitragen würden;
- das Fehlen verlässlicher Modelle und Zukunftsszenarien im Hinblick auf eine langfristig bezahlbare Krankenversicherung und eine optimale stationäre Versorgung;
- die mangelnde interkantonale Koordination der Spitalplanungen, welche zu Unter- und Überversorgung führt und die Prüfung von alternativen Planungsmodellen nötig macht.

Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, diese unterschiedlichen (Lösungs-)Ansätze zu vertiefen und einen allfälligen Handlungsbedarf zu identifizieren. Die Spitalplanung ist eine hochkomplexe Angelegenheit, an der viele Akteure (Patienten, Spitäler, Versicherer, Kantone, Bund) beteiligt sind. Dabei spielen zahlreiche unterschiedliche, zum Teil zusammenhängende Faktoren eine Rolle. Daher ist der Bundesrat der Ansicht, dass eine separate Behandlung dieser Themenfelder ein unvollständiges Bild der Herausforderungen und Probleme vermitteln würde und dass eine gemeinsame Behandlung dieser Fragestellungen angezeigt ist.

1.1 Parlamentarische Vorstösse

1.1.1 Postulat 15.3464 Cassis

Am 6. Mai 2015 hat Nationalrat Ignazio Cassis das Postulat 15.3464 «Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone» eingereicht. In der Begründung führt er aus, dass die Kantone im Gesundheitswesen eine problematische Mehrfachrolle – als Regulator, Leistungserbringer und Zahler – hätten. Diese Mehrfachrolle führe zwangsläufig zu Interessenkonflikten sowie zu Wettbewerbsverzerrungen (insbesondere im Wettbewerb ambulant versus stationär) und senke die Anreize zur Kostenkontrolle. Die historisch gewachsene Rolle als direkte Finanziierer und Leistungserbringer müsse daher infrage gestellt werden. Die Steuerfinanzierung könne andere Formen annehmen, zum Beispiel im Rahmen der Monismus-Entwicklung.

Eingereichter Text des Postulats 15.3464 Cassis

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht zu verfassen, welcher den Kantonen als Roadmap aufzeigt, wie die vielfach kritisierte Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen entflechtet werden kann. Der Bericht soll anhand klarer Governance-Strukturen aufzeigen, wie zentrale Interessenkonflikte vermieden werden können, was den Wettbewerb stärkt und effizientere Versorgung ermöglicht.

In seiner Stellungnahme vom 18. September 2015 beantragte der Bundesrat die Ablehnung des Postulats und wies insbesondere auf die verfassungsrechtliche Kompetenzenverteilung zwischen Bund und Kantonen sowie auf die KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 im Bereich der Spitalfinanzierung. Der Bundesrat war ausserdem der Ansicht, dass das Anliegen der gleichen Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen grundsätzlich befürwortet werden sollte. Das Postulat wurde am 2. Mai 2017 vom Nationalrat angenommen. Aufgrund der Änderungen des KVG vom 22. Dezember 2023 (einheitliche Finanzierung der Leistungen) und vom 30. September 2022 (Massnah-

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

men zur Kostendämpfung – Paket 1b; Beschwerderecht der Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spitalplanung) erachtete der Bundesrat das Postulat als erfüllt und beantragte dessen Abschreibung am 1. März 2024. Der Nationalrat lehnte die beantragte Abschreibung am 5. Juni 2024 ab.

1.1.2 Postulat 17.4160 Carobbio Guscetti

Am 14. Dezember 2017 hat Nationalrätin Marina Carobbio Guscetti das Postulat 17.4160 «Spitäler. Überkapazitäten und Investitionen in die Infrastruktur und in Technologien» eingereicht. In der Begründung führt sie aus, dass die Regelung der Spitalfinanzierung im KVG unter anderem zum Ziel habe, über mehr Wettbewerb eine bessere Verteilung der Spitalleistungen zu erreichen. In der Praxis führe aber der verstärkte Wettbewerb zu immer mehr Investitionen in die Infrastruktur und in Technologien, die nicht immer notwendig seien und die zum Kostenwachstum beitragen würden.

Eingereichter Text des Postulats 17.4160 Carobbio Guscetti

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht vorzulegen, in dem die von den Schweizer Spitälern in den nächsten Jahren vorgesehenen Investitionen in die Infrastruktur und in Technologien dargelegt werden und in dem aufgezeigt wird, welche Massnahmen nötig sind, um einen Wettlauf um Investitionen zu verhindern, der zu Überkapazitäten führen könnte.

In seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2018 sprach sich der Bundesrat für eine Annahme des Postulats aus und wies insbesondere darauf hin, dass weitere Erhebungen über die in den nächsten Jahren geplanten Spitalinvestitionen erforderlich seien, damit beurteilt werden könne, ob und welche Massnahmen zur Vermeidung von Überkapazitäten und damit verbundenen Kostensteigerungen notwendig sein könnten. Das Postulat wurde am 16. März 2018 vom Nationalrat angenommen.

1.1.3 Postulat 19.3423 SGK-N

Am 3. Mai 2019 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) das Postulat 19.3423 «Langfristig bezahlbare Krankenversicherung. Wirksame Kostensenkungs- und Effizienzmassnahmen basieren auf verlässlichen Modellen und Zukunftsszenarien» eingereicht. In der Begründung führt die SGK-N aus, es stelle sich die Frage, wie der Bund seine Verantwortung über die OKP und damit auch über deren Kostenentwicklung und Finanzierung wahrnehmen und den Kantonen spezifische Vorgaben machen wolle, wenn er selbst keine verlässlichen Modelle und Zukunftsszenarien zur schweizweit optimalen Versorgung im angebotsgesteuerten Gesundheitsmarkt entwickle.

Eingereichter Text des Postulats 19.3423 SGK-N

Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie aufgrund von periodisch entwickelten Modellen und längerfristigen Szenarien schweizweit die optimale stationäre Versorgung gewährleistet werden kann. Dabei sollen die realen Patientenströme bzw. Versorgungsregionen berücksichtigt werden.

In seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2019 erklärte sich der Bundesrat bereit, in diesem Sinne und unter Einbezug der Kantone Bericht zu erstatten, ohne dabei die Kompetenz der Kantone für die Planung in Frage zu stellen. Das Postulat wurde am 5. Juni 2019 vom Nationalrat angenommen.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

1.1.4 Postulat 23.4275 de Montmollin

Am 29. September 2023 hat Nationalrätin Simone de Montmollin das Postulat 23.4275 «Für eine Westschweizer Gesundheitsregion» eingereicht. In der Begründung führt sie aus, dass die kantonale Planung einer Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und einer Kostensenkung hinderlich sei. Beispielsweise seien in der Westschweiz (mit zwei Universitätsspitalern und mehreren Spitälern für eine Gesamtbevölkerung von etwas mehr als zwei Millionen Einwohnerinnen und Einwohner) Skaleneffekte sowohl wünschenswert als auch möglich.

Eingereichter Text des Postulats 23.4275 de Montmollin

Der Bundesrat wird aufgefordert, in einem Bericht darzulegen, wie eine überkantonale Gesundheitsregion, z. B. die ganze Westschweiz, aussehen könnte, und welche Vorteile sich daraus ergeben würden. Das Projekt soll eine interkantonale Planung des stationären und ambulanten Angebots vorsehen. Ausserdem soll im Rahmen des Projekts geprüft werden, ob es sinnvoll wäre vorzusehen, dass es in der Westschweiz anstelle der heutigen Einrichtungen künftig nur noch ein Universitätsspital gibt, das jedoch über mehrere Standorte verfügt und auch für die Ausbildung zuständig ist. Schliesslich sollen auch die Gesetzesanpassungen vorgestellt werden, die für die Umsetzung dieser Ziele notwendig sind.

In seiner Stellungnahme vom 15. November 2023 beantragte der Bundesrat die Ablehnung des Postulats und wies insbesondere auf die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen sowie auf die Änderung vom 23. Juni 2021 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) hin. Dadurch seien die Planungskriterien weiterentwickelt worden und die Kantone dazu verpflichtet, bei der Spitalplanung das Potenzial der Konzentration von Leistungen nicht nur auf kantonaler Ebene, sondern auch über die Kantonsgrenzen hinaus zu beachten. Das Postulat wurde am 7. Mai 2025 vom Nationalrat angenommen.

1.1.5 Postulat 24.3029 Wyss

Am 26. Februar 2024 hat Nationalrätin Sarah Wyss das Postulat 24.3029 «Interkantonale Spitalplanung für eine bessere und effizientere Versorgung» eingereicht. In der Begründung führt sie aus, die bedarfsgerechte Planung in der stationären Grundversorgung sei trotz der offensichtlichen Patientenmobilität noch immer mehrheitlich kantonal geregelt. Eine rein kantonal geplante Versorgung führe mittelfristig zu unterversorgten und übersorgten Fachbereichen. Dies schade der Versorgungsqualität und verursache höhere Kosten ohne medizinischen Mehrwert.

Eingereichter Text des Postulats 24.3029 Wyss

Der Bundesrat wird beauftragt, Vorschläge zu unterbreiten, wie eine bessere zeitgemässe interkantonale Spitalplanung ausgestaltet werden kann. Dabei sollen im Besonderen folgende Modelle geprüft werden:

- Verbindliche interkantonale Planung (Art. 39 KVG)
- Planung nach Gesundheitsregionen
- Koordinierte nationale Planung (analog hochspezialisierte Medizin)

In seiner Stellungnahme vom 24. April 2024 sprach sich der Bundesrat für eine Annahme des Postulats aus und wies insbesondere darauf hin, dass er mit der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 (AS 2021 439) die Planungskriterien weiterentwickelt und die Kantone angehalten hat, ihre Spitalplanung stärker zu koordinieren. Er erklärte sich bereit, die Anliegen des Postulats zusammen mit einer ersten

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Bestandesaufnahme zur Umsetzung der neuen Spitalplanungskriterien aufzunehmen. Das Postulat wurde am 11. September 2024 vom Nationalrat angenommen.

1.2 Allgemeine Kompetenzverteilung im Gesundheitsbereich

Aufgrund der in Artikel 3 BV festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Dazu gehört unter anderem die Aufgabe, die stationäre Versorgung zu planen. Der Bund seinerseits trägt die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV). Dazu gehört insbesondere der Erlass von Bestimmungen zur Krankenversicherung. Diese Kompetenzverteilung muss die Bundesgesetzgebung beachten.

Die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, obliegt demnach den Kantonen. In diesem Zusammenhang ist auf Artikel 46 Absatz 1 BV hinzuweisen, wonach die Kantone das Bundesrecht gesetzeskonform und verfassungsmässig umzusetzen haben. Absatz 2 hält fest, dass der Bund den Kantonen möglichst grosse Gestaltungsfreiheit lässt und den kantonalen Besonderheiten Rechnung trägt. Artikel 47 BV stipuliert ausserdem, dass der Bund die Eigenständigkeit der Kantone wahrt. Artikel 48 BV hingegen hält fest, dass die Kantone die Möglichkeit haben, miteinander Verträge abzuschliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. Sie können namentlich Aufgaben von regionalem Interesse gemeinsam wahrnehmen.

Weder Verfassung noch Gesetz erteilen dem Bund die Kompetenz, den Kantonen eine interkantonale Planung vorzuschreiben. Das KVG sieht einzig eine Verpflichtung der Kantone zur Koordination ihrer Planungen vor (Art. 39 Abs. 2 KVG). Diese beschliessen bereits heute im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Zudem hat der Bundesrat im Rahmen der KVV (Art. 58a ff. KVV) einheitliche Planungskriterien definiert. Damit ist er in seinem Kompetenzbereich bereits aktiv geworden.

Im Rahmen der Umfrage des BAG (vgl. nachfolgend unter Ziffer 1.3) begrüssen fast sämtliche Kantone die bestehende Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen. Mehrere Kantone weisen auf das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz hin, wonach diejenige Staatsebene für eine Aufgabe zuständig ist, bei der die entsprechende Finanzierungskompetenz angesiedelt ist. Die Aufgabe der Spitalplanung sei zudem weiterhin auf Kantonsebene zu belassen, da die Kantone über die nötigen Kenntnisse über die lokalen und regionalen prästationären, stationären und poststationären Versorgungsstrukturen und Versorgungsangebote verfügen würden, um eine sinnvolle Versorgungs- und Spitalplanung zu gewährleisten. Insofern sei es weiterhin zielführend, die Kompetenzen zwischen Bund (Festlegung der Rahmenbedingungen) und Kantonen (Durchführung der Spitalplanung und Erlass der Spitallisten) im Grundsatz zu belassen. Der Bund solle dabei weiterhin für die Festlegung der Rahmenbedingungen zuständig sein.

1.3 Vorgehen und Einbezug der Akteure

Um die in den aufgeführten Postulaten geforderten Abklärungen vorzunehmen, hat das BAG zwei Aufträge zur Untersuchung der Investitionen der Schweizer Spitäler vergeben. Zum einen erfolgte eine Untersuchung der Krankenhaus-Statistik (KS) des Bundesamts für Statistik (BFS) durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan), um retrospektiv die bisher getätigten Investitionen zu analysieren (Roth/Pellegrini 2024). Zum anderen wurden eine Erhebung bei den Schweizer Spitalern

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

mittels Onlineumfrage sowie Experteninterviews und Dokumentenanalysen durch INFRAS durchgeführt, um prospektiv Informationen über die geplanten Investitionen in Erfahrung zu bringen (Vetтори/Ramseier/Ehmann/von Stokar 2025). Zur Erhebung wurden sämtliche Spitäler einzeln eingeladen und hatten somit die Gelegenheit, detailliert ihre zukünftigen Investitionsvorhaben anzugeben. In den 14 Interviews wurden Spitäler, Versicherer und Kantone teils auf Verbandsebene, teils einzeln involviert.

Weiter hat das BAG Anfang 2025 eine Umfrage bei den Kantonen durchgeführt (nachfolgend: Umfrage des BAG). Zentrale Fragestellungen betrafen die derzeitige sowie die zukünftige Spitalplanung, insbesondere die Bedarfsermittlung inkl. Planungsmodelle und -kriterien, die Bedarfsdeckung inkl. Wirtschaftlichkeit, Qualität und Investitionen, die interkantonale Koordination sowie die Herausforderungen in allen drei stationären Bereichen (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie). Die Durchführung dieser Umfrage erfolgte in Absprache mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Zum Inhalt wie auch zur konkreten Ausgestaltung der Umfrage konnten sich zudem vier Experten aus verschiedenen Kantonen im Rahmen eines Pretests äussern. Ausser dem Kanton Thurgau haben sämtliche Kantone an der Umfrage teilgenommen.

Die Umsetzung der weiterentwickelten Planungskriterien nach Artikel 58a ff. KVV war ebenfalls ein Bestandteil der Umfrage bei den Kantonen. Mit der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 hat der Bundesrat die Planungskriterien nach Artikel 58a ff. KVV weiterentwickelt. Diese KVV-Änderung ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Die Listen der akutsomatischen Spitäler und der Geburtshäuser müssten bis am 1. Januar 2026 und die Listen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation bis am 1. Januar 2028 den neuen Planungskriterien entsprechen. Im Hinblick auf die Erarbeitung des vorliegenden Berichts wurde bei den Kantonen somit ein erster Zwischenstand der kantonalen Umsetzung der weiterentwickelten Planungskriterien ermittelt. Die eigentliche Evaluation der Umsetzung dieser Planungskriterien wird sinnvollerweise aber erst nach Ablauf der Umsetzungsfrist durchgeführt.

1.4 Inhalt und Gliederung des Berichts

In Ziffer 2 werden die Investitionen der Schweizer Spitäler analysiert, darunter die früheren wie auch die zukünftigen Investitionen und die Perspektive und Handlungsmöglichkeiten der Kantone in diesem Zusammenhang. Die Instrumente und Kriterien der kantonalen Spitalplanungen werden in Ziffer 3 aufgezeigt. Die Mehrfachrolle der Kantone wird in Ziffer 4 näher untersucht. In Ziffer 5 wird sodann auf die interkantonale Kooperation eingegangen, insbesondere auf die Formen der Kooperation und die Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgaben in diesem Rahmen. Für jedes erwähnte Thema werden die Potenziale und Herausforderungen, die sich insbesondere aufgrund der diversen Untersuchungen und Umfragen ergeben sowie den sich allfällig daraus ergebenden Handlungsbedarf dargelegt. Schliesslich wird unter Ziffer 6 eine Gesamtwürdigung der aufgeworfenen Fragen durch den Bundesrat vorgenommen.

2 Investitionen der Schweizer Spitäler

Zur Beantwortung des Postulats 17.4160 Carobbio Guscetti werden die Investitionen der Schweizer Spitäler nachfolgend näher untersucht. Unter Ziffer 2.1 wird zunächst eine Analyse der vergangenen Investitionen der Spitäler auf der Grundlage der KS vorgenommen. Die Ergebnisse der Analyse der von den Spitälern geplanten zukünftigen Investitionen werden sodann unter Ziffer 2.2 detailliert dargestellt. Unter Ziffer 2.3 werden die kantonalen Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten erläutert. Schliesslich werden die wesentlichen Erkenntnisse dargelegt sowie ein allfälliger Handlungsbedarf in diesem Bereich identifiziert (Ziffer 2.4).

2.1 Vergangene Investitionen der Spitäler

Das BAG hat das Obsan beauftragt, die in der KS verfügbaren Daten zu untersuchen, um die Entwicklung der Investitionen der Spitäler während den Jahren 2012 bis 2022, insbesondere in Infrastruktur und Technologie, darzustellen. Aus dem Bericht des Obsan geht hervor, dass die KS unter Berücksichtigung der Vorgaben von Artikel 10 Absatz 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) nur Daten zu Investitionen von mehr als 10'000 Franken erfasst und diese in grosse Kategorien, ohne einheitliche Nomenklatur, unterteilt sind, wodurch eine genaue Beschreibung der bisher getätigten Investitionen und eine detaillierte Analyse einer bestimmten Technologie nicht möglich ist. Die KS enthält auch Informationen zu den folgenden acht medizintechnischen Geräten: MRI, CT-Scanner, PET-Scanner (Positronen-Emissions-Tomographie), Gamma Camera (einschliesslich Szintigraphie und SPECT-Scanner), Linearbeschleuniger (Radiotherapie), Lithotriptor sowie Geräte für Angiographie und Dialyse. Andere medizintechnische Geräte, wie Operationsroboter, sind in dieser Erhebung nicht enthalten, wodurch der Umfang der Analysen zur Entwicklung der medizintechnischen Investitionen eingeschränkt wird.

Laut dem Bericht des Obsan werden die Daten der KS transparent erhoben und dargestellt, unterliegen jedoch gewissen Einschränkungen. So nahmen im Jahr 2022 82 % der Spitäler, die zusammen fast 99 % aller Spitalaufenthalte auf sich vereinen, an der Erhebung teil. Die Daten sind daher nicht vollständig, auch wenn es sich bei den Spitälern, die keine Angaben zu ihren Investitionen gemacht haben, in der Regel um kleine Einrichtungen handelt, die nur einen Bruchteil aller Spitalaufenthalte abdecken. Ausserdem werden in der KS nur die von den Spitälern finanzierten Investitionen ausgewiesen. Investitionen, die von Dritten finanziert werden, insbesondere von Kantonen oder im Rahmen von öffentlich-privaten Partnerschaften [Public Private Partnership, PPP], werden nicht erfasst. Darüber hinaus bleibt die Qualität der Daten ein Unsicherheitsfaktor: so werden nur die aggregierten Daten vom BFS auf ihre Plausibilität überprüft. Das Obsan kommt daher zum Schluss, dass die verschiedenen Einschränkungen der KS die Aussagekraft der Analysen beeinträchtigen und Anlass zu einer gewissen Zurückhaltung bei der Interpretation der Analyseergebnisse geben.

2.1.1 Analyse der Investitionen der Spitäler über einen langen Zeitraum

Die Analyse der KS durch das Obsan über einen langen Zeitraum, seit 1980, zeigt, dass die Investitionen in Zyklen innerhalb einer Bandbreite von 2 bis 5 Millionen Franken Investitionen pro Jahr und Spital erfolgen. Aus dieser Analyse gehen zwei Investitionszyklen hervor: ein erster bedeutender Zyklus in den Jahren 1986 – 1993 sowie ein zweiter ab 2012 mit vergleichbaren Summen. Laut dem Obsan könnte das Wachstum im Jahr 2022 seinen Höhepunkt im aktuellen Zyklus erreichen oder sich noch

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

fortsetzen. Die Antwort auf diese Frage muss die Erhebung zu den künftigen Investitionen liefern (siehe Ziffer 2.2).

Das Obsan hat auch die Entwicklung der Investitionen nach Kategorien seit 1998 analysiert. Dabei zeigt sich insbesondere, dass der Anteil der Investitionen in medizintechnische Anlagen und Informatik stark gestiegen ist, von 3 % im Jahr 1998 auf über 20 % im Jahr 2022 bzw. von 0,5 % im Jahr 1998 auf 11 % im Jahr 2022.

Diese langfristigen Ergebnisse sind jedoch mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. Einerseits weil die Erfassungsquote (Anzahl der Spitäler, die ihre Investitionen angeben) kontinuierlich abnimmt, je weiter man in die Vergangenheit zurückgeht. Andererseits weil die Erhebung nur die von den Spitälern selbst finanzierten Investitionen umfasst.

2.1.2 Analyse der Investitionen der Spitäler während den Jahren 2012 bis 2022

Aus dem Bericht des Obsan geht hervor, dass Investitionen im Immobilienbereich einen starken Einfluss auf die Gesamtinvestitionen ausüben. Das Obsan stellt insbesondere zwei Ausschläge bei den Investitionen im Immobilienbereich in den Jahren 2014 und 2020 fest. Die durchschnittlichen Investitionen pro Spital sind jedoch von 2012 bis 2022 relativ konstant bei etwa 7 Millionen Franken pro Spital, mit einem Rückgang in 2021 und 2022. Die Analyse des Obsan zeigt auch, dass die von den Spitälern investierten Beträge seit Beginn des Zyklus im Jahr 2012 in der historischen Bandbreite liegen, sich jedoch unterschiedlich zusammensetzen. Tatsächlich gab es einen starken Anstieg der Investitionen im Informatikbereich, dessen Anteil an den Gesamtinvestitionen von rund 4 % im Jahr 2012 auf 11 % im Jahr 2022 angestiegen ist.

Der Bericht des Obsan stellt auch fest, dass die Höhe der Investitionen der Spitäler je nach Grösse und Kategorie des Spitals gemäss Spitaltypologie des BFS (Universitätsspitäler, Zentrumsversorgung [Stufe 2], Grundversorgung, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere Spezialkliniken) variiert. Zwar investieren die Universitätsspitäler in absoluten Zahlen am meisten, doch wenn das Investitionsvolumen pro Spitalaufenthalt betrachtet wird, gleichen sich die Werte zwischen den Kategorien an. Im Übrigen unterscheidet sich die Zusammensetzung der Investitionen zwischen den Spitalkategorien nur geringfügig. Über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg machen Investitionen in Immobilien 67 % der Gesamtinvestitionen aus, Investitionen in medizinisch-technische Anlagen etwa 20 %, in Mobiliar 5 % und in Informatik 8 %. Als wesentliche Unterschiede hat das Obsan festgestellt, dass die psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitationskliniken vergleichsweise mehr in Mobiliar und weniger in medizinisch-technische Anlagen investieren und dass die Rehabilitationskliniken und die anderen Spezialkliniken vergleichsweise mehr in Informatikanlagen investieren.

Was die Entwicklung der Anzahl medizinisch-technischer Geräte im Spitalbereich betrifft, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die von Arztpraxen oder ambulanten Zentren angeschafften Geräte nicht Teil der Analyse sind. Die KS liefert daher keine vollständige Übersicht über die Anzahl dieser Geräte und vermittelt folglich kein Gesamtbild über die Situation in der Schweiz. Für die Betrachtungsperiode stellte das Obsan fest, dass die Anzahl der medizinisch-technischen Geräte pro Kopf im Spitalbereich bei PET-Scannern um 38 %, bei MRI-Geräten um 32 % und bei Linearbeschleunigern um 18 % gestiegen ist, während die Anzahl der Lithotripter und Gammakameras um 25 % bzw. 19 % zurückgegangen ist. Das Obsan kommt zum Schluss, dass der beobachtete Anstieg der Anzahl der Geräte eher auf die Zunahme der Anzahl der Geräte pro Spital zurückzuführen ist als darauf, dass seither mehr Spitäler über mindestens ein derartiges Gerät verfügen.

2.2 Analyse der geplanten Investitionen der Spitäler

Die Teilnahme an der Erhebung bei den Schweizer Spitätern (vgl. Ziffer 1.2) war - insbesondere in einzelnen Spitaltypen - nicht genügend hoch bzw. die Stichprobe ist nicht genügend repräsentativ, um solide Hochrechnungen auf die Grundgesamtheit der Spitäler vornehmen zu können. Auch Analysen von einzelnen Spitalkategorien oder Regionen sind aufgrund der Rücklaufquote nur bedingt möglich. Dank intensivem Nachfassen des beauftragten Instituts konnte dennoch eine Teilnahmequote erreicht werden, die gewisse Aussagen zulässt. Insgesamt haben von 238 angefragten Spitätern, deren 68 teilgenommen, was einem Rücklauf von 29 % entspricht. Diese Spitäler decken 34 % der stationären Fälle und 38 % der ambulanten Konsultationen in der Schweiz ab. Je weiter in die Zukunft die geplanten Investitionen abgefragt wurden, desto weniger Spitäler haben die entsprechenden Fragen beantwortet. Zudem ist es offenkundig, dass Prognosen unsicherer sind, je weiter sich diese auf die Zukunft beziehen. Somit werden die Ergebnisse und Aussagen aus der Erhebung mit zunehmendem Zeithorizont weniger verlässlich.

2.2.1 Geplante Investitionen

Die 54 Spitäler, welche die entsprechenden Antworten ausgefüllt haben, planen im Zeitraum 2024 – 2029 Investitionen von insgesamt CHF 6 Milliarden bzw. rund CHF 1 Milliarde pro Jahr. Sie investieren im Durchschnitt in den nächsten Jahren deutlich mehr als in den vergangenen Jahren, wobei zu beachten ist, dass die Durchschnittsbetrachtung stark vom grössten der teilnehmenden Spitäler beeinflusst wird. Nur unter der unsicheren Annahme, dass der Anteil der teilnehmenden Spitäler (Stichprobe) an den Gesamtinvestitionen aller Spitäler (Grundgesamtheit) gleichbleibt, kann ein Gesamtinvestitionsvolumen über alle Spitäler geschätzt werden, das in den kommenden fünf Jahren höher liegen dürfte als in der Vergangenheit. Die teilnehmenden Zentrums- und Grundversorgungsspitäler¹ planen bis 2029 im Durchschnitt jährlich 8,5 % ihres Ertrags² zu investieren. Beim teilnehmenden Universitätsspital liegt dieser Anteil höher³, ebenso wie bei den Psychiatrien mit 14,5 % und den Rehabilitationskliniken mit 10,8 %. Tiefer ist er hingegen bei den Spezialkliniken mit 4,9 %.

Rund die Hälfte der angegebenen Investitionen bis 2029 wird in immobile Sachanlagen, d.h. insbesondere Gebäude, fliessen. Eng mit den Gebäuden verbunden sind die Installationen, wie Lüftung, Heizung, Stromnetz usw., in die rund 14 % der Investitionen fliessen wird. Ebenfalls je rund 14 % der genannten Summe wird in medizintechnische Anlagen (Apparate, Geräte, Instrumente) und Informatikanlagen investiert. Erstere dürften zu einem grossen Teil mit den Innovationen in der roboterassistierten Chirurgie und in der Diagnosetechnik zusammenhängen, letztere mit der Digitalisierung in Form von Klinikinformations- und Ressourcenplanungssystemen. Die Anteile bleiben über den Beobachtungszeitraum mit Ausnahme von einigen Schwankungen aufgrund einzelner Grossinvestitionen relativ stabil. Es ist derzeit kein Trend ersichtlich, wonach zukünftige Investitionen vermehrt speziell zum Zweck von ambulanten Behandlungen getätigt würden.

Wird der Zeitraum bis 2044 verlängert, zeigt sich eine Abnahme des Anteils von immobilien Sachanlagen. Auf der anderen Seite nehmen die Anteile der Informatikanlagen und medizintechnischen Anlagen zu. Die Anteile verändern sich vor allem, weil das Total an Investitionen in immobile Sachanlagen

¹ Bezeichnung gemäss Krankenhaustypologie des BFS, Neuchâtel, November 2006.

² Die Untersuchung ging vom damals aktuellsten publizierten Ertrag des Jahres 2022 aus.

³ Der genaue Wert wurde im Bericht aus Datenschutzgründen nicht genannt.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

abnimmt. Die anderen Gesamtbeträge bleiben stabil. Wie erwähnt, sind die Resultate bei einem solchen weiten Zeithorizont jedoch mit Unsicherheiten behaftet.

Der Bericht von INFRAS zeigt auf, dass die Spitäler die Finanzierung der Investitionen als äusserst herausfordernd beurteilen. Viele Spitäler seien nicht in der Lage, aus dem Spitalbetrieb genügend Gewinne zurückzustellen, um insbesondere Grossinvestitionen selbst finanzieren zu können. Solche würden aber aufgrund der Investitionszyklen in die Gebäude und Installationen bei einigen Spitälern in den kommenden Jahren anstehen. Rund die Hälfte der Kantone unterstützten in den letzten fünf Jahren Spitäler bei Grossinvestitionen zum Beispiel durch Garantien bei der Aufnahme von Krediten oder Zurverfügungstellung von Liquidität. 19 von 67 Spitäler konnten von einer solchen Unterstützung profitieren. Die Auswertungen der Investitionen nach Spitaltyp ergeben aufgrund der unterschiedlichen Rückläufe der verschiedenen Spitaltypen keine aussagekräftigen Erkenntnisse.

2.2.2 Vergleich mit früheren Investitionen

Wird die Zeitreihe auch in die Vergangenheit verlängert zeigt sich bei den 35 Spitälern, die Zahlen von 2014 – 2044 geliefert haben, dass in den nächsten fünf Jahren (2025 – 2029) am meisten Geld investiert wird. Ausschlaggebend dafür sind hauptsächlich die immobilen Sachanlagen und Informatikanlagen. Bis dahin wird das Investitionsvolumen laufend zugenommen haben. Anschliessend bricht das Volumen etwas ein, bevor es 2035 – 2039 aufgrund von Investitionen in immobile Sachanlagen und Installationen wieder ansteigt. Während der Anteil der Investitionen in bauliche Infrastrukturen nach einem hohen Investitionsvolumen 2025 – 2029 (das allerdings stark von einem grossen Spital beeinflusst ist) zurückgeht, nimmt derjenige von Informatikanlagen zu. Aufgrund der tiefen Anzahl Spitäler in der Stichprobe bis 2044 verbunden mit dem langen Zeithorizont und der damit zunehmenden Ungenauigkeit der Vorhersagen ist die Verlässlichkeit dieser Umfrageresultate jedoch beschränkt.

2.2.3 Über- und Unterkapazitäten, Über- und Unterinvestitionen

Für die Untersuchung, ob Über- oder Unterkapazitäten bestehen, sind nur wenige und wenig verlässliche Indikatoren bekannt. Aufgrund der Expertengespräche wurden die Wartezeiten bei Untersuchungen oder Behandlungen mit medizintechnischen Grossgeräten (CT-Scanner, MRI, Angiographiegeräte, Lithotripter, PET-Scanner, Linearbeschleuniger und Gamma Camera) als Massstab genommen. Keine oder kurze Wartezeiten deuten auf Überkapazitäten hin, lange Wartezeiten auf eine Unterversorgung. Diese Vorgehensweise erscheint plausibel, um Hinweise auf Über- oder Unterkapazitäten zu erhalten, wobei natürlich nur ein Teil der Investitionen in solche Geräte fliesst. Die Untersuchung kann daher kein vollständiges Bild vermitteln.

Von den untersuchten Grossgeräten weist der Grossteil (59) eine lange Betriebsdauer von mindestens 40 Stunden pro Woche auf. 32 Geräte werden weniger als 40 Stunden pro Woche betrieben. Bei einer tiefen Betriebsdauer ist tendenziell eine Überkapazität zu vermuten, denn aus wirtschaftlichen Überlegungen sollte ein Unternehmen seine Geräte möglichst auslasten, um Deckungsbeiträge zu generieren und damit die Investition zu amortisieren. Wenn die Wartefristen mitberücksichtigt werden, zeigt sich bei 16 der 59 Geräte mit langer Betriebsdauer eine relativ lange Wartefrist von über 5 Tagen von der Anmeldung bis zur Untersuchung oder Behandlung. Eine lange Betriebsdauer verbunden mit einer langen Wartefrist deutet tendenziell auf eine Unterkapazität hin, denn die Nachfrage kann trotz gut ausgelasteten Geräten nicht vollständig gedeckt werden. Insgesamt kommt die Untersuchung da-

her zum Schluss, dass Überkapazitäten bei den untersuchten medizintechnischen Geräten eher selten vorkommen.⁴ Weil die untersuchten Geräte nur eine kleine Teilmenge der gesamten Anlagen der Spitäler bilden, lässt die Untersuchung keine generelle Aussage über die Auslastung der Spitäler zu.

Die Frage nach Über- oder Unterinvestitionen ist schwierig zu beantworten. In den Expertengesprächen wurden zu grosszügigen Bauvorhaben als mögliche Indikatoren für Überinvestitionen genannt. Die steigenden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erzeugten zusätzliche Investitionen in Infrastruktur und Hotellerie, weil sich die Spitäler gegenseitig zu übertrumpfen versuchten. Ein weiterer Indikator könnten Wertberichtigungen auf schlecht ausgelasteten Infrastrukturen sein. Als mögliche Indikatoren für Unterinvestitionen kommen gemäss den Expertenaussagen über die Abschreibungsdauer hinaus benutzte Geräte in Frage. Weitere Experten nannten sinkende Fallzahlen in einem Wachstumsmarkt und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Personal als mögliche Indikatoren für Unterinvestitionen. Diese Anzeichen dürften allerdings vorwiegend durch andere Faktoren, wie das Management oder die Arbeitsbedingungen der einzelnen Spitäler beeinflusst werden. Alle genannten Indikatoren lassen jedoch keine eindeutigen und direkten Rückschlüsse auf die Investitionstätigkeiten zu. Die Studie konnte deshalb keine Auswertungen zur Frage der Über- oder Unterinvestitionen vornehmen.

2.2.4 Bedarfsplanung der Spitalinvestitionen

Mit Blick auf die Gefahr von Überinvestitionen wird von den Expertinnen und Experten die Wichtigkeit der Bedarfsplanung von Investitionen betont. Nur eine vorgängige Planung des Investitionsbedarfs ermöglicht es, die Investitionen gezielt und im richtigen Mass zu tätigen. Die Mehrzahl der Spitäler gibt an, eine eigene Bedarfsplanung auf Grundlage der demografischen Entwicklung und der Entwicklung der Fallzahlen und Aufenthaltsdauern zu erstellen. Auch die kantonale Bedarfsplanung von Spitalinvestitionen wird berücksichtigt, sofern eine solche besteht.⁵ Insgesamt scheinen die Kantone oder andere politische Autoritäten nur selten direkt auf Entscheide betreffend Grossinvestitionen Einfluss zu nehmen. Von 181 Grossinvestitionen wurde bei deren 27 angegeben, dass eine politische Autorität über die Investition entschieden hat. In der Regel entscheiden die Spitäler autonom über ihre Investitionen, orientieren sich dabei aber am Leistungsangebot gemäss der kantonalen Spitalplanung bzw. den kantonalen Leistungsaufträgen.

⁴ Die "Evaluation der Mechanismen zur angemessenen Verwendung bildgebender Verfahren in der Medizin" der Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) vom 31. Januar 2025 kommt zum Schluss, dass in der Schweiz die höchste Dichte an MRI- und CT-Geräten in Europa herrscht und hat einen ungefähren durchschnittlichen Belegungsgrad von 50 % bei CT-Geräten und von 70 % bei MRI-Systemen (bei einer Betriebsdauer von acht Stunden pro Tag) festgestellt. Die Untersuchungen sind unter anderem aufgrund der folgenden Unterschiede nicht direkt vergleichbar:

	Infras	EFK
Untersuchte Geräte	Angiografiegeräte, Lithotripter, Linearbeschleuniger, Gamma Camera, PET-Scanner, CT-Scanner, MRI	MRI- und CT-Geräte
Stichprobe	Teilnehmende Spitäler	Alle Spitäler und Arztpraxen der Schweiz
Methode	Verhältnis zwischen Betriebsdauer und Wartezeit pro Gerät	Belegungsgrad anhand der Anzahl der Geräte und der Anzahl Untersuchungen in der Schweiz

⁵ Die hier erwähnte Planung des Investitionsbedarfs ist nicht zu verwechseln mit der Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG bzw. der Versorgungsplanung nach Artikel 58b KVV.

2.2.5 Auswirkungen auf die OKP

Investitionen können sich sowohl positiv wie auch negativ auf die Kosten zu Lasten der OKP auswirken. Wenn die Investitionen zusätzliche Behandlungskapazitäten schaffen, ist grundsätzlich mit Mehrkosten zu rechnen. Bei Ersatzinvestitionen wird mit einer neutralen Wirkung gerechnet. Investitionen in immobile Sachanlagen oder Installationen dienen oftmals dem Ersatz oder Ausbau von Kapazitäten.

Wenn die Investitionen hingegen die Behandlungs- oder die Spitalabläufe verbessert oder effizienter macht, wird von Kosteneinsparungen ausgegangen, weil das Spital die gleichen Leistungen mit weniger Ressourceneinsatz erbringen kann. Allen voran die Investitionen in IT-Anlagen werden zu diesem Zweck getätigt. Die Kosteneinsparung zugunsten der OKP zeigt sich allerdings zumeist erst in der langfristigen Betrachtung.

In der Gesamtbetrachtung von insgesamt 177 Grossinvestitionen gehen die befragten Spitäler in der Tendenz von einem geringen Kostenzuwachs in der OKP aus. Gleichzeitig gehen die interviewten Personen davon aus, dass die Entwicklung der Gesundheitskosten stärker von anderen Faktoren wie Vergütung, Tarifstrukturen, Fehlanreizen und Ambulantisierung beeinflusst würden als von den Investitionen der Spitäler.

2.3 Kantonale Perspektive und Handlungsmöglichkeiten

2.3.1 Information

Nur zwei - eher kleinere Kantone - geben im Rahmen der Umfrage des BAG bei den Kantonen an, vollständig über die Investitionstätigkeiten ihrer Spitäler im Bild zu sein. Die meisten Kantone kennen nur die Investitionen eines Teils der Spitäler. Dies vor allem bei denjenigen, die sich im Eigentum oder Miteigentum des jeweiligen Kantons befinden. Vereinzelt sind aber auch weitere Spitäler verpflichtet, dem Kanton ihre Investitionstätigkeiten zu rapportieren. Der Informationsaustausch findet in den meisten Fällen regelmässig in einem institutionalisierten Rahmen statt. Anhand dieser Informationen sieht sich gut die Hälfte der Kantone in der Lage, zumindest teilweise die Zweckmässigkeit der Investitionen beurteilen zu können. Fünf Kantone gaben an, dass aufgrund dieser Beurteilung schliesslich Über- oder Unterinvestitionen festgestellt wurden.

2.3.2 Mittel / Instrumente

Zehn Kantone haben im Rahmen der Umfrage des BAG angegeben, über gesetzliche Kompetenzen oder andere Instrumente zu verfügen, um die Investitionen der Listenspitäler kontrollieren oder steuern zu können. Einige weitere Kantone, welche diese Frage verneint haben, können jedoch auf die Investitionstätigkeit der Spitäler, die sich in ihrem (Mit-)Eigentum befinden, Einfluss nehmen. Als Instrumente wurden genannt:

- Genehmigung / Konsultationspflicht Investitionsplanung und Immobilienstrategie
- Konsultationspflicht bei Grossinvestitionen
- Vorgaben zur Planung und Finanzierung von Gesundheitseinrichtungen
- Eigentümerstrategie des Kantons
- Leistungsvereinbarungen

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- Vorgaben / Kommissionen zur Anschaffung von grossen medizintechnischen Geräten

2.3.3 Finanzierung

Im stationären Bereich werden die erbrachten Leistungen grundsätzlich mit Fallpauschalen vergütet. Diese Pauschalen orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Auch Investitionen und Anlagenutzungskosten sind in den Pauschalen enthalten. Die Definition der Fallgruppen und die Höhe der Kostengewichte sind schweizweit einheitlich und bilden zusammen die Tarifstruktur des Vergütungssystems. Die Erarbeitung und jährliche Weiterentwicklung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur ist eine der zentralen Aufgaben der SwissDRG AG, einer gemeinsamen Organisation der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone. Die Tarifpartner müssen die Tarifstruktur dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten.

Nach Artikel 49 Absatz 3 KVG dürfen Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in den Pauschalen nicht enthalten sein, wobei als Beispiele die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre genannt werden. Diese Tätigkeiten müssen demnach separat finanziert werden. Die Kompetenz des Bundes bezüglich der Regelung der kantonalen Zuschüsse an stationäre Leistungserbringer beschränkt sich darauf, die rechtlichen Grundlagen für die Ausscheidung der durch GWL verursachten Kosten und damit die Voraussetzungen für die einheitliche Abgeltung der effizienten Kosten der Leistungen nach dem KVG zu schaffen. In der Entscheidung, welche Zuschüsse sie erteilen, sind Kantone und Spitalträger frei. Folglich sind solche Zuschüsse – wenn sie transparent ausgewiesen werden und nicht in die Tarife nach KVG einfließen – weder verfassungs- noch KVG-widrig.

Im Rahmen der Umfrage des BAG geben 9 Kantone an, die Spitäler bei der Finanzierung von Investitionen nicht zu unterstützen. 15 Kantone haben entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten vorgesehen, in den meisten Fällen entweder in Form von flüssigen Mitteln durch Darlehen oder Eigenkapital oder durch Gewährung von Garantien für Kreditaufnahmen. 12 Kantone haben in der Vergangenheit von diesen Möglichkeiten Gebrauch gemacht und Spitäler bei Investitionstätigkeiten unterstützt.

Gemäss einer Studie von Ecoplan bildet die Forschung und universitäre Lehre die weitaus grösste Komponente der kantonalen Finanzierungsaktivitäten im Untersuchungszeitraum 2015-2016, insbesondere für Kantone mit Universitätsspitalern. Weitere wichtige Ausgabenkomponenten sind die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung, ambulante Leistungen sowie Notfall und Rettung. Aufgeschlüsselt nach Trägerschaften würden die öffentlichen Spitäler am meisten Kantonsbeiträge erhalten; zudem erhalte die Gruppe der Spitäler mit einer Grösse von über 250 Betten deutlich mehr kantonale Finanzierungsbeiträge als die kleineren Spitäler. Dies sei in erster Linie auf die grosse Bedeutung der Beiträge für Forschung und universitäre Lehre zurückzuführen, die vor allem an die grossen Universitätsspitäler geleistet werden. Zudem würden die kantonalen Finanzierungsaktivitäten in Bezug auf Defizitdeckungen und Anlagenutzungskosten in der betrachteten Zeitperiode wenig ins Gewicht fallen (Ecoplan 2019: 8). Diese Erkenntnisse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da der Rücklauf der Spital- bzw. Kantonsbefragung im Rahmen der erwähnten Studie zum Teil eher tief war. Zudem liegt der Untersuchungszeitraum dieser Studie (2015-2016) bereits einige Zeit zurück.

2.4 Fazit und Handlungsbedarf

Die Aussagekraft der Grundlagenarbeiten, die das BAG zur Beantwortung des Postulats 17.4160 Carobbio Guscetti in Auftrag gegeben hat, d.h. der Untersuchung der KS durch das Obsan und der Erhebung bei den Schweizer Spitätern, ist namentlich infolge Unvollständigkeit der Daten oder der tiefen Rücklaufquote beschränkt. Die nachfolgenden Schlussfolgerungen sind daher mit Vorsicht zu beurteilen.

Die Analyse der vergangenen Investitionen zeigt, dass die Spitäler Investitionszyklen durchlaufen. Ebenso geht aus ihr hervor, dass sich die Struktur der Investitionen in den letzten Jahrzehnten verändert hat: der Anteil der Investitionen in medizintechnische Anlagen und Informatik ist stark gestiegen. Auch wenn die Investitionen der Spitäler je nach Grösse und Kategorie variieren, unterscheidet sich die Zusammensetzung der Investitionen nur geringfügig zwischen den Spitalkategorien (Universitäts-spitäler, Zentrumsversorgung [Stufe 2], Grundversorgung, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere Spezialkliniken). Im Zeitraum von 2012 bis 2022 machen Investitionen in Immobilien 67 % der Gesamtinvestitionen aus, Investitionen in medizinisch-technische Anlagen etwa 20 %, in Mobilien 5 % und in Informatik 8 %.

Diese allgemeine Tendenz wird auch für die geplanten zukünftigen Investitionen bestätigt. So wird rund die Hälfte der angegebenen Investitionen bis 2029 in immobile Sachanlagen, d.h. insbesondere Gebäude, fliessen. Eng mit den Gebäuden verbunden sind die Installationen, wie Lüftung, Heizung, Stromnetz usw., in die rund 14 % der Investitionen fliessen wird. Ebenfalls je rund 14 % der genannten Summe wird in medizintechnische Anlagen und Informatikanlagen investiert.

Für die bei den Spitätern durchgeführte Untersuchung, ob Über- oder Unterkapazitäten bestehen, sind nur wenige und wenig verlässliche Indikatoren bekannt. Insgesamt kommt die Untersuchung zum Schluss, dass Überkapazitäten bei medizintechnischen Grossgeräten eher selten vorkommen. Auch die Frage nach Über- oder Unterinvestitionen ist schwierig zu beantworten. Die in den Expertengesprächen genannten Indikatoren lassen keinen direkten Rückschluss auf die Investitionstätigkeiten zu. Insgesamt wurden aber keine Hinweise auf signifikante Überkapazitäten oder Überinvestitionen festgestellt. Diese Erkenntnis ist von der generell hohen Dichte an gewissen medizinisch-technischen Geräten wie MRI- oder CT-Geräte zu differenzieren. Letztere wird aber auch durch das Angebot der Arztpraxen und ambulante Zentren, die ebenfalls solche Geräte betrieben, beeinflusst und nicht nur von den Spitätern (vgl. Ziffer 2.2.3).

An dieser Stelle ist daran zu erinnern, dass die von den Spitätern erbrachten Leistungen im stationären Bereich grundsätzlich mit Fallpauschalen vergütet werden. Investitionen und Anlagenutzungskosten sind in den Pauschalen enthalten bzw. werden mit den vergüteten Tarifen abgegolten. Diese Pauschalen orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (dazu vgl. auch nachfolgend unter Ziffer 4.3). Dazu werden im stationären Bereich die Fallnormkosten der Spitäler mittels Benchmarkings untereinander verglichen. Spitäler mit Überkapazitäten können ihre Anlagen nur schlecht auslasten. Die Anlagenutzungskosten können folglich auf weniger Fälle verteilt werden, was die Fallnormkosten erhöht. Der Benchmarkwert, der die Ausgangslage für die Tarifiermittlung darstellt, wird von Spitätern mit optimaler Auslastung und daher tieferen Fallnormkosten gebildet. Mit diesem Tarif kann das Spital mit Überkapazitäten seine Kosten nicht decken. Derselbe Anreiz spielt auch bei den ambulanten Tarifen, in denen die Investitionen und Anlagenutzungskosten ebenfalls enthalten sind. In den ambulanten Tarifstrukturen werden

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

für die Anlagen grundsätzlich wirtschaftliche Betriebsdauern hinterlegt. Nur Spitäler, die diese Betriebsdauern durch eine genügende Auslastung ihrer Anlagen erreichen, können mit den ambulanten Tarifen kostendeckende Tarife erzielen. Spitäler mit Überkapazitäten, die ihre Anlagen nicht so lange in Betrieb haben, wie in der Tarifstruktur vorgesehen, können ihre Kosten nicht decken.

Ein Spital kann seine Kosten daher grundsätzlich nur dann decken, bzw. seine Investitionen nur dann amortisieren, wenn es die damit generierten Leistungen auch tatsächlich in wirtschaftlicher Weise erbringen kann. Im Rahmen des KVG bestehen daher für die Spitäler keine Anreize, Überinvestitionen zu tätigen. Die Darstellung vieler Spitäler erweckt den Eindruck, dass es aufgrund ihrer finanziellen Situation schon nur herausfordernd ist, die notwendigen Ersatzinvestitionen zu tätigen. Folglich scheint die Gefahr von Überinvestitionen zum aktuellen Zeitpunkt tief.

In der Entscheidung, ob und welche Zuschüsse sie erteilen, sind Kantone und Spitalträger aber weitgehend frei. Solche Zuschüsse sind – wenn sie transparent ausgewiesen werden und nicht in die Tarife nach KVG einfließen – weder verfassungs- noch KVG-widrig. Gemäss Aussagen der Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG haben 15 Kantone entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten vorgesehen; 12 Kantone haben in der Vergangenheit von diesen Möglichkeiten Gebrauch gemacht und Spitäler bei Investitionstätigkeiten unterstützt. Wie auch nachfolgend unter Ziffer 4 dargelegt, sieht der Bundesrat hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten der Kantone keinen Handlungsbedarf. Es ist insbesondere davon auszugehen, dass auch die Kantone kein Interesse an überdimensionierten Investitionsprojekten haben.

Im vorliegenden Kapitel wurden die Investitionen und eine allfällige sich daraus ergebende Überversorgung aus Sicht der Spitäler untersucht. Hier ist aber auch auf die kantonale Perspektive hinzuweisen. So verfügen die Kantone über zum Teil wirksame Instrumente, um allfällige Fehlversorgungen zu identifizieren und diesen entgegenzuwirken (vgl. Ziffer 3.5). In diesem Bereich sieht der Bundesrat Handlungsbedarf, weshalb an dieser Stelle auf die Empfehlungen unter Ziffer 3.6.5 hingewiesen wird.

3 Grundzüge der kantonalen Spitalplanung

Zur Beantwortung des Postulats 19.3423 SGK-N werden die Modelle und Prozesse, die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung zur Anwendung kommen, nachfolgend vertieft untersucht. Zuerst werden die relevanten Rechtsgrundlagen sowie die GDK-Empfehlungen in diesem Bereich in Erinnerung gerufen (Ziffer 3.1). In der Folge werden die einzelnen Schritte der Spitalplanung detailliert dargelegt, nämlich die Bedarfsermittlung (Ziffer 3.2), die anschliessende Beurteilung und Auswahl des Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien Bedarfsdeckung, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang in- nert nützlicher Frist (Ziffer 3.3), dies unter Einhaltung gewisser Vorgaben zur Verfahrensführung (Ziffer 3.4). Die Frage der Unter- bzw. Überversorgung als wichtiger Teilaspekt der Spitalplanung wird angesichts ihrer Bedeutung in der öffentlichen Diskussion unter Ziffer 3.5 separat behandelt. Aufgrund dieser Analyse werden schliesslich die wesentlichen Erkenntnisse dargelegt sowie einen allfälligen Handlungsbedarf in diesem Bereich identifiziert (Ziffer 3.6).

3.1 Allgemeine Vorgaben und Empfehlungen

3.1.1 Planungskriterien des Bundesrates

Nach Bundesrecht sind die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen und eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG). Mit der Revision der Spitalfinanzierung wurde der Bundesrat beauftragt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 entsprechende Planungskriterien erlassen, die den Kantonen erlauben sollen, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen. Sie sind in den Artikeln 58a bis 58e KVV verankert und seit dem 1. Januar 2009 in Kraft.

Aufgrund der im Planungsbereich entwickelten Instrumente und der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurden die Planungskriterien überprüft und mit der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 weiterentwickelt. Damit sind die aktualisierten Mindestanforderungen transparent in der KVV festgehalten. Dadurch wurden die Kriterien für die Planung der Spitäler durch die Kantone weiter vereinheitlicht. Die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone sollen verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Alle Kantone sollen ihre Planungen gestützt auf die aktuellen Instrumente und Grundsätze erstellen und damit gesamtschweizerisch die Voraussetzungen für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung im Sinne der Revision der Spitalfinanzierung erfüllen (BAG 2021: 8). Die Kantone werden zudem angehalten, ihre Spitalplanungen stärker zu koordinieren. In dieser Hinsicht ermöglichen die einheitlichen Anforderungen eine bessere Koordination der Planungen unter den Kantonen.

Die KVV-Änderung ist am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Die Listen der akutsomatischen Spitäler und der Geburtshäuser müssen bis am 1. Januar 2026 und die Listen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation bis am 1. Januar 2028 den neuen Planungskriterien entsprechen. Gemäss der Umfrage des BAG bei den Kantonen konnte die überwiegende Mehrheit der Kantone diese weiterentwickelten Planungskriterien bereits umsetzen. Die restlichen Kantone werden diese noch im Rahmen der laufenden oder anstehenden Neuplanung umsetzen können.

Auf die einzelnen Planungskriterien wird in den nachfolgenden Ausführungen näher eingegangen.

3.1.2 Empfehlungen der GDK

Um die Kantone bei der interkantonalen Koordination und Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung zu unterstützen, hat die GDK am 14. Mai 2009 erstmals Empfehlungen zur Spitalplanung verabschiedet. Sie sollen eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als ein Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Artikel 39 Absatz 2 KVG. Aufgrund der KVV-Änderung zur Weiterentwicklung der Planungskriterien und unter Berücksichtigung der ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurden diese Empfehlungen am 20. Mai 2022 revidiert (GDK 2022a). Im Hinblick auf eine verbindlichere, systematischere Koordination der kantonalen Spitalplanung sowie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und von Anpassungen der Rechtsgrundlagen auf Bundesebene hat die GDK ihre Empfehlungen zur Spitalplanung am 27. November 2025 erneut aktualisiert und ergänzt (GDK 2025).⁶ Es handelt sich dabei um folgende 16 Empfehlungen:

- Empfehlung 1 zur leistungsorientierten Spitalplanung
- Empfehlung 2 zur bedarfsgerechten Spitalplanung
- Empfehlung 3 zum Leistungsspektrum
- Empfehlung 4 zur Wirtschaftlichkeit
- Empfehlung 5 zur Qualität
- Empfehlung 6 zur Erreichbarkeit
- Empfehlung 7 zu Mindestfallzahlen
- Empfehlung 8 zur Mengensteuerung
- Empfehlung 9 zur Aufnahmepflicht
- Empfehlung 10 zur Notfallaufnahme
- Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und zu Patientenströmen
- Empfehlung 12 zur Datenlieferung
- Empfehlung 13 zu den Arbeitsbedingungen
- Empfehlung 14 zu Ausbildungsleistungen
- Empfehlung 15 zu Controlling, Aufsicht und Sanktionen
- Empfehlung 16 zum Datenschutz und zur Informationssicherheit

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sind die Empfehlungen der GDK für die Kantone nicht bindend und enthalten keine verbindliche Auslegung des Krankenversicherungsrechts. Solange bundesrechtliche Vorgaben fehlen und sich die Empfehlungen der GDK nicht als bundesrechtswidrig erweisen, ist indes nicht zu beanstanden, wenn sich die zuständige Behörde darauf abstützt (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-1319/2018 vom 6. September 2019, E. 7.4.3). Soweit keine gegensätzlichen bundesrechtlichen Vorgaben zur Spitalplanung gemäss KVG vorliegen,

⁶ www.gdk-cds.ch > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Planung > Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

können die Empfehlungen der GDK bei der Spitalplanung schweizweit eine gewisse Einheitlichkeit sicherstellen.

Obwohl diese Empfehlungen nicht bindend sind, werden sie gemäss der Umfrage des BAG von den Kantonen mit wenigen Ausnahmen vollumfänglich umgesetzt. Gewisse Empfehlungen werden indes lediglich als «kann»-Empfehlungen formuliert, namentlich die Empfehlungen 7 (Festlegung von Mindestfallzahlen), 8 (Massnahmen zur Mengensteuerung) und 13 (Arbeitsbedingungen). Mehrere Kantone haben sich entsprechend dafür entschieden, sich nicht an diesen Empfehlungen zu orientieren.

3.2 Bedarfsermittlung

3.2.1 Rechtsgrundlagen

Im ersten Planungsschritt wird der künftige Bedarf an medizinischen Leistungen der Bevölkerung eines Kantons oder mehrerer Kantone, die eine Planung gemeinsam aufstellen, ermittelt. Nach Artikel 58b Absatz 1 KVV ermitteln die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche und berücksichtigen namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren.

Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen dabei die Leistungsdaten wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund, im Rahmen einer Kapazitätsplanung die Betriebsdaten wie Aufenthaltsdauer oder Bettenbelegung. Ob die Planung und damit auch die Bedarfsermittlung leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert zu erfolgen hat, wird wiederum in Artikel 58c KVV festgehalten. In der Akutsomatik erfolgt die Planung leistungsorientiert (Art. 58c Bst. a KVV). In der Psychiatrie und in der Rehabilitation (Art. 58c Bst. b KVV) können die Kantone entscheiden, ob die Planung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen soll. Diese Wahlmöglichkeit ist darauf zurückzuführen, dass die entsprechenden Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha eine starke Tageskomponente aufweisen, weshalb die Planung im psychiatrischen und rehabilitativen Bereich weiterhin auch kapazitätsbezogen erfolgen kann (BAG 2021: 15). Bis auf eine Ausnahme gaben aber sämtliche Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG an, in beiden Bereichen grundsätzlich eine leistungsorientierte Planung durchzuführen.

Die blosse Annahme, dass das bestehende Angebot dem zu ermittelnden Bedarf gleichzustellen ist oder die bestehenden Trends sich fortschreiben, erfüllt die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Planung nicht. In diesem Sinne wird in Artikel 58b Absatz 1 KVV präzisiert, dass die Kantone für die Ermittlung des Bedarfs namentlich die Faktoren einzubeziehen haben, welche den Bedarf beeinflussen. Gemäss dem erläuternden Bericht müssen sie überprüfen, inwieweit beispielweise die Entwicklung von Demographie, Epidemiologie, Medizintechnik, Höhe der Vergütung für eine chirurgische ambulante und stationäre Intervention, Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis mit Blick auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung oder Angebote in der Krankenpflege zu Hause (Einflussfaktoren) einen Einfluss auf die für die Ermittlung des Bedarfs relevanten Grössen wie zum Beispiel die Hospitalisationsraten, die Heimaufnahmeraten und die Aufenthaltsdauer (Bedarfsdeterminanten) haben. Sie müssen dabei berücksichtigen, dass die Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden können und sich deswegen auf Szenarien abstützen müssen (BAG 2021: 14).

3.2.2 Planungssystematik

Die zahlreichen medizinischen Leistungen müssen zu Planungszwecken klassifiziert werden. Nur mit einer solchen Klassifikation ist ein Kanton in der Lage, die Leistungsaufträge sinnvoll zu formulieren und zu verteilen sowie für die jeweiligen Bereiche spezifische Anforderungen für die Leistungserbringer festzulegen.

Akutsomatik

Im Bereich der Akutsomatik hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich unter Beizug von zahlreichen Fachexperten ein Konzept mit Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) einschliesslich spezifischer Anforderungen an die einzelnen SPLG erarbeitet.⁷ Die SPLG werden anhand der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) und der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) definiert und in Leistungsbereiche aggregiert (Dermatologie, Neurologie, Pneumologie, usw.). In diesem Rahmen werden die medizinischen Leistungen zu etwa 150 SPLG zusammengefasst. Diese Zuteilung wird jedes Jahr aktualisiert. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat zudem eine Gruppierungssoftware entwickelt und stellt sie gegen eine Lizenzgebühr allen interessierten Spitälern und Kantonen zur Verfügung. Die Grouper Software teilt alle stationären Patientinnen und Patienten anhand der ICD-Diagnose und CHOP-Operationscodes eindeutig einer SPLG zu.

Die GDK empfiehlt den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung des vom Kanton Zürich entwickelten SPLG-Konzepts einschliesslich der damit verbundenen Anforderungen an die einzelnen SPLG (GDK 2025: 12; Empfehlung 3 zum Leistungsspektrum). Gemäss dieser Empfehlung sollen zudem die definierten Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen der einzelnen SPLG gesamtschweizerisch möglichst einheitlich umgesetzt werden. Die Kantone können aber Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen, dies vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Voraussetzungen in den Kantonen und Regionen im Hinblick auf die medizinische Versorgung.

Sämtliche teilnehmenden Kantone gaben im Rahmen der Umfrage des BAG an, das von der GDK empfohlene SPLG-Konzept Akutsomatik des Kantons Zürich zu verwenden. Damit ist eine wichtige Basis für eine interkantonale Koordination gelegt. Zudem wird der administrative Aufwand für die Spitäler dadurch erleichtert, da die Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen harmonisiert ausgestaltet sind.

Psychiatrie

Ein anderes Bild zeigt sich im Bereich Psychiatrie, wo (noch) keine solche umfassende Vereinheitlichung stattgefunden hat. Im Psychiatriebereich geben 9 Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG an, das SPLG-Konzept Psychiatrie des Kantons Zürich⁸ zu verwenden. Etwa 6 Kantone verwenden das sogenannte Berner Modell.⁹ Sofern ersichtlich verwenden die übrigen Kantone eigene Modelle oder übernehmen die entsprechenden ICD-10-F-Diagnosecodes. Im Rahmen der oben erwähnten Empfehlung 3 weist die GDK darauf hin, dass sie darüber entscheiden wird, ob die Verwendung von

⁷ www.zh.ch > Gesundheit > Spitäler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software.

⁸ www.zh.ch > Gesundheit > Spitäler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software.

⁹ www.be.ch > Themen > Gesundheit > Gesundheitsversorger > Spitäler, Psychiatrie und Rehabilitation > Spitallisten > Spitalliste Psychiatrie > Grundlagendokumente Spitalliste Psychiatrie.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

medizinisch basierten Leistungsgruppen zum Zweck der Psychiatrie-Planung den Kantonen ebenfalls empfohlen werden soll, sobald solche vorliegen.

Rehabilitation

Auch im Rehabilitationsbereich ist in den letzten Jahren die Grundlage für eine gewisse Vereinheitlichung und Koordination bei den kantonalen Rehabilitationsplanungen erarbeitet worden. So hat die Plenarversammlung der GDK am 24. November 2022 drei Empfehlungen zu diesem Zweck verabschiedet. Mit der ersten Empfehlung betreffend das gemeinsame Verständnis der Kantone von «Rehabilitation» soll eine einheitliche Grundlage geschaffen werden, auf welche sich die Kantone bei ihren Rehabilitationsplanungen und Leistungsauftragsvergaben abstützen können (GDK 2022b). Bis anhin gab es keine bundesrechtliche Definition von Rehabilitation, was zur Folge hatte, dass das Verständnis von Rehabilitation in den Kantonen unterschiedlich war und auch die Anforderungen an die Leistungserbringer sowie die Leistungsaufträge in diesem Bereich nicht in allen Kantonen gleich ausgestaltet waren. Die zweite Empfehlung betreffend die «Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche» definiert einheitliche Rehabilitationsbereiche (GDK 2022c). Aufbauend auf die Rehabilitationsbereiche der Musterplanungssystematik werden sodann in einer weiteren Empfehlung Qualitätsanforderungen definiert. Dadurch werden die Anforderungen an die Rehabilitationskliniken und -abteilungen sowie die Leistungsaufträge im Bereich der Rehabilitation vereinheitlicht (GDK 2022d).

Diese drei Empfehlungen werden gemäss Angaben der Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG schon heute bzw. mit der nächsten Planung im Bereich der Rehabilitation grossmehrheitlich umgesetzt. 18 Kantone geben an, die Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche der GDK anzuwenden. In diesem Rahmen werden jedoch unterschiedliche Leistungsgruppensystematiken angewendet, die den Empfehlungen der GDK im Bereich Rehabilitation aber grösstenteils entsprechen. Auch hier orientieren sich mehrere Kantone an der vom Kanton Zürich erarbeiteten Leistungsgruppensystematik.

Die GDK weist auf ihrer Website darauf hin, dass in einem nächsten Schritt eine Empfehlung zur Operationalisierung erarbeitet werden soll: dadurch sollen die Rehabilitationsbereiche der Musterplanungssystematik eindeutig und leistungsbezogen abgegrenzt werden, das heisst über allgemein anerkannte medizinische Klassifikationssysteme (z.B. CHOP und ICD) definiert werden.¹⁰

3.2.3 Grundzüge der angewendeten Prognosemodelle

Etwa die Hälfte der Kantone (12 Kantone) geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, zur Bedarfsermittlung in ihrer Spitalplanung aktuell das Prognosemodell des Obsan zu verwenden. Die andere Hälfte (12 Kantone) verwendet ein anderes Prognosemodell, vorwiegend das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) (8 Kantone). Die Methodik des Prognosemodells des Kantons Zürich ist in vielen Punkten gleich oder ähnlich wie die Methodik des Obsan. Unterschiede gibt es z.B. im Umgang mit SPLG mit tiefen Fallzahlen oder der Schätzung der Entwicklung der Aufenthaltsdauer.

Das Obsan ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz und unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen

¹⁰ www.gdk-cds.ch > Gesundheitsversorgung > Rehabilitation.

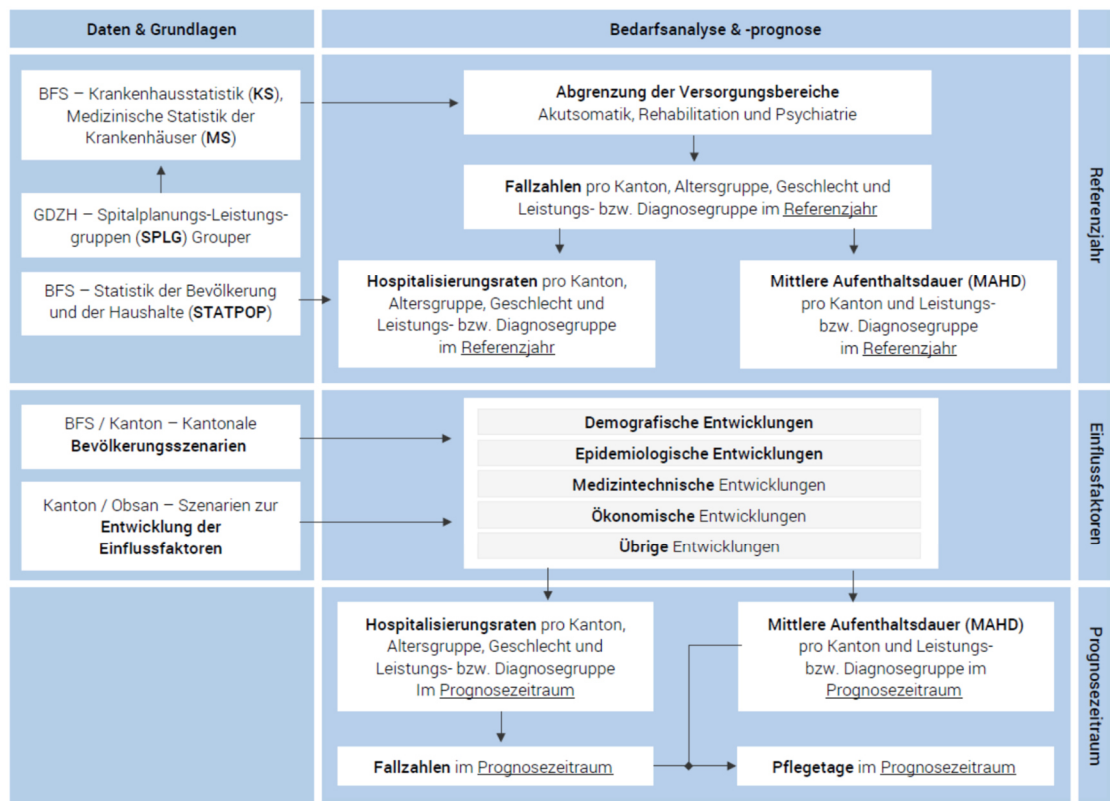
Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Im Hinblick auf die Einführung der Spitalfinanzierung 2012 hatte das Obsan in Zusammenarbeit mit Statistique Vaud ein Modell zur Prognose des stationären Versorgungsbedarfs erarbeitet (Weaver/Cerboni/Oettli/Andenmatten/Widmer 2009), welches in den darauffolgenden Jahren weiterentwickelt wurde. Basierend auf diesem Prognosemodell erarbeitet das Obsan für die interessierten Kantone Versorgungsberichte, welche als Grundlage für die kantonale Spitalplanung in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation dienen. Solche Versorgungsberichte umfassen eine Bedarfsanalyse der aktuellen stationären Gesundheitsversorgung im betreffenden Kanton sowie eine Bedarfsprognose. Die nachfolgende Darstellung des Prognosemodells des Obsan inkl. Datengrundlage und Einflussfaktoren stützt sich auf den durch das Obsan erarbeiteten Versorgungsbericht 2024 des Kantons Luzern (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024).¹¹

Schematische Darstellung

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung des Prognosemodells des Obsan. Zur Veranschaulichung der Ähnlichkeiten zwischen beiden Modellen wird nachfolgend auch eine schematische Darstellung des Zürcher Prognosemodells wiedergegeben (Abbildung 2).

Abbildung 1: Obsan-Modell zur Prognose des Versorgungsbedarfs

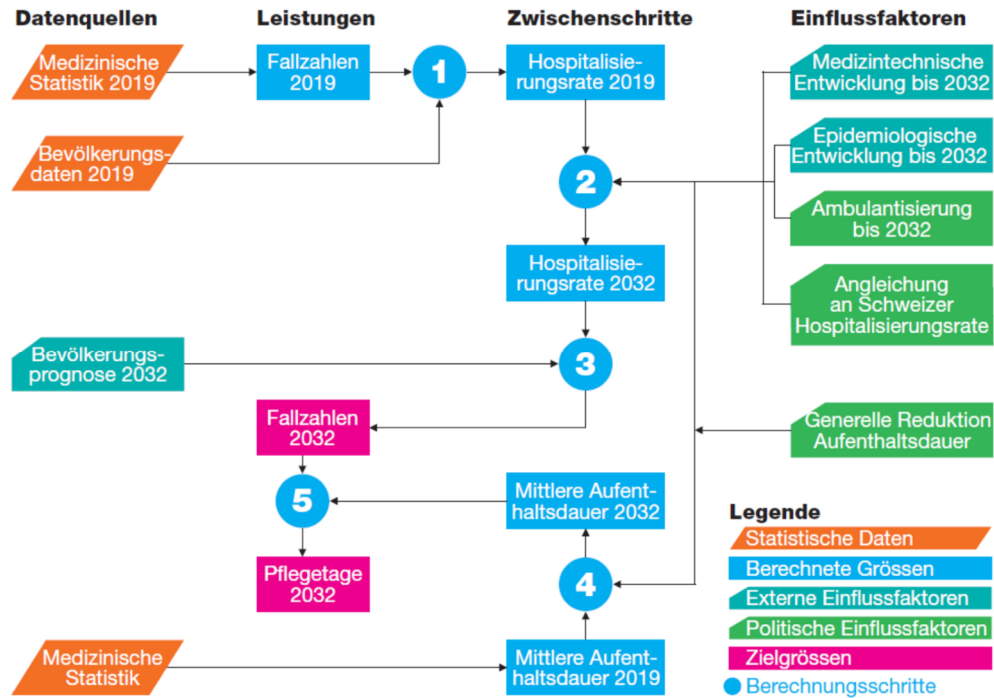


¹¹ Weitere Versorgungsberichte sind unter www.obsan.admin.ch > Publikationen verfügbar. Die französische Fassung des vorliegenden Berichts stützt sich z.B. auf den durch das Obsan erarbeiteten Versorgungsbericht des Kantons Freiburg (Füglister-Dousse/Merçay, 2023)

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Quelle: Obsan 2024 (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 18)

Abbildung 2: Zürcher Prognosemodell des Versorgungsbedarfs der Akutsomatik



Quelle: GDZH (GDZH 2021: 41)

Datengrundlagen

Im Prognosemodell des Obsan sind folgende Datengrundlagen für die Analyse zur aktuellen Versorgungssituation im Referenzjahr (Ist-Zustand) zentral (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 13):

- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)¹² des BFS: die MS erfasst jedes Jahr die Daten aller Hospitalisierungen in den Schweizer Spitälern. Diese Erhebung wird von jedem Spital durchgeführt. Erhoben werden sowohl soziodemographische Informationen der Patienten wie Alter, Geschlecht, Wohnregion als auch administrative Daten wie Versicherungsart, Aufenthaltsort vor der Hospitalisierung und medizinische Informationen wie Diagnosen und Behandlungen.
- Krankenhausstatistik (KS)¹³ des BFS: die KS dient in erster Linie zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit der Spitäler und Geburtshäuser der Schweiz. Die auskunftspflichtigen Betriebe erstatten jährlich Bericht u.a. über die erbrachten ambulanten und stationären Leistungen, das Personal sowie ihre Betriebsrechnung. Kombiniert mit der MS ermöglichen diese Daten die Zuordnung der Spitalaufenthalte zu einzelnen Spitälern sowie die Abgrenzung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

¹² www.bfs.admin.ch > Statistiken > Gesundheit > Erhebungen > Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

¹³ www.bfs.admin.ch > Statistiken > Gesundheit > Erhebungen > Krankenhausstatistik.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)¹⁴ des BFS: die STATPOP ist Teil des eidgenössischen Volkszählungssystems. Sie liefert Informationen zum Bestand und zur Struktur der Wohnbevölkerung am Jahresende sowie zu den Bevölkerungsbewegungen während des Kalenderjahres. Anhand dieser Daten können die standardisierten Hospitalisierungsraten im Rahmen der Ist-Analyse sowie Raten pro Alters- und Leistungsgruppe als Grundlage für die Bedarfsprognosen berechnet werden.

Einflussfaktoren

Auf Grundlage des Ist-Zustands werden für die Bedarfsprognose im Prognosezeitraum folgende Einflussfaktoren miteinbezogen bzw. berücksichtigt:

- Demografische Entwicklungen (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 18): zentrale Datengrundlagen bilden hierzu in der Regel die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS.¹⁵ Das BFS berechnet dabei drei unterschiedliche Szenarien anhand von Hypothesen über die zukünftige Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit, der Wanderungsbewegungen und des Erwerbs des Schweizer Bürgerrechts. Das Referenzszenario schreibt die im Lauf der letzten Jahrzehnte beobachteten Entwicklungen fort. Das «hohe» Szenario kombiniert die Hypothesen, die das Bevölkerungswachstum begünstigen. Das «tiefe» Szenario geht von Hypothesen aus, die dem Bevölkerungswachstum weniger förderlich sind. Bei Bedarf und je nach Verfügbarkeit werden alternativ demografische Prognosen des betreffenden Kantons verwendet.
- Epidemiologische Entwicklungen (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 21): dazu zählen Entwicklungen, die dazu führen, dass sich der Bedarf gewisser Behandlungen oder Interventionen künftig verändern wird (z.B. die Entwicklung des Raucheranteils). Das Obsan kommt diesbezüglich in Anlehnung an die Arbeiten der GDZH (dazu s. GDZH 2021: 47) zum Schluss, dass die Quantifizierung der Effekte epidemiologischer Entwicklungen äusserst schwierig ist und auch in der Fachliteratur wenig empirische Evidenz für solche Prognosen vorliegt. Zudem sind viele Krankheitsbilder und Risikofaktoren alters- und geschlechterabhängig, weshalb ein enges Wechselverhältnis zwischen Epidemiologie und Demografie besteht. Zu einem wesentlichen Ausmass werden die Auswirkungen epidemiologischer Entwicklungen daher bereits über die Bevölkerungsszenarien in die Prognose des künftigen Leistungsbedarfs einbezogen. Aus diesem Grund verzichtet das Obsan in der Regel darauf, zusätzliche epidemiologische Entwicklungen ins Modell einfließen zu lassen. Insofern der auftraggebende Kanton über quantifizierbare Grundlagen verfügt, um bestimmte epidemiologische Entwicklungen einzubeziehen, können diese allerdings im Prognosemodell des Obsan abgebildet werden.
- Medizintechnische Entwicklungen (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 21-22): Als medizintechnische Entwicklungen können die Einführung und Verbreitung neuer Technologien zur Diagnostik, zur Therapie oder zur Prävention verstanden werden. Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden können die Fallzahlen erhöhen, verringern und/oder eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich herbeiführen. Im Modell des Obsan werden die Verlagerungseffekte aufgrund medizintechnischer Entwicklungen mit Bezug auf die Einführung von Listen mit ambulant durchzuführenden Eingriffen in die Prognose integriert (vgl. nachfolgenden Abschnitt zu

¹⁴ www.bfs.admin.ch > Statistiken > Bevölkerung > Erhebungen > Statistik der Bevölkerung und der Haushalte.

¹⁵ www.bfs.admin.ch > Statistiken > Bevölkerung > Zukünftige Entwicklung > Kantonale Szenarien.

den ökonomischen Entwicklungen). In Ergänzung zu den Verlagerungseffekten erlaubt das Prognosemodell des Obsan die Integration von weiteren medizintechnischen Entwicklungen. Voraussetzung ist jedoch, dass quantitative Annahmen zu den Auswirkungen dieser Entwicklungen vorliegen. Als Grundlage für die Quantifizierung medizintechnischer Entwicklungen eignen sich vor allem Expertenbefragungen, je nachdem gekoppelt mit einer systematischen Analyse der Forschungsliteratur. Gemäss den Vorarbeiten im Rahmen der Spitalplanung des Kantons Zürich gibt es in der Akutsomatik nur wenige, sehr spezifische Entwicklungen, deren Effekte auf die Fallzahlen quantifizierbar sind und deshalb berücksichtigt werden können; zudem scheinen die medizintechnischen Entwicklungen keinen Effekt auf die stationären Fallzahlen in der Psychiatrie und Rehabilitation zu haben (GDZH 2021: 45-47). In der Psychiatrie und Rehabilitation können jedoch Auswirkungen, die sich aus den prognostizierten Entwicklungen in der Akutsomatik ableiten, berücksichtigt werden. Beispielsweise führt die Zunahme von Wechseloperationen bei Hüft- und Knieprothesen zu einer Zunahme der anschliessenden Aufenthalte in der Rehabilitation (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 22). Insgesamt haben die medizintechnischen Entwicklungen aber einen eher geringen Einfluss auf die Bedarfsprognose.

- **Ökonomische Entwicklungen (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 22-24):** zentral sind vor allem die potenzielle Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Leistungen sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer:
 - **Ambulantisierung.** Seit dem 1. Januar 2019 gilt die Regelung «ambulant vor stationär» (AvS) nach Artikel 3c und Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31). Diese Regelung legt ausgewählte Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen fest, bei denen nur noch die ambulante Durchführung von der OKP vergütet wird, sofern nicht besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. 2023 wurde die Liste mit ambulant durchzuführenden Eingriffen von ursprünglich sechs auf achtzehn Gruppen erweitert und dadurch eine gesamtschweizerische Harmonisierung der verschiedenen Listen der Kantone und des Bundes erzielt. Im Auftrag des BAG erstellt das Obsan jährlich ein Monitoring, in welchem die Auswirkungen dieser Regelung auf die Anzahl der Eingriffe und die Kosten beobachtet werden.¹⁶ Das Verlagerungspotenzial fliesst in die Bedarfsprognose des Prognosemodells des Obsan ein. Die Prognose stützt sich dabei einerseits auf die oben erwähnte Liste ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen gemäss Anhang 1a KLV sowie auf verschiedene Szenarien zur Ausschöpfung des Verlagerungspotenzials. Um darüber hinausgehende Entwicklungen in der Ambulantisierung zu erfassen, wird bei Bedarf und je nach Wunsch des auftraggebenden Kantons auch der deutsche Katalog ambulant durchführbarer Operationen als Grundlage zur Prognose von Verlagerungstendenzen verwendet (Fischer/Jörg 2025: 31).
 - **Verkürzung der Aufenthaltsdauer.** Im Gegensatz zu zeitbezogenen Vergütungsformen (wie Tagespauschalen) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pauschal pro Behandlungsfall. Dadurch besteht für die Leistungserbringer ein Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer. In den Jahren nach Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik (SwissDRG) war erwartungsgemäss ein kontinuierlicher Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer in fast allen Kantonen feststellbar, wobei bereits vor Einführung der Fallpauschalen ein

¹⁶ www.obsan.admin.ch > Indikatoren > Ambulant vor Stationär (AvS).

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

kontinuierlicher Rückgang der Aufenthaltsdauern zu beobachten war. Zum heutigen Zeitpunkt ist jedoch schwierig zu beurteilen, ob der Druck auf die Aufenthaltsdauer in einem Fallpauschalensystem weiterhin bestehen bleibt oder ob das Potenzial zur Reduktion der Aufenthaltsdauer heute weitgehend ausgeschöpft ist. Um eine realistische Bandbreite der möglichen Entwicklung abzubilden, implementiert das Obsan für die Bedarfsprognose unterschiedliche Annahmen in verschiedenen Szenarien.

- Bedarf und Inanspruchnahme (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 24): das Modell des Obsan verwendet die Hospitalisierungsraten im Referenzjahr (nach Leistungsgruppe, Wohnkanton sowie Geschlecht und Altersgruppe) als Grundlage für die Bedarfsprognose. Diese Hospitalisierungsraten resultieren aus der effektiven Inanspruchnahme der kantonalen Wohnbevölkerung im Referenzjahr. Diese bildet den tatsächlichen Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung nicht unbedingt adäquat ab, nämlich bei einer bestehender Unter-, Über- und/oder Fehlversorgung. Somit besteht das Risiko, dass zum Referenzzeitpunkt bestehende Über- oder Unterversorgungssituationen in der Bedarfsprognose nachgebildet werden. Um mögliche Verzerrungen in der Bedarfsschätzung zu berücksichtigen, werden die kantonalen mit den gesamtschweizerischen Werten verglichen. Inwiefern regionale Unterschiede in einem spezifischen Leistungsbereich auf eine Fehlversorgung zurückzuführen sind, ist allerdings schwierig zu bestimmen. Im Prognosemodell des Obsan wird diesem Umstand anhand von unterschiedlichen Szenarien zur Angleichung der Hospitalisierungsraten Rechnung getragen. Je nach Szenario liegen unterschiedliche Annahmen bezüglich der Annäherung der kantonalen Raten an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, Altersgruppe und SPLG zugrunde. Auch im Zürcher Modell wird eine ähnliche Vorgehensweise verfolgt und eine Korrektur für eine allfällige kantonale Überversorgung durch eine Angleichung der Hospitalisierungsraten und der mittleren Aufenthaltsdauer pro SPLG und Altersgruppe an den Schweizer Durchschnitt vorgenommen (GDZH 2021: 85-86).

Im Prognosemodell des Obsan – wie auch im Zürcher Modell – werden die Einflussfaktoren bei der Bedarfsschätzung in Form von drei Prognoseszenarien berücksichtigt (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 49). Im Mittelpunkt der Bedarfsprognose steht das Basisszenario, dass das plausibelste Szenario darstellt. Das minimale bzw. das maximale Szenario stellen die Bandbreite der möglichen Entwicklungen dar. Das Minimalszenario kombiniert Annahmen und Szenarien zu den Einflussfaktoren, die zu einer relativ niedrigen Bedarfsschätzung führen, während das Maximalszenario die Obergrenze der Bandbreite möglicher Entwicklungen angibt.

3.2.4 Patientenströme

Die Analyse der Patientenströme bildet eine wichtige Komponente der Spitalplanung. Die Informationen über die Patientenströme sind namentlich die Grundlage für die Beurteilung des Angebotes, das mit der freien Wahl der Einrichtung, die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen, beansprucht wird und damit auch um zu bestimmen, welches Angebot auf der kantonalen Liste zu sichern ist (vgl. Ziffer 3.3.1).

In diesem Rahmen ermittelt das Obsan im Rahmen von Versorgungsberichten den Abdeckungsgrad der kantonalen Spitalliste. Der Abdeckungsgrad gibt Auskunft über den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton, die in einem Spital behandelt wurden, das über einen Leistungsauftrag des Kantons in der betreffenden Leistungsgruppe verfügt. Mit dem Abdeckungsgrad kann die Angemessenheit des über die kantonale Spitalliste definierten Versorgungsangebots und somit die

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Bedarfsgerechtigkeit der kantonalen Spitalplanung überprüft werden (vgl. Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 35-37).

Das Obsan bietet den interessierten Kantonen zudem an, im Rahmen von Versorgungsberichten die Patientenströme basierend auf den Daten der MS detailliert zu analysieren und auszuwerten (als Beispiel für die Akutsomatik im Kanton Luzern s. Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 40-47). Insbesondere werden folgende Indikatoren berechnet, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen (Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 40):

- *Zuwanderung*. Die Zuwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz ausserhalb eines Kantons in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons.
- *Zustrom*. Der Zustrom steht für den Anteil der von ausserhalb eines Kantons kommenden Patienten und Patientinnen an allen Hospitalisierungen in Spitälern mit Standort innerhalb des Kantons.
- *Abwanderung*. Die Abwanderung beschreibt die Anzahl Hospitalisierungen ausserhalb eines Kantons von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz innerhalb des Kantons.
- *Abfluss*. Der Abfluss steht für den Anteil der ausserhalb eines Kantons hospitalisierten Fälle an allen Hospitalisierungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton.
- *Market Share Index (MSI)*. Der MSI zeigt, wie viele der in einem Kanton hospitalisierten Fälle auch dort wohnhaft sind und bildet damit den prozentualen Anteil der Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton ab, die in einem Spital mit Standort innerhalb des Kantons behandelt werden.
- *Lokalisationsindex (LI)*. Der LI bezeichnet den Anteil der in einem Kanton wohnhaften Fälle, die im Kanton hospitalisiert werden, an allen Hospitalisierungen von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz im Kanton. Diese Kennzahl zeigt, welcher Anteil der hospitalisierten Bevölkerung im eigenen Wohnkanton hospitalisiert wird und somit im Kanton «bleibt».
- *Nettowanderung*. Die Nettowanderung zeigt, wie gross die Differenz zwischen den von ausserhalb eines Kantons kommenden Fällen (Zuwanderung) und den aus dem Kanton hinausgehenden Fällen (Abwanderung) ist.
- *Exportindex (EI)*. Der EI bildet das Verhältnis zwischen Abwanderung und Zuwanderung.

3.3 Zuteilung der Leistungsaufträge

3.3.1 Bedarfsdeckung

Nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG müssen die Kantone eine bedarfsgerechte Spitalversorgung planen. Nach Artikel 58a Absatz 1 KVV umfasst die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen. Nach Artikel 58b Absatz 3 KVV müssen die Kantone bestimmen, welche inner- und ausserkantonale Spitäler in ihre Spitallisten aufzunehmen sind, damit die Versorgung ihrer Bevölkerung gewährleistet ist. Nur mit der Erteilung eines entsprechenden Leistungsauftrags sind die Spitäler verpflichtet, für die betroffene Wohnbevölkerung eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht, vgl. Art. 41a KVG).

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Nach Artikel 58b Absatz 3 KVV entspricht das zu sichernde Angebot dem ermittelten Versorgungsbedarf (Art. 58b Abs. 1 KVV, vgl. Ziffer 3.2) abzüglich des Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Gemäss dem Kommentar zu dieser Bestimmung soll dadurch berücksichtigt werden, dass ein Teil der Kantonsbevölkerung ein Angebot in Vertragsspitälern nach Artikel 49a Absatz 4 KVG sowie in ausschliesslich auf der Liste anderer Kantone aufgeführten Spitälern – dies wegen der freien Wahl und der medizinischen indizierten Hospitalisationen – beanspruchen wird (BAG 2008: 8). Vor diesem Hintergrund bildet die oben erwähnte Analyse der Patientenströme einen wichtigen Teil der Bedarfsermittlung (vgl. Ziffer 3.2.4).

Die Erstellung einer kantonalen Spitalliste setzt voraus, dass die Kantone den Anteil ihrer Wohnbevölkerung kennen, der Spitalbehandlungen in anderen Kantonen in Anspruch nimmt. Vor diesem Hintergrund – Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots – sind die Patientenströme und insbesondere die Patientenabwanderungen massgeblich. Patientenzuwanderungen sind wiederum relevant, um sicherzustellen, dass ausserkantonale Patienten nicht Leistungen beanspruchen, die für die Kantonsbevölkerung des Standortkantons oder einer bestimmten Region vorgesehen sind und damit Patientinnen und Patienten, für welche die Leistungen geplant waren, verdrängen (BAG 2008: 9). Gemäss dem Bundesverwaltungsgericht kann eine Spitalplanung, welche die ausserkantonale Nachfrage (d.h. die Patientenzuwanderung) nicht berücksichtigt, nicht als bedarfsgerecht bezeichnet werden (Urteil des BVGer C-7017/2015 vom 17. September 2021, E. 6.6.2).

Gemäss den Empfehlungen der GDK können die Kantone je nach Inanspruchnahme von Leistungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste von einer Abdeckung von 100 % der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abweichen. Eine Abdeckung von unter 80 % der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung, bzw. von unter 70 % bei Kantonen mit weniger als 300'000 EinwohnerInnen, ist aber entsprechend zu begründen (GDK 2025: 10; Empfehlung 2 zur bedarfsgerechten Spitalplanung, Bst. e). Gemäss diesem Richtwert soll daher ein Kanton eine sinnvolle Erklärung dafür liefern, wieso sich bei einer Leistungsgruppe weniger als 80 % der Kantonsbevölkerung in Listenspitäler behandeln lässt.

3.3.2 Ermessensspielraum der zuständigen Behörde

Nach Artikel 58b Absatz 4 KVV berücksichtigen die Kantone bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots insbesondere die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung (Bst. a), den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist (Bst. b) und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags (Bst. c).

Die Zuteilung der Leistungsaufträge ist somit das Ergebnis einer Abwägung verschiedener Kriterien, die u.U. in einem gewissen Spannungsverhältnis stehen. Diesbezüglich stellt Artikel 58b Absatz 4 KVV kein Kriterium über die anderen. In seiner Rechtsprechung kam das Bundesverwaltungsgericht wiederholt zum Schluss, dass Artikel 58b Absatz 4 KVV keine Hierarchisierung der erwähnten Kriterien vorsieht und auch grundsätzlich nicht zulässt, dass die zuständigen Behörden eine Rangfolge zwischen diesen Kriterien festlegen; vielmehr müssen diese Kriterien gleichzeitig der Evaluation und der Auswahl der Leistungserbringer dienen (Urteil BVGer C-7017/2015 vom 17. September 2021, E. 7.1.3.4 und 9.2.9; Urteil BVGer C-224/2020 vom 30. April 2024, E. 10.1; s. auch BGE 138 II 398, E. 7.2.2).

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung. Gemäss ständiger Rechtsprechung handelt es sich dabei um einen primär politischen Entscheid, für welchen die zuständigen Behörden über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügen (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 3.1). Auch bei der vorzunehmenden Abwägung der verschiedenen Kriterien kommt ihnen ein erheblicher Ermessensspielraum zu.

Dementsprechend gibt das Gesetz den einzelnen Spitälern keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste (BGE 132 V 6, E. 2.4.1). Ein Anspruch auf Erteilung eines Leistungsauftrags ist weder den gesetzlichen Grundlagen noch der bisherigen Rechtsprechung zu entnehmen, unabhängig davon, ob alle gestellten Anforderungen erfüllt werden können oder nicht (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 6.2.2). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der Rechtsgleichheit im Zusammenhang mit der Spitalplanung nur eine eingeschränkte Bedeutung zukommt. Es genügt, dass eine Planung objektiv vertretbar, das heisst nicht willkürlich ist (Urteil BVGer C-2818/2019 vom 2. April 2012, E. 7.11).

3.3.3 Zugang innert nützlicher Frist

Das Kriterium des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist erlaubt es den Kantonen, bei der Auswahl der Leistungserbringer deren geographische Nähe zur Bevölkerung zu berücksichtigen.

Gemäss der Rechtsprechung verlangt das Kriterium des Zugangs der Patienten und Patientinnen zur Behandlung innert nützlicher Frist aufgrund der unbestimmten Formulierung «innert nützlicher Frist» eine Bewertung der erforderlichen Behandlung. Dabei ist zu bedenken, dass der Zugang zu einer Behandlung «innert nützlicher Frist» nicht allein von der Reisezeit zum Leistungserbringer abhängt, sondern zumindest auch von den konkreten Umständen, unter welchen die Diagnose gestellt wird, bei Bedarf von der Erreich- und Verfügbarkeit der ambulanten Transportdienste sowie des gewählten Transportwegs und letztlich von der Verfügbarkeit des notwendigen Personals vor Ort (Urteil BVGer C-1405/2019 vom 4. April 2022, E. 10.4).

Bei der vorzunehmenden Abwägung darf dem Kriterium der Erreichbarkeit bei spezialisierten Leistungen weniger Gewicht beigemessen werden als bei Leistungen der Grund- und Notfallversorgung (Urteil BVGer C-2887/2019 vom 26. Januar 2021, E. 7.6). Daraus resultiert grundsätzlich, dass häufige und/oder dringende Leistungen wohnortnah geplant werden sollen, während bei seltenen oder nicht dringenden Leistungen weitere Wege zumutbar sind und somit die Leistungen konzentriert werden können. Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 18; Empfehlung 6 zur Erreichbarkeit) sind Erreichbarkeitskriterien insbesondere für die bedarfsorientierte Grund- und Notfallversorgung wichtig. Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton unter Berücksichtigung der Art der Leistung (Grund- oder Spezialversorgung) unterschiedliche Richtwerte zur Erreichbarkeit anwenden, um zwischen der Grund- und Notfallversorgung sowie der Spezialversorgung einerseits, sowie den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation andererseits, angemessen zu differenzieren.

Als Beispiel für die Evaluation dieses Kriterium kann die Methodik der GDZH skizziert werden. Für den Nachweis der angemessenen Zugänglichkeit zur Grundversorgung werden die mittleren Fahrzeiten vom Wohn- bzw. Arbeitsort der Zürcherinnen und Zürcher bis zum Spitalstandort berechnet. Dabei wird ein Verkehrsmodell angewendet, welches sich auf Angaben zum motorisierten Individualverkehr

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

unter der Annahme einer mittleren Verkehrsbelastung des kantonalen Strassennetzes stützt. Für jeden Spitalstandort und jede Postleitzahl wird die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsorte auf Postleitzahlebene zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst (GDZH 2021: 54). Für den Kanton Zürich ergibt diese Analyse, dass der Zugang der Wohnbevölkerung zur Spitalversorgung auf hohem Niveau gewährleistet ist. Die durchschnittliche Fahrzeit zwischen Wohn- bzw. Arbeitsort und dem zeitlich nächstgelegenen Spital für über 99 % der Wohnbevölkerung und über 99 % aller im Kanton Zürich gelegenen Arbeitsplätze weniger als 20 Minuten beträgt. In Gebieten, in denen die Fahrzeit bei über 30 Minuten liegt, wohnten zum Analysezeitpunkt keine Personen (GDZH 2021: 104).

3.3.4 Wirtschaftlichkeit

Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten

Artikel 58d KVV enthält nähere Bestimmungen zur Umsetzung des nach Artikel 58b Absatz 4 Buchstabe a erwähnten Kriterium der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Bestimmung des Angebots, der auf der Liste zu sichern ist. Nach Artikel 58d Absatz 1 KVV erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler namentlich durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten.

Nach Artikel 49 Absatz 8 KVG ordnet der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Das BAG und die GDK haben sich diesbezüglich auf ein Konzept geeinigt: die GDK übernimmt auf Seiten der Kantone die Rolle des Koordinationsorgans und stellt die notwendigen Daten der Leistungserbringer dem BAG zur Verfügung; das BAG ist mit der Publikation der Betriebsvergleiche beauftragt (BAG 2019). Zum heutigen Zeitpunkt werden nur die Spitäler der stationären Akutsomatik und die Geburtshäuser der Schweiz berücksichtigt. Eine Ausweitung auf die stationäre Psychiatrie und Rehabilitation ist geplant. Grundlage hierfür ist, dass die Kostendaten ein aussagekräftiges Benchmarking zulassen.

Damit dieser Vergleich sachgerecht vorgenommen werden kann, müssen Kosten- und Leistungsdaten nach einer einheitlichen Methode ermittelt werden. Artikel 49 Absatz 7 KVG verpflichtet die Spitäler entsprechend dazu, über geeignete Führungsinstrumente zu verfügen. In diesem Zusammenhang hat das Bundesverwaltungsgericht festgehalten, dass die Anwendung der Rechnungslegungs- bzw. Tarifierungsmodelle REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) und ITAR_K (Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis) von H+ Die Spitäler der Schweiz, aufgrund deren Bedeutung und Verbreitung grundsätzlich nicht in Frage zu stellen seien (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1698/2013 vom 7. April 2014, E. 3.4.3).

Die Kantone führen die anschliessende Aufbereitung und Verarbeitung der Daten der Spitäler gemäss einer schweizweit einheitlichen Methodik durch. Dazu hat der Vorstand der GDK am 27. Juni 2019 Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verabschiedet (GDK 2019). Diese Empfehlungen präzisieren u.a., wie die OKP-relevanten Betriebskosten im stationären Bereich hergeleitet werden, bzw. was als Betriebskosten angerechnet werden kann, und legt Mindestkriterien zur Prüfung der Plausibilität der Kostendaten fest. Dadurch wird die notwendige Einheitlichkeit bei der Kostenermittlung sichergestellt.

Die stationären Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser im Bereich der Akutsomatik werden über die Fallpauschalen der Tarifstruktur SwissDRG vergütet. Damit der unterschiedlichen Komplexität der

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Fälle Rechnung getragen werden kann, werden homogene Gruppen von Fällen gebildet und diese unterschiedlich gewichtet. Für einen Vergleich werden die Fallkosten eines Spitals um die unterschiedlichen Gewichtungen der eigenen Fälle bereinigt (schweregradbereinigte Fallkosten). So können die Kosten eines standardisierten Falls der Spitäler untereinander verglichen werden.

Mit der Gewichtung der Spitalleistungen nach Fallschwere lassen sich die Fallkosten aller Spitäler – unabhängig von deren Leistungsspektrum und Grösse – miteinander vergleichen. In diesem Zusammenhang ist aber zu beachten, dass die Vergütung mittels Pauschalen (z.B. SwissDRG-Tarifstruktur) systembedingt zu Abbildungsungenauigkeiten bei gewissen Leistungen führt. Spitäler, welche einen hohen Anteil an nicht sachgerecht abgebildeten Leistungen erbringen, weisen unter Umständen Fallkosten auf, welche nicht unbedingt auf deren Effizienz schliessen lassen. Aufgrund bisheriger Analysen und Erfahrungen ist davon auszugehen, dass systematische Differenzen der Kostensituation mindestens zwischen den Spitälern am Ende der Versorgungskette (Endversorgerspitäler) sowie den übrigen Spitälern bestehen, die mit der aktuellen Tarifstruktur noch nicht ausreichend abgebildet werden können (GDK 2019: 11). So weisen weder hohe Kosten (etwa bei Endversorgerspitälern) zwingend auf eine tiefe Effizienz, noch tiefe Kosten zwingend auf eine hohe Effizienz hin. Dieser Aspekt muss bei einem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern berücksichtigt werden.

Nach Artikel 58d Absatz 5 KVV kann sich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit auf aktuelle Beurteilungen anderer Kantone stützen. In der Regel sind für ein bestimmtes Spital die Beurteilungen des Standortkantons massgeblich; die Kantone, die eine ausserkantonale Einrichtung auf die eigene Spitalliste aufnehmen, stützen sich dabei auf die Beurteilung des Standortkantons.

Benchmarking

Die überwiegende Mehrheit der Kantone geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einen Benchmark zu verwenden, und dies in allen stationären Bereichen (Akutsomatik: 23 Kantone, Rehabilitation: 21 Kantone, Psychiatrie: 18 Kantone). Dabei wird mehrheitlich eine Perzentilwertmethode verwendet, nach einer ähnlichen oder gleichen Methode wie bei der Tarifiermittlung.

Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Gegenüberstellung der schweregradbereinigten Kosten – auch ohne Anwendung eines Benchmarks – schon einen Vergleich ermöglicht. Zudem ist die Verwendung eines solchen Benchmarks in vielen Fällen nicht als absolutes Ausschlusskriterium zu verstehen: wie oben erwähnt, lassen Fallkosten unter Umständen nicht unbedingt auf die Effizienz schliessen. Zudem werden auch weitere Kriterien (z. B. Versorgungsrelevanz, Erreichbarkeit, Qualität) für die Auswahl berücksichtigt.

Wirtschaftliche Stabilität

Gemäss den Erläuterungen zur KVV-Änderung können im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung neben dem Vergleich der schweregradbereinigten Kosten beispielsweise auch die wirtschaftliche Stabilität im Hinblick auf die langfristige Wirtschaftlichkeit und somit die Versorgungssicherheit beurteilt werden (BAG 2021: 16). Auch in den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 14; Empfehlung 4 zur Wirtschaftlichkeit, Bst. c) wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass der Kanton im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität eines Spitals prüfen kann (z.B. genügende Eigenkapitalausstattung, EBITDA/EBITDAR-Marge o.ä.) und als Kriterium einbeziehen. Der EBITDA

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

(*Earning Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization*) ist der Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Anlagen und immateriellen Gütern, sowie Amortisation. Er berechnet sich aus der Differenz der Erträge zu den Personal- und Sachaufwand und bezieht sich auf das Gesamtunternehmen. Mehrere Kantone geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, Daten zur wirtschaftlichen Stabilität der Spitäler zu berücksichtigen (z.B. EBITDAR-Marge, Eigenkapitalquote, Reservequote, Liquiditätsplanung, usw.).

3.3.5 Qualität

Artikel 58d KVV enthält nähere Bestimmungen zur Umsetzung des nach Artikel 58b Absatz 4 Buchstabe a erwähnten Kriterium der Qualität im Rahmen der Bestimmung des Angebots, der auf der Liste zu sichern ist. Gemäss Artikel 58d Absatz 2 KVV ist bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt: sie verfügt über das erforderliche qualifizierte Personal (Bst. a); über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem (Bst. b); über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und hat sich, wo ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen (Bst. c); über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen (Bst. d); über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel (Bst. e).

Artikel 58d Absatz 2 KVV enthält somit die Mindestanforderungen zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer. Gemäss dem Erläuterungsbericht soll damit sichergestellt werden, dass deren Zulassung schweizweit nach einheitlichen Anforderungen erfolgt. Diese Anforderungen sollen unter anderem dazu beitragen, dass die Zahl der unerwünschten Ereignisse reduziert werden kann. In Bezug auf die Mindestanforderungen besteht eine Prüfpflicht der Kantone. Die Gewichtung der Mindestanforderungen liegt aber im Ermessen der Kantone. Auch bei der Ausgestaltung der Vorgaben kommt den Kantonen ein erheblicher Ermessensspielraum zu (BAG 2021: 17).

Fast alle Kantone geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, sämtliche aufgelistete Kriterien bei der Beurteilung der Leistungserbringer anzuwenden. Die Aufzählung der Mindestanforderungen in Artikel 58d Absatz 2 KVV ist nicht abschliessend; dementsprechend können die Kantone auch weitere Mindestanforderungen festlegen. Im SPLG-Konzept (vgl. oben unter Ziffer 3.2.2) werden in dieser Hinsicht für die einzelnen SPLG oftmals schon zahlreiche Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen definiert. Weiter geben 16 Kantone an, weitere Kriterien zur Beurteilung der Qualität anzuwenden, beispielsweise hinsichtlich Beschwerdemanagement, Teilnahme an spezifischen Qualitätsprogrammen, Hygienekonzept oder Veranstaltung von Qualitäts- und Hygieneschulungen für das Personal.

Gemäss ihren Rückmeldungen überprüfen die Kantone die Einhaltung dieser Qualitätsanforderungen im Rahmen des Bewerbungsprozesses für die Leistungsaufträge vor allem anhand von Selbstdeklarationen durch den Bewerber (allenfalls mit entsprechenden Nachweisen). Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 16; Empfehlung 5 zur Qualität, Erläuterung zur Bst. a) sollen die Kantone die Angaben der Spitäler vertieft überprüfen, wenn die Selbstdeklaration qualitativ nicht ausreichend ist (z.B. lückenhafte Informationen, fehlende Belege) oder wenn Hinweise auf eine nicht wahrheitsgemässe Selbstdeklaration vorliegen. Nach Erteilung der Leistungsaufträge wird die Einhaltung der geforderten Qualitätsvorgaben im Rahmen von Audits, Inspektionen oder Monitoring durch die Kantone kontrolliert.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Nach Artikel 58d Absatz 3 KVV können die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden. Die überwiegende Mehrheit der Kantone gab im Rahmen der Umfrage des BAG auch an, die Ergebnisse solcher national durchgeführter Qualitätsmessungen zu berücksichtigen.

Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 15; Empfehlung 5 zur Qualität, Bst. e) sollen die Kantone die Spitäler im kantonalen Leistungsauftrag verpflichten, an den durch den Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Dadurch soll eine breite Basis für die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit von Qualitätsindikatoren geschaffen werden. Der ANQ wurde 2009 gegründet.¹⁷ Vereinsmitglieder sind der Spitalverband H+ Die Spitäler der Schweiz, die Verbände der Versicherer (santésuisse, prio.swiss, MTK/eidgenössische Sozialversicherer) und alle 26 Kantone. Der ANQ setzt einheitliche Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie um. In der Akutsomatik betreffen diese Messungen z.B. potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen und Reoperationen, Wundinfekte, Dekubitus, Stürze oder Patientenzufriedenheit. Die Messergebnisse werden veröffentlicht und erlauben einen schweizweiten Vergleich zwischen den Spitälern und Kliniken. Sie liefern damit den Spitälern Grundlagen, um Massnahmen zur Verbesserung der Qualität zu entwickeln und können auch den Versicherern bei den Tarifverhandlungen und den Kantonen bei der Spitalplanung dienen.

Mit dem Inkrafttreten von Artikel 58a KVG per 1. April 2021 sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. Qualitätsverträge regeln unter anderem die konkreten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung, die Qualitätsmessungen und die Sanktionen bei Verletzung des Qualitätsvertrags. Am 22. Mai 2024 hat der Bundesrat den ersten Qualitätsvertrag zwischen dem Verband H+ Die Spitäler der Schweiz und den Versichererverbänden curafutura und santésuisse genehmigt. Dieser Qualitätsvertrag integriert die bestehenden ANQ-Qualitätsmessungen in Schweizer Spitälern und Kliniken. Er legt zudem die konkrete Ausgestaltung der Anforderungen an ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem verbindlich fest und sieht die Erarbeitung betriebsinterner Qualitätskonzepte, die Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen sowie die Durchführung von externen Überprüfungen vor.

Zudem veröffentlicht das BAG auf der Basis von Artikel 59a KVG Qualitätsindikatoren im Spitalbereich.¹⁸ Für die Analyse der Indikatoren nach ausgewählten Diagnosen und Eingriffen wird auf bereits vorhandene Routinedaten zurückgegriffen. Mit dem gewählten Konzept wird auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Art und Weise ein systematischer Vergleich der Ergebnisqualität der Akutspitäler ermöglicht.

3.3.6 Nutzung von Synergien, Mindestfallzahlen und Potenzial der Konzentration von Leistungen

Nach Artikel 58d Absatz 4 KVV ist bei der Beurteilung der Spitäler insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten. Die überwiegende Mehrheit der Kantone geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, diese Kriterien anzuwenden (Nutzung

¹⁷ www.anq.ch.

¹⁸ www.bag.admin.ch > Zahlen & Statistiken > Spitäler: Zahlen & Fakten > Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

von Synergien: 19 Kantone; Mindestfallzahlen: 22 Kantone; Potenzial der Konzentration von Leistungen: 23 Kantone), wobei je nach geographischer Lage die Berücksichtigung solcher Kriterien erschwert sein könne.

Aus der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts lässt sich ableiten, dass eine Angebotskonzentration grundsätzlich als KVG-konform betrachtet wird (Urteil BVGer C-3413/2014 vom 11. Mai 2017, E. 11.4.4). Dem Potenzial zur Konzentration sind jedoch Grenzen gesetzt. Einerseits müssen die Kantone bei der Versorgungsplanung das Kriterium des Zugangs innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV, vgl. Ziffer 3.3.3) beachten, wobei die Vorgabe in Bezug auf die zu erbringenden Leistungen – darunter fallen auch die Besonderheiten der Patientinnen und Patienten – zu bewerten ist. Andererseits müssen auch die verfügbaren (zukünftigen) Kapazitäten der sich bewerbenden Leistungserbringer berücksichtigt werden.

Gemäss den Erläuterungen zur KVV-Änderung müssen die Kantone auch das Potenzial der Konzentration von Leistungen beachten, welches mit den nötigen strukturellen und organisatorischen Massnahmen auf der Angebotsebene ausgeschöpft werden kann. Damit kann prospektiv der Effekt der Anpassung der Versorgungsstruktur im Sinne der Spitalplanung und der vorgesehenen Spitalliste auf die erwartete Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung berücksichtigt werden (BAG 2021: 20). Auch die GDK empfiehlt, dass das prospektive Optimierungspotenzial berücksichtigt wird, das mit der Konzentration zusammenhängender Leistungsbereiche auf eine reduzierte Zahl von Leistungserbringern erreicht werden kann (GDK 2025: 14; Empfehlung 4 zur Wirtschaftlichkeit, Bst. d).

Kantone berücksichtigen Mindestfallzahlen bei der Auswahl der Leistungserbringer (Art. 58d Abs. 4 KVV), können aber auch bei der Bestimmung der Auflagen, die die ausgewählten Leistungserbringer erfüllen müssen, Mindestfallzahlen vorsehen (Art. 58f Abs. 4 Bst. f KVV). Die Anforderung der Mindestfallzahlen kann sich nicht nur auf das Spital, sondern auch auf andere Parameter beziehen, wie die operierende Person oder das Operationsteam (BAG 2021: 22). Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 19; Empfehlung 7 zu Mindestfallzahlen, Erläuterung zur Bst. a) kann die Definition von Mindestfallzahlen nur soweit vorgenommen werden, als sie im Kontext von der Nutzung von Synergien und der Leistungskonzentration von Relevanz ist. Entsprechend gilt sie nicht zwingend für alle, sondern für die vom Kanton zu bezeichnenden Leistungen oder Leistungsgruppen.

Gemäss dem Bundesverwaltungsgericht führt die Bestimmung mit Mindestfallzahlen ausdrücklich ein Kriterium auf, mit der die Qualität einer Leistung beurteilt oder sichergestellt werden kann. Die Bestimmung schreibt den Kantonen jedoch nicht vor, nach welchen Kriterien die Qualität der Leistungserbringung zu beurteilen ist. Die Kantone entscheiden, mittels welcher Messgrössen sie die Qualität der Spitäler beurteilen; je nach Leistungsspektrum beziehungsweise Leistungsgruppen, für die ein Spital einen Leistungsauftrag erhält, kann der Kanton leistungsspezifische Anforderungen an die Qualität wie Mindestfallzahlen festsetzen (Urteil BVGer C-5603/2017 vom 14. September 2018, E. 7.6.6.2 m.w.H.). Die Vorgabe von Mindestfallzahlen soll dabei nicht nur die Qualität, sondern auch die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit fördern (Urteil BVGer C-5603/2017 vom 14. September 2018, E. 7.6.6). Durch die Behandlung einer Mindestzahl von Fällen erhält ein Spital bzw. das Behandlungsteam Routine und Erfahrung, wodurch die Behandlungsqualität sichergestellt werden soll (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 7.3.3.1). Aus diesem Grund werden in der Schweiz auch zunehmend Mindestfallzahlen für Spitalbehandlungen vorgesehen. Mindestfallzahlen sind auch Bestandteil der leistungsspezifischen Anforderungen des SPLG-Konzepts und werden als solche von den meisten Kantonen angewendet (vgl. Ziffer 3.2.2).

3.3.7 Versorgungsrelevanz

Gemäss den Empfehlungen der GDK ist die Versorgungsrelevanz eines Spitals zur Deckung des notwendigen Bedarfs ein mögliches Kriterium für die Vergabe eines Leistungsauftrags (GDK 2025: 9; Empfehlung 2 zur bedarfsgerechten Spitalplanung, Bst. b). Die Kantone können für den durch einen Leistungserbringer zu deckenden Bedarf einen Schwellenwert festlegen. Ein innerkantonales Spital ist somit nicht als versorgungsrelevant zu betrachten, wenn sein Anteil in der betroffenen Leistungsgruppe nicht mindestens 5 % (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern beträgt (Bst. c). Für ein ausserkantonales Spital wird diesen Schwellenwert auf mindestens 10 % (und zugleich mindestens 10 Fälle) festgelegt. Das Bundesverwaltungsgericht hat diesbezüglich darauf hingewiesen, dass das Kriterium der Versorgungsrelevanz zulässig ist, da es dazu dient, die Qualität und Wirtschaftlichkeit einer Leistung zu beurteilen (Urteil BVGer C-401/2012 vom 28. Januar 2014, E. 9.2).

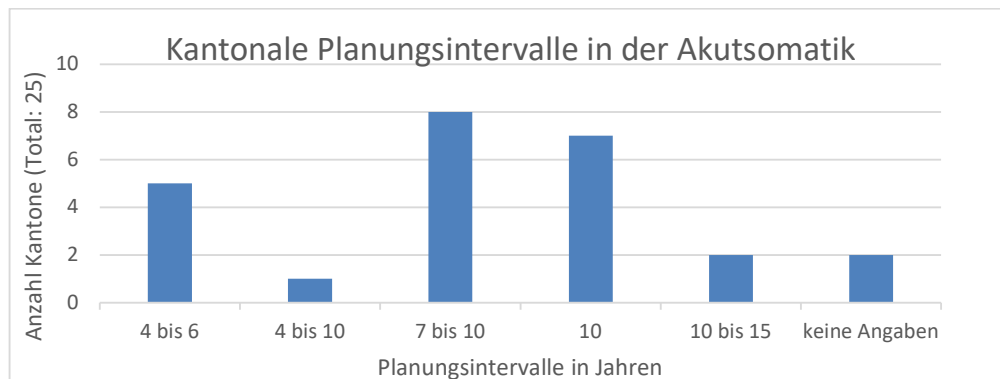
3.4 Verfahrensführung

3.4.1 Planungsintervalle

Nach Artikel 58a Absatz 2 KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 7; Empfehlung 1 zur leistungsorientierten Spitalplanung, Erläuterung zur Bst. a) kann eine solche Überprüfung zum Ergebnis haben, dass die Spitalplanung keine Anpassung erfordert. Eine Neuauflage der Planung mit umfassender Bedarfsanalyse und Ausschreibung aller Leistungsaufträge ist nur in längeren zeitlichen Abständen sinnvoll, oder wenn grössere Abweichungen zwischen der Bedarfsprognose und den tatsächlichen Entwicklungen festgestellt werden. Die Festlegung der zeitlichen Abstände solcher umfassenden Planungen mit Neuausschreibungen liegt im Ermessen der Kantone.

Gemäss den Angaben der Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG sind die Planungsintervalle im Bereich der Akutsomatik von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich und weisen insgesamt eine Bandbreite von etwa 4 bis 15 Jahre auf. Die meisten Kantone verfügen diesbezüglich über einen grossen Spielraum. In etwa der Hälfte der Kantone fallen die Planungen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zeitlich auseinander. In der Regel gelten aber ähnliche Planungsintervalle in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie in der Akutsomatik.

Abbildung 3: Kantonale Planungsintervalle in der Akutsomatik



Quelle: eigene Darstellung

3.4.2 Bewerbungsverfahren

Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 7; Empfehlung 1 zur leistungsorientierten Spitalplanung, Erläuterung zur Bst. a) ist das Bewerbungsverfahren integraler Bestandteil des Verfahrens einer Spitalplanung. Dabei muss sichergestellt sein, dass alle interessierten Leistungserbringer in das Bewerbungsverfahren einbezogen werden. Einladungen zum Bewerbungsverfahren sind im amtlichen Publikationsorgan zu veröffentlichen.

Im Rahmen eines solchen Bewerbungsverfahrens haben die betroffenen Parteien nach Artikel 29 BV und Artikel 29 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG; SR 172.021) Anspruch auf rechtliches Gehör. Der Grundsatz des rechtlichen Gehörs verlangt unter anderem, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt (Art. 32 Abs. 1 VwVG). Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen (Art. 35 VwVG).

Gemäss der Rechtsprechung richtet sich die im Einzelfall erforderliche Begründungsdichte unter anderem nach der Komplexität der zu beurteilenden Fragen, dem Ermessensspielraum der entscheidenden Behörde und der Dichte der Parteivorbringen. Bei Spitallistenbeschlüssen sei zudem die Besonderheit zu berücksichtigen, dass es sich dabei nicht um eine einzelne Individualverfügung handelt, da dabei in der Regel gleichzeitig über die Gesuche aller Spitäler, die sich um einen Leistungsauftrag beworben haben, entschieden werde. In einem solchen breiten Anhörungsverfahren sei es nicht praktikabel, auf die Stellungnahmen aller Anhörungsteilnehmenden detailliert einzugehen (Urteil BVGer C-4967/2019 vom 8. Juni 2021, E. 4.2).

In der überwiegenden Mehrheit der Kantone können sich die Leistungserbringer im Rahmen eines formellen Konsultationsverfahrens zum Planungsbericht inkl. Bedarfsanalyse äussern. In diesem Rahmen werden üblicherweise auch weitere Akteure involviert, z.B. die Krankenversicherer oder Verbände von Gesundheitsberufen. Gewisse Kantone geben weiter an, im Vorfeld zu solchen Vernehmlassungsverfahren, d.h. in der Phase der Bedarfsermittlung, vereinzelt auch Spezialisten oder Leistungserbringer einzubeziehen, auf formelle (Umfragen, Gutachten, Arbeitsgruppen) oder informelle Weise (exploratorische Gespräche).

3.4.3 Rechtsmittelweg

Nach Artikel 53 Absatz 1 KVG können gegen Spitallistenbeschlüsse nach Artikel 39 KVG beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

Beschwerdelegitimation

Zur Beschwerde berechtigt ist nach Artikel 48 Absatz 1 VwVG i.V.m. Artikel 53 Absatz 2 KVG, wer vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen hat oder keine Möglichkeit zur Teilnahme erhalten hat (Bst. a); durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist (Bst. b); und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Bst. c). Gemäss Rechtsprechung ist die Beschwerdelegitimation im Bereich Spitallisten nach einem strengen Massstab zu beurteilen (Urteil BVGer C-6266/2013 vom 23. Juli 2014, E. 4.2).

Ein Leistungserbringer ist durch den Entscheid der Regierung, nicht in die Spitalliste aufgenommen zu werden, grundsätzlich betroffen und daher beschwerdeberechtigt. Ein Leistungserbringer kann daher grundsätzlich die an ihn gerichtete Verfügung anfechten. Nach ständiger Rechtsprechung hat ein Spital aber kein schutzwürdiges Interesse daran, dass ein anderes Spital von der Spitalliste gestrichen

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

oder dessen Leistungsauftrag reduziert wird, und es ist deshalb nicht legitimiert, eine einen anderen Leistungserbringer betreffende begünstigende Verfügung anzufechten (Urteil BVGer C-245/2012 vom 3. Oktober 2012, E. 4.4).

Seit dem 1. Januar 2024 steht neu auch Versichererverbänden das Beschwerderecht gegen kantonale Listenentscheide zu (Art. 53 Abs. 1^{bis} KVG). Dafür wurde eine spezialgesetzliche Grundlage für ein ideelles Verbandsbeschwerderecht der Organisationen der Versicherer geschaffen. Somit soll gewährleistet werden, dass nicht nur die Interessen der Leistungserbringer, sondern auch diejenigen der Versicherer bei der Planung und der Erstellung der Spitallisten hinreichend berücksichtigt werden.

Beschwerdegrund

Gemäss ständiger Rechtsprechung handelt es sich bei einem Spitallistenbeschluss um einen primär politischen Entscheid, für welchen die zuständigen Behörden über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügen (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 3, vgl. unter Ziffer 3.3.2). Dementsprechend gibt das Gesetz den einzelnen Spitälern keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste (BGE 132 V 6, E. 2.4.1).

Aus diesem Grund ist bei Beschwerden gegen Spitallistenbeschlüsse nach Artikel 39 KVG dann auch Artikel 53 Absatz 2 Buchstabe e KVG zu beachten, wonach die Rüge der Unangemessenheit – in Abweichung der Verfahrensordnung des VwVG – unzulässig ist (s. dazu Urteil BVGer C-5301/2010 vom 2. April 2012, E. 4.3 ff.). Mit Beschwerde gegen einen Spitallistenentscheid kann daher lediglich die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs, der Überschreitung des Ermessens oder des Willkürverbotes (Art. 9 BV) und die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt werden (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 3.1).

Gemäss ständiger Rechtsprechung kommt der Rechtsgleichheit im Zusammenhang mit der Spitalplanung nur eine eingeschränkte Bedeutung zu. Es liegt in der Natur einer Planung, dass potenzielle Leistungserbringer, die sich unter Umständen in der gleichen Lage befinden, verschieden behandelt werden können. Es genügt daher, dass eine Planung objektiv vertretbar, das heisst nicht willkürlich ist (Urteil BVGer C-2818/2019 vom 2. April 2012, E. 7.11 m.w.H.).

3.5 Über- und Unterversorgung

Das Ziel der Spitalplanung ist in erster Linie die bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung; ein Kanton muss im Rahmen seiner Pflicht zur Spitalplanung eine Unterversorgung der in seinem Kantonsgebiet wohnhaften, vom Versicherungsobligatorium erfassten Versicherten verhindern. Aber auch die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören gemäss der Rechtsprechung zu den Zielen der Spitalplanung. Eine Versorgungsplanung ist daher grundsätzlich dann bedarfsgerecht, wenn sie den Bedarf – aber nicht mehr als diesen – deckt (Urteil BVGer C-1405/2019 vom 4. April 2022, E. 10.3.2).

3.5.1 Identifikation einer Fehlversorgung

Als mögliche Indizien einer Fehlversorgung können beispielsweise die Anzahl der Ist-Fälle im Vergleich zum ermittelten Bedarf, die Anzahl oder der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisierungen, eine sehr hohe Bettenbelegung, die Wartezeiten, schlechte Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Kantonsbevölkerung, das Ergebnis eines Leistungsauftrags-Controllings oder ein regelmässiger innerkan-

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

tonaler Austausch mit den Leistungserbringern dienen. Wie schon unter Ziffer 3.2.3 dargelegt, basieren die bei der Bedarfsermittlung angewendeten Prognosemodelle auf der Annahme, dass regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme der stationären Leistungen ein Indiz für eine allfällige Fehlversorgung darstellen können.

Inwiefern eine Fehlversorgung vorliegt, ist in der Praxis zum Teil schwierig zu bestimmen. Gemäss Angaben der Kantone sind 8 Kantone für die Vergangenheit nicht in der Lage, im Rahmen ihrer Bedarfsplanung Über- bzw. Unterversorgung in ihrem Kanton in bestimmten Bereichen festzustellen. Demgegenüber sind 6 Kantone in der Lage bzw. 11 Kantone teilweise in der Lage, eine Über- bzw. Unterversorgung in ihrem Kanton in bestimmten Bereichen festzustellen.

Tabelle 1: Identifikation von Fehlversorgungen: Ergebnis der Umfrage des BAG bei den Kantonen

Übersversorgung		
<i>Konnten Sie in der Vergangenheit im Rahmen Ihrer Bedarfsplanung bereits eine Übersversorgung in Ihrem Kanton in bestimmten Bereichen feststellen? (Anzahl Kantone)</i>		
Ja	Nein	Nicht beurteilbar
10 ¹⁹	9	6
<i>Sehen Sie voraussichtlich für die Spitäler in Ihrem Kanton zukünftig die Gefahr einer Übersversorgung?</i>		
Ja	Nein	Nicht beurteilbar
11 ²⁰	10	3
Unterversorgung		
<i>Konnten Sie in der Vergangenheit im Rahmen Ihrer Bedarfsplanung bereits eine Unterversorgung in Ihrem Kanton in bestimmten Bereichen feststellen? (Anzahl Kantone)</i>		
Ja	Nein	Nicht beurteilbar
11 ²¹	9	5
<i>Sehen Sie voraussichtlich für die Spitäler in Ihrem Kanton zukünftig die Gefahr einer Unterversorgung?</i>		
Ja	Nein	Nicht beurteilbar
15 ²²	7	3

Quelle: eigene Darstellung basierend auf den Angaben der Kantone (Umfrage des BAG, 2025)

¹⁹ In diesem Rahmen wird v.a. den Bereich Chirurgie Bewegungsapparat (5 Kantone) erwähnt.

²⁰ In diesem Rahmen werden v.a. die Bereiche Chirurgie Bewegungsapparat (9 Kantone) und Herzchirurgie (5 Kantone) erwähnt.

²¹ In diesem Rahmen wird v.a. den Bereich Psychiatrie (9 Kantone) erwähnt.

²² In diesem Rahmen werden v.a. die Bereiche Psychiatrie (9 Kantone), Grund- und Notfallversorgung (6 Kantone) sowie Pädiatrie (3 Kantone) erwähnt. Zudem weisen mehrere Kantone darauf hin, dass die fortschreitende Alterung der Bevölkerung eine Unterversorgung in allen Bereichen, die im hohen Alter vermehrt in Anspruch genommen werden, zur Folge haben könnte.

3.5.2 Instrumente gegen Überversorgung

Das erste – und wirksamste – Instrument, um eine allfällige Überversorgung vorzubeugen bzw. abzubauen, ist eine sorgfältig durchgeführte Spitalplanung. Die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören zu den primären Zielen der Spitalplanung. Wie schon unter Ziffer 3.2.3 dargelegt, sehen die angewendeten Prognosemodelle in der Phase der Bedarfsermittlung insbesondere bei einer allfälligen Überversorgung Korrekturen vor. Im Obsan-Prognosemodell wird diesem Umstand anhand von unterschiedlichen Szenarien zur Angleichung der Hospitalisierungsraten Rechnung getragen. Je nach Szenario liegen unterschiedliche Annahmen bezüglich der Annäherung der kantonalen Raten an die gesamtschweizerischen Hospitalisierungsraten nach Geschlecht, Altersgruppe und SPLG zugrunde (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 24). Auch im Zürcher Modell wird eine ähnliche Vorgehensweise verfolgt und eine Korrektur für eine allfällige kantonale Überversorgung durch eine Angleichung der Hospitalisierungsraten und der mittleren Aufenthaltsdauer pro SPLG und Altersgruppe an den Schweizer Durchschnitt vorgenommen (GDZH 2021: 85).

In der Phase der Zuteilung der Leistungsaufträge müssen die Kantone bei der Auswahl der Leistungserbringer insbesondere auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen achten (Art. 58d Abs. 4 KVV, vgl. oben unter Ziffer 3.3.6), was zu einer horizontalen und vertikalen Konzentration der stationären Leistungsaufträgen und damit einer effizienteren Versorgung führt. In diesem Zusammenhang wird das verfügbare Angebot über die Anzahl der erteilten Leistungsaufträge je SPLG gesteuert und auf diesem Weg versucht, Überkapazitäten abzubauen bzw. die Entstehung von Überkapazitäten zu verhindern.

Zudem erfolgt nach Artikel 58a Absatz 2 KVV eine periodische Überprüfung der Spitalplanung, u.a. auch um eine sich abzeichnende Fehlversorgung rechtzeitig zu erkennen und zu korrigieren. Die Planung ist ein Prozess, der periodisch aufdatiert und an die neuen Bedingungen angepasst werden muss, damit ihr gesetzliches Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung, erreicht werden kann (BAG 2008: 7).

Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 19 ff.; Empfehlung 8 zur Mengensteuerung) können die Kantone zudem spezifische Massnahmen zur Vermeidung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen, von unverhältnismässigen Mengenausweitungen oder von Überkapazitäten ergreifen. Mögliche Anknüpfungspunkte für solche Instrumente sind beispielsweise eine jährliche Budgetierung des Gesamtumfangs der Vergütungen des Kantons, Maximalfallzahlen, eine Bewilligungspflicht für Erweiterungsinvestitionen oder die Kontrolle der Zunahme der Bettenzahl. Solche Instrumente zur Mengensteuerung sind aber massvoll einzusetzen, da sie eine (zu starke) Angebotsverknappung und damit eine Rationierung sowie Einschränkung des Wettbewerbs bedeuten können.

Das Bundesgericht hat die Mengensteuerung für zulässig erachtet (BGE 138 II 398, E. 3.5.2 und 4.1). Das Bundesverwaltungsgericht (Urteil C-5017/2015 vom 16. Januar 2019, E. 6.1, 6.2, 19.3.4, 20.2.1, 21.3.2 und 25.3) hat für den Bereich der Akutsomatik präzisiert, dass die Mengensteuerung oder das Globalbudget nur insofern angewendet werden dürfen, dass sie nicht strukturerhaltend sind und nicht jeglichen Wettbewerb verhindern. Die Praxis, die den Markt systematisch aufteilt und jedem Spital eine rigide Anzahl Leistungen zuweist, gehört der alten Spitalfinanzierung an. Eine systematische quantitative Abgrenzung sowie die systematische Anwendung von Quoten würde den durch die neue Spitalfinanzierung geforderten Wettbewerb verhindern und zu einer statischen Spitalplanung führen. Die Spitalplanung als Steuerungsinstrument soll weiterhin leistungsbezogen erfolgen und nicht auf

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

eine quantitative Fallabgrenzung ausgerichtet sein. Um eine Strukturhaltung, welche den Wettbewerb verhindert, zu vermeiden, sind daher die Faktoren zu betrachten, die nicht beeinflussbar sind und mehr Flexibilität fordern. Beispielsweise können die Qualität des Spitals und die Patientenströme bei der freien Spitalwahl als mögliche Gründe einer Überschreitung der beschränkten Leistungsmengen aufgeführt werden. Die Kantone müssen daher keine zu rigide Mengensteuerung anwenden und die Aspekte betrachten, die mehr Flexibilität fördern (BAG 2021: 23). Mit diesem Vorbehalt stehen den Kantonen folgende Instrumente zur Verfügung:

- **Globalbudgets.** Nach Artikel 51 KVG kann der Kanton als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler festsetzen (Abs. 1). Der Kanton hört die Leistungserbringer und die Versicherer vorher an (Abs. 2). Nach Artikel 58f Absatz 6 KVV können die Kantone in den Leistungsaufträgen für Spitäler ein solches Globalbudget nach Artikel 51 KVG vorsehen, sofern diese weder strukturhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern. Lediglich zwei Kantone geben im Rahmen der Umfrage des BAG an, Globalbudgets nach Artikel 58f Absatz 6 KVV vorzusehen, nämlich für sämtliche Spitäler auf ihren kantonalen Listen in den Bereichen Akutsumatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Als Vorteile eines solchen Systems werden von den Kantonen die Berechenbarkeit, die Planungssicherheit – für die Kantonsfinanzen wie auch für die Spitäler –, die erhöhten Kontrollmöglichkeiten sowie den Anreiz zu Effizienzsteigerung genannt. Die meisten Kantone äussern sich jedoch kritisch und erwähnen als Nachteile u.a. das Risiko von Fehlversorgungen und Qualitätseinbussen, die Komplexität eines solchen Systems (insb. aufgrund der nötigen Beschränkung auf innerkantonale Patientinnen und Patienten), die mangelnde Flexibilität und die möglichen Auswirkungen auf den Wettbewerb.
- **Maximalfallzahlen.** Nach Artikel 58f Absatz 6 KVV können die Kantone in den Leistungsaufträgen für akutsomatische Spitäler (Bst. a) und für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation (Bst. b) die maximalen Leistungsmengen vorsehen, sofern diese weder strukturhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern. Solche Maximalfallzahlen werden von 5 Kantonen vorgesehen.
- **Kontrolle der Zunahme der Bettenzahl.** Nach Artikel 58f Absatz 6 Buchstabe b KVV können die Kantone in den Leistungsaufträgen für Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation die maximalen Kapazitäten vorsehen, sofern diese weder strukturhaltend sind noch jeglichen Wettbewerb verhindern. In der Psychiatrie und der Rehabilitation kann die Zunahme der Bettenzahl im Vergleich zur im Zeitpunkt der Spitalplanung pro Spital berücksichtigten Bettenzahl beschränkt werden (GDK 2025: 20; Empfehlung 8 zur Mengensteuerung, Erläuterung zur Bst. a). Solche Kontrollen der Zunahme der Bettenzahl werden von zwei Kantonen vorgesehen.

Auch punkto Investitionen können die Kantone Einschränkungen vorsehen:

- **Bewilligungspflicht für Erweiterungsinvestitionen.** Gemäss den Empfehlungen der GDK können die Kantone für sämtliche Listenspitäler eine Bewilligungspflicht für Erweiterungsinvestitionen, d.h. Investitionen, die eine Kapazitätsausweitung zur Folge haben, vorsehen (GDK 2025: 20; Empfehlung 8 zur Mengensteuerung, Erläuterung zur Bst. a). Ein Kanton gibt im Rahmen der Umfrage des BAG an, eine solche Bewilligungspflicht vorzusehen.
- **Anschaffungen von Grossapparaten.** Gemäss den Empfehlungen der GDK kann der Leistungsauftrag Anforderungen in Bezug auf die Einhaltung von spitalübergreifenden Geräteplanungen enthalten. Dabei sollte nach Erneuerungsinvestitionen und laufenden Anschaffungen bis zu einem gewissen Wert, welche die Spitäler in eigener Kompetenz tätigen können, einerseits und Anschaffungen von Grossapparaten andererseits unterschieden werden, deren Beeinflussung von öffentlichem

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Interesse sein kann (GDK 2025: 20; Empfehlung 8 zur Mengensteuerung, Bst. e). Zwei Kantone geben an, eine Kontrolle der Anschaffung von Grossapparaten vorzusehen.

Weiter werden schweizweit folgende Bestimmungen angewendet:

- *Verbot ökonomischer Fehlanreize.* Nach Artikel 58f Absatz 7 KVV sehen die Kantone vor, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen. So ist beispielsweise zu verhindern, dass Ärztinnen und Ärzte bei ihren Entscheiden für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einer stationären Behandlung durch ökonomische Anreizsysteme beeinflusst werden (BAG 2021: 24).
- *Einschränkungen von stationären Leistungen bei gleichwertiger ambulanter Leistungserbringung.* Gemäss den Empfehlungen der GDK kann die Erbringung von stationären Leistungen eingeschränkt werden, wo die ambulante Leistungserbringung in der Regel wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher ist. Unterschiedliche, nicht aufeinander abgestimmte Finanzierungssysteme im stationären und ambulanten Versorgungsbereich können die Spitäler veranlassen, medizinisch nicht indizierte Hospitalisationsentscheide zu treffen, um die lukrativere Entschädigung zu erlangen. Soweit solche Entwicklungen nicht durch die Bundesgesetzgebung eingeschränkt oder verunmöglicht werden, können die Kantone entsprechende Einschränkungen verfügen (GDK 2025: 20 und 22; Empfehlung 8 zur Mengensteuerung, Bst. f und Erläuterung zur Bst. f). Wie unter Ziffer 3.2.3 dargelegt, ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Regelung «ambulant vor stationär» (AvS) nach Artikel 3c und Anhang 1a KLV zu beachten. Diese Regelung legt 18 Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen fest, bei denen nur noch die ambulante Durchführung von der OKP vergütet wird, sofern nicht besondere Umstände eine stationäre Durchführung erfordern. Das dadurch entstehende Verlagerungspotenzial fliesst in die Bedarfsprognose des Prognosemodells des Obsan ein.
- *Messung von Indikationsqualität.* Die Indikationsqualität bezeichnet die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Indikatoren zur Indikationsqualität leisten daher wichtige Beiträge zur Verhinderung von Überversorgung. Gemäss Empfehlungen der GDK können die Kantone Vorgaben betreffend die erforderlichen Auflagen zum Ausweis der Indikationsqualität festhalten (GDK 2025: 15; Empfehlung 5 zur Qualität, Bst. c). Seit einigen Jahren sind Bestrebungen im Gange, um eine zuverlässige Messung der Indikationsqualität anhand von Routinedaten zu erzielen, um Überkapazitäten zu erkennen und gestützt darauf entsprechende Massnahmen zur Steuerung und Beurteilung der Gesundheitsversorgung einleiten zu können (GDK 2020: 7).

Im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms des Bundesrates gestützt auf den Expertenbericht vom 24. August 2017 sind verschiedene Massnahmen zur Förderung bzw. Verbesserung der Indikationsqualität vorgesehen. Dazu gehören die Einführung und Förderung medizinischer Boards / Indikationsboards zur Verhinderung unnötiger Behandlungen (M11; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 47-49), die Förderung von Behandlungsleitlinien bzw. Empfehlungen für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten (M12; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 49-51; die Umsetzung erfolgt teilweise im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative) und die Förderung von einer Zweitmeinung zur Verbesserung der Indikationsqualität und Verminderung unnötiger Kosten (M13; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 51-52).

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- *Weitere Massnahmen.* Als weitere mögliche Instrumente, um eine Überversorgung vorzubeugen bzw. abzubauen, werden von den Kantonen im Rahmen der Umfrage des BAG beispielsweise auch die Sensibilisierung und Informationsarbeit bei den Spitälern genannt.

3.5.3 Instrumente gegen Unterversorgung

Auch hier ist das erste und wirksamste Instrument, um eine allfällige Unterversorgung vorzubeugen bzw. abzubauen, eine sorgfältig durchgeführte Spitalplanung. Bei bestehender oder sich abzeichnender Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich können weitere (allenfalls ausserkantonale) Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen werden oder die Leistungsaufträge von Listenspitälern entsprechend erweitert werden.

Als weitere spezifische Massnahmen werden insbesondere folgende Massnahmen von den Kantonen genannt:

- Massnahmen gegen den Fachkräftemangel, darunter die Umsetzung der Pflegeinitiative aber auch spezifische Programme zur ärztlichen Ausbildung;
- finanzielle Unterstützungsmassnahmen, z.B. Garantie für ein Ausfallrisiko bei Infrastrukturprojekten, Subventionen, Gewährung von Darlehen oder sonstiges Einschiessen von Liquidität;
- Suche nach Alternativmodellen, z.B. Einsatz von mobilen Teams oder befristete Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern;
- Information und Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften;
- Information und Zusammenarbeit im Rahmen der interkantonalen Koordination.

3.5.4 Auslastung der Listenspitäler

In den vom BAG herausgegebenen «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» werden jährlich Informationen über alle Spitäler veröffentlicht.²³ Die Angaben basieren auf den Daten der KS und MS und geben einen Überblick über Struktur, Patienten, Leistungen, Angebot, Personal und finanzielle Situation sowie den mittleren Schweregrad der Hospitalisierungen von Akutpatienten der Spitäler. In dieser Publikation wird für jedes Schweizer Spital die Anzahl Betten sowie den Belegungsgrad dieser Betten im stationären Bereich jährlich ausgewiesen. Im Frühjahr werden jeweils die Daten für das vorletzte Jahr veröffentlicht.

Gemäss den Angaben der Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG ist die Auslastung der Spitäler und insbesondere der Belegungsgrad für die Spitalplanung eher von untergeordneter Bedeutung. Die Auslastung in einem Listenspital ist sehr dynamisch und abhängig von vielen Faktoren, wie beispielsweise den Personalkapazitäten oder den saisonalen Nachfrageschwankungen. So ist die Anzahl Betten nicht unbedingt aussagekräftig, da viele Spitäler wegen dem Fachkräftemangel Schwierigkeiten haben, ihre Kapazitäten überhaupt aufrechtzuerhalten. Entsprechend werden die betriebenen Betten in den Listenspitälern in der Regel den Umständen flexibel angepasst.

Zudem wurde mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 und der entsprechenden KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008 ein Systemwechsel zu einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung via Fallpauschalen eingeführt. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen die Leistungsdaten

²³ www.bag.admin.ch > Zahlen & Statistiken > Spitäler: Zahlen & Fakten > Kennzahlen der Schweizer Spitäler.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund, und nicht mehr die Betriebsdaten wie Aufenthaltsdauer oder Bettenbelegung wie im Rahmen einer Kapazitätsplanung. In der Akutsomatik erfolgt die Planung leistungsorientiert (Art. 58c Bst. a KVV). Auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation (Art. 58c Bst. b KVV) führen fast sämtliche Kantone grundsätzlich eine leistungsorientierte Planung durch (vgl. oben unter Ziffer 3.2.1).

Die Auslastung der Spitäler wird von den meisten Kantonen daher grundsätzlich nicht direkt berücksichtigt und fließt in die Bedarfsermittlung bzw. in das Planungsmodell höchst indirekt ein, z.B. als Indiz für eine mögliche Fehlversorgung. Zum Beispiel kann eine sehr hohe Bettenbelegung, wie auch lange Wartezeiten, auf eine kantonale Unterversorgung hindeuten, welche im Prognosemodell dann korrigiert werden muss (GDZH 2021: 85).

3.6 Fazit und Handlungsbedarf

Zur Beantwortung des Postulats 19.3423 SGK-N hat der Bundesrat die Modelle und Prozesse, die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung zur Anwendung kommen, in den obigen Ausführungen vertieft untersucht. Aufgrund dieser Analyse werden nachfolgend die wesentlichen Erkenntnisse sowie die Herausforderungen und Potenziale in diesem Bereich identifiziert.

3.6.1 Allgemeine Vorgaben

In den letzten Jahren wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um die unterschiedlichen kantonalen Praxen im Bereich der Spitalplanung zu vereinheitlichen. Dies geschah namentlich einerseits auf Bundesebene durch die Weiterentwicklung der Planungskriterien 2021 und andererseits auf interkantonaler Ebene durch die Aktualisierung der Empfehlungen der GDK 2022 und 2025. Die überwiegende Mehrheit der Kantone konnte diese weiterentwickelten Planungskriterien sowie die Empfehlungen der GDK bereits umsetzen. Mit diesen Instrumenten wird nicht nur die Vereinheitlichung durch die Festsetzung von Mindestanforderungen vorangetrieben, sondern auch die Klarheit und Transparenz des Verfahrens gefördert.

3.6.2 Bedarfsermittlung

Planungssystematik

Die zahlreichen medizinischen Leistungen müssen zu Planungszwecken klassifiziert werden. In der Akutsomatik verwenden sämtliche Kantone das von der GDK empfohlene SPLG-Konzept Akutsomatik des Kantons Zürich, wobei die Kantone punktuell Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen können. Auch im Rehabilitationsbereich ist in den letzten Jahren die Grundlage für eine gewisse Vereinheitlichung und Koordination bei den kantonalen Rehabilitationsplanungen erarbeitet worden. Im Bereich Psychiatrie hingegen werden sehr unterschiedliche Ansätze verfolgt. Vor diesem Hintergrund wäre eine weitere Vereinheitlichung der Planungssystematik begrüssenswert. Etwa ein Viertel der Kantone erwähnen im Rahmen der Umfrage des BAG ausdrücklich, dass eine Vereinheitlichung der unterschiedlichen Planungssystematiken die interkantonale Koordination erleichtern würde.

Handlungsbedarf im Bereich der Planungssystematik: Empfehlung an die Kantone, die schon angestossene Vereinheitlichung der Leistungsgruppensystematik – inkl. allgemeine und leistungsgruppenspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer – fortzusetzen, insbesondere:

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- *Akutsomatik: zu prüfen, ob punktuelle kantonale Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen im SPLG-Konzept notwendig bzw. gerechtfertigt sind und diesbezüglich auch prüfen, ob der bestehende Rahmen die Mitsprache bzw. der Einbezug aller Kantone an der Weiterentwicklung des SPLG-Konzepts ermöglicht, was die Akzeptanz solcher Weiterentwicklungen fördern würde;*
- *Psychiatrie: die Erarbeitung eines einheitlichen SPLG-Konzepts voranzutreiben;*
- *Rehabilitation: die Operationalisierung und Verwendung eines einheitlichen SPLG-Konzepts voranzutreiben.*

Prognosemodelle zur Bedarfsermittlung

Zur Bedarfsermittlung in ihrer Spitalplanung verwendet die überwiegende Mehrheit der Kantone das Prognosemodell des Obsan oder das Prognosemodell des Kantons Zürich, die eine ähnliche Methodik aufweisen. Beide Prognosemodelle stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (MS, KS, STATPOP) und berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren (demografische, epidemiologische, medizintechnische und ökonomische Entwicklungen sowie Korrektur für eine allfällige Fehlversorgung). In diesem Rahmen wird auch basierend auf den Daten der MS eine vertiefte Analyse der Patientenströme durchgeführt und insbesondere Indikatoren berechnet, mit denen sich die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen Versorgungssystemen veranschaulichen lassen.

Mehrere Kantone bringen im Rahmen der Umfrage des BAG vor, dass die Verwendung eines einheitlichen Modells eine bessere interkantonale Koordination ermöglichen würde.

Zudem wurden die Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG u.a. dazu befragt, welche Daten oder Informationen, zu welchen sie heute keinen Zugang haben, ihnen über die vorhandenen Daten hinaus dabei helfen würden, ihre Bedarfsermittlung zu verbessern. 11 Kantone verkünden einen Bedarf an verlässlichen Daten zur Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen (Einzeldaten der Spitalambulatorien, aufgeschlüsselt nach SPLG; routinemässiger Zugang und Nutzung der SASIS-Daten; Daten zur Entwicklung der Verlagerung zum ambulanten Bereich; Statistiken zu den AvS-Fällen nach Art. 3c und Anhang 1a KLV), dies vor allem, um ambulante Substitutionsangebote besser abzuschätzen.

Vereinzelt wurden auch Bedarf an weiteren Daten oder Informationen erwähnt: die Integration bzw. Verknüpfung der verschiedenen Datensätzen (MS, SOMED, PSA, MAS etc.) mit den Prognosemodellen; die Anzahl betriebener Betten; die Wartezeiten nach Fachbereich; Daten zu medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen auf nationaler Ebene, welche auch Aussagen auf kantonaler Ebene ermöglichen würden; sowie Indikatoren zu vermeidbaren Spitalaufenthalten.

Wie der Bundesrat in seinem Bericht in Erfüllung des Postulats Humbel 15.4225 «Bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung» festgehalten hat, besteht heute dringender Bedarf, die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit von gesundheitsbezogenen Daten für die Forschung und auch für die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens zu verbessern. Vor diesem Hintergrund soll das Programm DigiSanté die Schaffung eines digitalen Gesundheitswesens fördern, in dem alle relevanten Daten nahtlos ausgetauscht und von allen Systemen gelesen werden können. Der Gesundheitsdatenraum Schweiz (SwissHDS) bildet das Herzstück von DigiSanté. Ziel ist ein Datenraum, der der Versorgung nützt, praktikabel ist und die Innovationskraft der Branche stärkt. Mit einer Laufzeit von 10 Jahren und dem Start in die Umsetzungsphase zu

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Beginn des Jahres 2025 steht das Programm noch ganz am Anfang dieses Transformationsprozesses. In diesem Rahmen sollen u.a. Massnahmen umgesetzt werden, die einerseits die Datennutzung für die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens durch die Behörden und die beteiligten Akteure und andererseits den Zugang zu gesundheitsrelevanten Daten für Forschende aus der akademischen und der privatwirtschaftlichen Forschung verbessern sollen.

Handlungsbedarf im Bereich der Bedarfsermittlung: Empfehlung an die Kantone, zu überprüfen:

- ob die Erarbeitung eines schweizweiten einheitlichen Prognosemodells angebracht wäre;
- welche zusätzlichen Daten bzw. Datengrundlagen zu einer Verbesserung der Bedarfsermittlung führen würden, darunter insbesondere Daten zum ambulanten Bereich.

Berücksichtigung des spitalambulanten Bereichs

Am 24. November 2024 wurde die KVG-Änderung zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen vom Volk angenommen (vgl. nachfolgend unter Ziffer 4.4). Da Kantone und Krankenversicherer mit der Reform alle Leistungen gemeinsam finanzieren, steigt für beide der Anreiz, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern. Zudem ist das neue Gesamt-Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen (Einzelleistungstarifstruktur TARDOC und Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen Ambulante Pauschalen) per 1. Januar 2026 in Kraft getreten und ersetzt die seit rund 20 Jahren nicht mehr grundlegend revidierte Tarifstruktur TARMED.

Dadurch soll u.a. die Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Leistungen gefördert werden und der spitalambulant bzw. der ambulante Bereich an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund sprechen sich zahlreiche Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG für eine bessere Berücksichtigung des spitalambulanten Bereichs in der Spitalplanung aus und sogar vereinzelt für eine Einbettung der Spitalplanung in eine gesamtheitliche Versorgungsplanung.

Weiter merken gewisse Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG an, dass wichtige Anreize für einen Strukturwandel – insbesondere für die angestrebte Ambulantisierung – in den Tarifstrukturen liegen, auf welche die Kantone keinen Einfluss hätten. Ein gemeinsames Zielbild der zentralen Akteure sei erforderlich, um die vorhandenen Elemente des Gesamtsystems, darunter Anreizsysteme und Spitalplanung, besser aufeinander abzustimmen. Der Bundesrat ist diesbezüglich der Ansicht, dass mit den eingangs erwähnten Reformen (einheitliche Finanzierung der Leistungen und neues Gesamt-Tarifsystem für ambulant ärztliche Leistungen) wichtige Fehlanreize beseitigt wurden. Damit wurden die Rahmenbedingungen erheblich verbessert, insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Leistungen.

Handlungsbedarf im spitalambulantem Bereich: Empfehlung an die Kantone, zu überprüfen, ob eine bessere Berücksichtigung der Entwicklung im spitalambulantem Bereich in der Spitalplanung zur Ermittlung des stationären Bedarfs angebracht wäre und wie diese erzielt werden könnte.

3.6.3 Zuteilung der Leistungsaufträge

Nach der sorgfältigen Bedarfsermittlung muss der Kanton die Leistungserbringer bewerten und auswählen. Die Kriterien für die Zuteilung der Leistungsaufträge wurden sowohl in der Rechtsprechung

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

als auch im Bundesrecht präzisiert: die Kantone müssen bei dieser Auswahl insbesondere die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung sowie den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist berücksichtigen. Gemäss ständiger Rechtsprechung handelt es sich dabei um einen primär politischen Entscheid, für welchen die zuständigen Behörden über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügen.

Etwa ein Viertel der Kantone spricht sich im Rahmen der Umfrage des BAG ausdrücklich dafür aus, die bestehenden Kriterien für die Zuteilung der Leistungsaufträge auf Bundesebene weiter zu definieren, z.B. durch fachliche Richtwerte und Empfehlungen. Dadurch solle einerseits eine Harmonisierung der Praxis der Kantone, andererseits eine Klärung – insbesondere vor dem Hintergrund der Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht – erzielt werden.

Gemäss einer Studie des Obsan zur Spitallandschaft ist zwischen 2013 und 2023 eine zunehmende Konzentration der Spitalleistungen in der Akutsomatik zu beobachten. In 19 von 24 Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) sind klare Konzentrationstendenzen erkennbar. Die beobachtete Konzentration geht einerseits auf eine Reduktion der Spitalstandorte und andererseits auf die zunehmende Spezialisierung der Spitäler zurück, wobei Ursachen und Wirkungen einzelner Massnahmen nur schwer eindeutig zuzuordnen sind (Jörg/Fischer/Tuch/Halldimann 2025).

Im internationalen Vergleich befindet sich die Schweiz mit 4.37 Spitalbetten pro 1000 Einwohner im Jahre 2023 unter dem europäischen Durchschnitt.²⁴ Auch im OECD-Vergleich befindet sich die Schweiz im Mittelfeld (OECD 2025: 117).²⁵ Solche Vergleiche sind jedoch mit Vorbehalt heranzuziehen, da die Anzahl an Spitalbetten massgeblich vom Bedarf an medizinischen und insbesondere an stationären Leistungen bzw. von der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung abhängt. Dieser Bedarf wird wiederum von der jeweiligen Bevölkerungsstruktur (z.B. Alter) aber auch von weiteren länderspezifischen Risikofaktoren (z.B. Alkohol- und Tabakkonsum, Luftverschmutzung, Freizeitaktivitäten) stark beeinflusst, welche bei solchen Vergleichen nicht ersichtlich sind. Für einen sinnvollen Vergleich müsste zudem nicht nur die Bettenzahl, sondern auch die Qualität der stationären Versorgung in Betracht gezogen werden (z.B. Zugänglichkeit, Wartezeiten, Patientenzufriedenheit, Mortalität...).²⁶ Auch die länderspezifische Topographie spielt bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Schliesslich müsste diese Zahl auch im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems analysiert werden (z.B. Ausgestaltung des Finanzierungs- und Tarifsystems, Ambulantisierungsgrad, Leistungsumfang usw.).

Behandlung innert nützlicher Frist

Das Kriterium des Zugangs der Patienten und Patientinnen zur Behandlung innert nützlicher Frist verlangt eine Bewertung der erforderlichen Behandlung. Daraus resultiert grundsätzlich, dass häufige und/oder dringende Leistungen wohnortnah geplant werden sollen, während bei seltenen oder nicht dringenden Leistungen weitere Wege zumutbar sind und somit die Leistungen konzentriert werden

²⁴ Der EU-Durchschnitt für das Jahr 2023 beläuft sich auf 5.11 Spitalbetten pro 1000 Einwohner (Quelle: Eurostat, vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care.t_hlth_care).

²⁵ Gemäss der OECD-Publikation weist die Schweiz 4.4 Spitalbetten pro 1000 Einwohner auf, der OECD-Durchschnitt liegt bei 4.2 Spitalbetten pro 1000 Einwohner für das Jahr 2023. Zudem liegt die Schweiz mit einer Bettenbelegung von 81 % deutlich über den OECD-Durchschnitt von 71 % (OECD 2025: 117).

²⁶ In der OECD-Publikation werden solche Indikatoren aufgelistet (OECD 2025).

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

können. Für die Evaluation dieses Kriterium können spezifische Modelle zur Berechnung der angemessenen Zugänglichkeit angewendet werden.

Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton unter Berücksichtigung der Art der Leistung unterschiedliche Richtwerte zur Erreichbarkeit anwenden. In diesem Rahmen haben sich wenige Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG für die Festlegung von Richtwerten ausgesprochen (z.B. minimale Erreichbarkeit pro Fachgebiete, minimale Erreichbarkeit für einen festzulegenden Anteil der Bevölkerung).

Handlungsbedarf im Bereich Erreichbarkeit: Empfehlung an die Kantone, zu überprüfen, ob die schweizweite Festlegung von Richtwerten für die minimale Erreichbarkeit angebracht wäre.

Wirtschaftlichkeit

Nach Artikel 58d Absatz 1 KVV erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler namentlich durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten. Mit der Bereinigung des Schweregrades der Spitalleistungen lassen sich die Fallkosten aller Spitäler miteinander vergleichen. In den letzten Jahren wurde vieles unternommen, um diese Daten nach einer einheitlichen Methode zu ermitteln und einfach zugänglich zu machen. So hat sich die Anwendung der Rechnungslegungs- bzw. Tarifierleistungsmodelle REKOLE und ITAR_K bei den Spitälern etabliert. Die Kantone führen die anschließende Aufbereitung und Verarbeitung der Daten der Spitäler gemäss einer schweizweit einheitlichen Methodik durch. Die Publikation der Fallkosten als mögliches Instrument zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt im Anschluss gemäss gemeinsamem Konzept mit den Kantonen durch das BAG.

Jedoch muss dabei berücksichtigt werden, dass die Vergütung mittels Pauschalen (z.B. SwissDRG-Tarifstruktur) systembedingt zu Abbildungsungenauigkeiten bei gewissen Leistungen führt. Regionale und organisationsbedingte Kostenunterschiede werden in den schweregradbereinigten Kosten teilweise unvollständig berücksichtigt, was die Aussagekraft dieses Instruments schmälert.

Diese Frage wurde im Rahmen von Forschungsarbeiten vertieft. So wurde z.B. untersucht, welche Strukturvariablen der Spitäler die Kostenunterschiede zwischen den Spitälern erklären können. Ziel ist dabei, eine Unterscheidung zwischen begründeten Kostenunterschieden einerseits und Kostenunterschieden aufgrund von Ineffizienzen andererseits vornehmen zu können. Ein solcher Ansatz würde es ermöglichen, bestehende Kostenunterschiede zwischen den Spitälern besser einzuordnen und strukturelle, begründete Kostenunterschiede beim Vergleich zu berücksichtigen (Havranek/Ondrej/Bollmann/Widmer/Spika/Boes 2022; Havranek/Ondrej/Widmer/Bollmann/Spika/Boes 2023).

Wie auch nachfolgend unter Ziffer 4.3 erwähnt, laufen im Bereich der Tarifiermittlung resp. Effizienzbeurteilung Arbeiten der Tarifpartner und Kantone zur Entwicklung einer schweizweit einheitlichen Methodik für sachgerechte Effizienzvergleiche bei Spitälern. Diese Arbeiten werden durch den Bund begleitet und sehen eine schweizweit einheitliche Regelung auf Bundesebene vor. Somit besteht in diesem Bereich aktuell kein weiterer Handlungsbedarf.

Qualität

Auch das Kriterium der Qualität wurde mit der KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 eingehend präzisiert. Artikel 58d Absatz 2 KVV enthält die schweizweit anwendbaren Mindestqualitätsanforderungen zur

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Zulassung der Leistungserbringer. Die Kantone können auch weitere Mindestanforderungen festlegen. Im SPLG-Konzept werden in dieser Hinsicht für die einzelnen SPLG oftmals schon zahlreiche Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen definiert. Mindestfallzahlen sind auch Bestandteil der leistungsspezifischen Anforderungen des SPLG-Konzepts und werden als solche von den meisten Kantonen angewendet.

Auch wenn diese Bemühungen erst am Anfang stehen, fanden in den letzten Jahren begrüssenswerte Entwicklungen statt, um die Qualität der Spitäler zu messen und Vergleiche zu ermöglichen. So können nach Artikel 58d Absatz 3 KVV die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden; die meisten Kantone nehmen diese Möglichkeit auch wahr. Weiter sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nach Artikel 58a KVG seit 2021 verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. Zudem veröffentlicht das BAG auf der Basis von Artikel 59a KVG Qualitätsindikatoren im Spitalbereich, welche einen systematischen Vergleich der Ergebnisqualität der Akutspitäler ermöglichen.

Obwohl zurzeit auf den Nachweis der Erfüllung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen abgestellt wird, wird für die Zukunft zum Teil eine Evaluation via Ergebnisqualitätsindikatoren angestrebt, so z.B. vom Kanton Zürich im Bereich der Akutsomatik. Durch den Aufbau und die Nutzung spezifischer, auf die jeweiligen Fachbereiche zugeschnittener Indikatoren soll eine Lenkung via Mindestfallzahlen potenziell an Relevanz verlieren (GDZH 2021: 51).

Handlungsbedarf im Bereich der Qualität: Empfehlung an die Kantone, zu überprüfen,

- wie eine schweizweite einheitliche Festlegung von Richtwerten (inkl. Mindestfallzahlen) für die Beurteilung der Qualität umgesetzt werden kann;
- wie die Vergleichbarkeit der Qualität der Spitäler mittels einheitlicher, schweizweiten Qualitätsindikatoren weiter vorangetrieben werden kann;
- ob eine Evaluation via Ergebnisqualitätsindikatoren angebracht wäre und wie eine solche Evaluation aussehen würde.

3.6.4 Verfahrensführung

Planungsintervalle

Die Planungsintervalle sind von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich und weisen insgesamt eine Bandbreite von etwa 4 bis 15 Jahren auf. Ein Viertel der Kantone erwähnt im Rahmen der Umfrage des BAG, dass die unterschiedlichen Planungshorizonte ein bedeutendes Hindernis für eine wirksame interkantonale Koordination darstellen. Bereits im Erläuterungsbericht zur KVV-Änderung vom 23. Juni 2021 wurde festgehalten, dass der Handlungsspielraum der Kantone für eine optimale Beanspruchung des Potenzials der ausserkantonalen Versorgung, beispielweise dank mehr Flexibilität bei der Konzentration von Leistungsgruppen oder bei der Schaffung von überkantonalen Angeboten, wächst, je mehr die Kantone auch zeitlich koordiniert planen (BAG 2021: 20-21). Vor diesem Hintergrund ist eine gewisse zeitliche Abstimmung für eine inhaltliche Koordination unerlässlich.

Handlungsbedarf im Bereich der Planungsintervalle: Empfehlung an die Kantone, mögliche Ansätze für eine bessere zeitliche Koordination ihrer Spitalplanungen zu erarbeiten, zum Beispiel im Rahmen von grösseren Versorgungsregionen.

Spitalplanungsverfahren

Das Spitalplanungsverfahren hat sich in den letzten zwanzig Jahren stark professionalisiert. So wurden die Kriterien für die Zuteilung der Leistungsaufträge sowohl in Rechtsprechung als auch in Bundesrecht präzisiert. Weiter haben die verfahrensrechtlichen Aspekte an Bedeutung gewonnen. So ist das Bewerbungsverfahren zum integralen Bestandteil des Verfahrens geworden. Dabei muss das rechtliche Gehör der sich bewerbenden Leistungserbringer gewährleistet werden. Zudem muss mit den in ihrer Versorgungssituation potenziell betroffenen Kantonen eine Koordination erfolgen. Gegen Spitallistenbeschlüsse können sowohl die betroffenen Spitäler wie auch neu Versichererverbände beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben.

Vor diesem Hintergrund erwähnen mehrere – vor allem kleine – Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG, dass der Spitalplanungsprozess sehr ressourcenintensiv ist. Ein Viertel der Kantone erwähnt zudem, dass die Beschwerden beim Bundesverwaltungsgericht grosse Unsicherheiten generieren und den Spitalplanungsprozess zum Teil erheblich verlangsamen würden.

Wie auch nachfolgend unter Ziffer 4.5 erwähnt, muss die Spitalplanung unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Interessen gerecht werden. Einerseits sollen die hier geltenden Rahmenbedingungen die nötige Flexibilität gewährleisten, um die Berücksichtigung und Gewichtung der unterschiedlichen Ausgangslagen, Bedürfnisse und Entwicklungen im Gesundheitsbereich zu ermöglichen; bei solchen komplexen politischen Entscheiden ist ein grosser Handlungsspielraum unerlässlich. Andererseits muss die Spitalplanung nachvollziehbar wie auch wirksam sein; dies erfordert die Festlegung von objektiven Kriterien wie auch deren Vereinheitlichung und die Kontrolle ihrer Einhaltung.

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die bestehenden Regelungen zur Verfahrensführung dieser schwierigen Ausgangslage angemessen Rechnung tragen. Im Interesse der Nachvollziehbarkeit und Wirksamkeit haben Bund und Gerichte die Kriterien zur Zuteilung der Leistungsaufträge teilweise präzisiert. Zudem unterstehen Spitalplanungsentscheide einer gerichtlichen Kontrolle. In der genauen Ausgestaltung und Gewichtung der Zuteilungskriterien bleiben die Kantone aber weiterhin frei. Dieser erhebliche Ermessensspielraum seitens der Kantone wird auch im gerichtlichen Verfahren bewahrt. So darf das Bundesverwaltungsgericht in diesem Bereich die Angemessenheit der Entscheide nicht überprüfen (eingeschränkte Kognition); es können lediglich die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs, der Überschreitung des Ermessens oder des Willkürverbotes (Art. 9 BV) und die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts gerügt werden.

3.6.5 Über- und Unterversorgung

Das wirksamste Instrument, um eine allfällige Überversorgung vorzubeugen bzw. abzubauen, ist eine sorgfältig durchgeführte Spitalplanung. So sehen die angewendeten Prognosemodelle in der Phase der Bedarfsermittlung insbesondere bei einer allfälligen Überversorgung Korrekturen vor. Anschliessend muss bei der Zuteilung der Leistungsaufträge das Potenzial der Konzentration von Leistungen berücksichtigt werden. Das Beschwerderecht der Versichererverbände könnte in dieser Hinsicht eventuell dazu führen, dass diesem Kriterium eine grössere praktische Bedeutung zukommt. Schliesslich

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

sind die Kantone angehalten, eine periodische Überprüfung der Spitalplanung vorzunehmen, u.a. auch um eine sich abzeichnende Fehlversorgung rechtzeitig zu erkennen und zu korrigieren.

Die Kantone können zudem spezifische Massnahmen gegen eine allfällige Überversorgung ergreifen, insbesondere Massnahmen zur Mengensteuerung. Solche Instrumente zur Mengensteuerung sind aber massvoll einzusetzen, da sie eine (zu starke) Angebotsverknappung und damit eine Rationierung sowie Einschränkung des Wettbewerbs bedeuten können. Weiter sehen die heutigen Bestimmungen schweizweit ein Verbot ökonomischer Fehlanreize in den Spitälern sowie Einschränkungen von stationären Leistungen bei gleichwertiger ambulanter Leistungserbringung (Regelung «ambulant vor stationär» (AvS) nach Art. 3c und Anhang 1a KLV) vor.

Es zeigt sich, dass in der Praxis zum Teil schwierig zu bestimmen ist, inwiefern eine Fehlversorgung vorliegt. Um mögliche Fehlversorgungen in der Bedarfsschätzung zu berücksichtigen, werden im Rahmen der Prognosemodelle die kantonalen mit den gesamtschweizerischen Werten verglichen und eine Angleichung z.B. der Hospitalisierungsraten pro SPLG und Altersgruppe an den Schweizer Durchschnitt (in der Regel nach unten) vorgenommen. Ein solches Vorgehen basiert auf der Annahme, dass der Schweizer Durchschnitt eine optimale Versorgung abbildet, was nicht belegt ist. Dabei geht auch vergessen, dass regionale Versorgungsunterschiede viele unterschiedliche Ursachen haben können – eine Fehlversorgung ist nur eine davon.²⁷ Informationen zu regionalen Versorgungsunterschieden liefern wichtige Grundlagen für die Spitalplanung. Der Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung (nachfolgend: Schweizer Versorgungsatlas) als Kooperationsprojekt von BAG und Obsan dokumentiert regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und dient als Grundlage für die Versorgungsforschung sowie für die zuständigen Behörden im Hinblick auf die Planung und Steuerung einer bedarfsgerechten Versorgung.²⁸ Allerdings müssen die Ursachen solcher regionalen Unterschiede vertieft untersucht werden, um die richtigen Massnahmen daraus ableiten zu können.

Um geeignete Massnahmen überhaupt einleiten zu können, ist eine genaue und möglichst präzise Beurteilung bzw. Analyse der Versorgungssituation unerlässlich. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Instrumente bzw. Indikatoren zur Erkennung einer Fehlversorgung weiterzuentwickeln. Abgesehen von der oben erwähnten Analyse von regionalen Versorgungsunterschieden könnte ein weiterer interessanter Ansatz beispielsweise darin bestehen, eine zuverlässige Messung der Indikationsqualität anhand von Routinedaten zu erzielen; dazu sind auch Bestrebungen im Gange (GDK 2020: 7). Die Indikationsqualität bezeichnet die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Indikatoren zur Indikationsqualität leisten daher wichtige Beiträge zur Verhinderung von Überversorgung.

Handlungsbedarf im Bereich möglicher Fehlversorgung: Empfehlung an die Kantone, zu überprüfen, wie die Instrumente bzw. Indikatoren zur Erkennung einer Fehlversorgung weiterentwickelt und verbessert werden können. In diesem Rahmen könnten beispielsweise Untersuchungen zu den Ursachen

²⁷ Das Schweizer Versorgungsatlas unterscheidet zwischen verschiedenen Quellen und Ursachen regionaler Variation, nämlich: Zufallsvariation (statistische Unsicherheit und kleine Fallzahlen), datenseitige Variation (z.B. unterschiedliche Datenqualität), nachfrageseitige Variation (Bedürfnisse und Präferenzen der Patientinnen und Patienten) und angebotsseitige Variation (regionale Unterschiede im Versorgungszugang und im quantitativen Angebot an medizinischen Leistungen sowie Unterschiede in der medizinischen Praxis) (www.versorgungsatlas.ch > Methodik > Interpretation des Versorgungsatlas).

²⁸ www.versorgungsatlas.ch.

von regionalen Versorgungsunterschieden oder die Erarbeitung von Indikatoren zur Indikationsqualität angestossen werden.

3.6.6 Schlussfolgerung

Aufgrund der vorliegenden Analyse stellt der Bundesrat fest, dass bei den Modellen und Prozessen, die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung zur Anwendung kommen, Handlungsbedarf besteht. Der Bundesrat hat daher entsprechende Empfehlungen zuhanden der Kantone formuliert.

Ein erster Schritt in dieser Richtung stellt die jüngste Anpassung der GDK-Empfehlungen vom 27. November 2025 dar. In diesem Rahmen wurde die bisherige Empfehlung 2 zur bedarfsgerechten Spitalplanung dahingehend ergänzt, dass die Kantone alle fünf Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und alle zehn Jahre eine gesamtschweizerische Bedarfsprognose für stationäre medizinische Leistungen unter Berücksichtigung der Patientenströme erstellen. Auf diesen Grundlagen sollen die Kantone ihre Bedarfsplanung entwickeln (GDK 2025: 9; Bst. a). Laut der GDK sollen die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose den Kantonen einheitliche statistische Grundlagen im Rahmen ihrer Spitalplanungen bieten (GDK 2025: 9; Empfehlung 2 zur bedarfsgerechten Spitalplanung, Erläuterung zur Bst. a).

Zudem wurde auch die Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme ergänzt. Sobald die notwendigen Grundlagen vorliegen, sollen sich die Kantone bei ihren Spitalplanungen in der Akutsomatik an Spitalversorgungsräumen orientieren (vgl. auch Ziffer 5.4.6). Im Vorfeld sollen die Kantone eine schweizweit einheitliche Zuordnung der SPLG zu den Versorgungsebenen Grundversorgung und Spezialversorgung und schweizweit einheitliche Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen in der Spezialversorgung erarbeiten. In diesem Rahmen sollen die Kantone die Patientenströme, die gesamtschweizerische Bedarfsanalyse und -prognose sowie insbesondere die Kriterien der Erreichbarkeit, der Komplexität der Leistungen und der Fallzahlen berücksichtigen (GDK 2025: 23-24; Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme, Bst. a).

In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sollen die Kantone zu gegebenem Zeitpunkt prozessual analog vorgehen. Die GDK stellt diesbezüglich in Aussicht, dass Klassifikationen der medizinischen Leistungen zu Planungszwecken auch in diesen Bereichen folgen werden, da ein koordiniertes Vorgehen der Kantone anhand von Spitalversorgungsräumen auf Grund der fehlenden gemeinsamen Systematik bisher nur eingeschränkt möglich sei (GDK 2025: 25; Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme, Erläuterung zur Bst. a).

Gemäss der Medienmitteilung vom 1. Dezember 2025 der GDK werden die Umsetzungsarbeiten in den kommenden Jahren stattfinden. Der Bundesrat wird diese Umsetzungsarbeiten weiterverfolgen und auch auf dieser Basis entscheiden, ob eine Präzisierung der heutigen bundesrechtlichen Rahmenbedingungen der kantonalen Spitalplanung notwendig ist.

4 Mehrfachrolle der Kantone

Wie im Postulat 15.3464 Cassis festgestellt wird, übernehmen die Kantone in der Spitalplanung zentrale Aufgaben. So sind die Kantone gleichzeitig Entscheidungsinstanz im Bereich Spitalplanung (Ziffer 4.1), zum Teil (Mit-)Eigentümer von gewissen Spitaleinrichtungen (Ziffer 4.2), genehmigen die Tarife bzw. setzen diese fest (Ziffer 4.3), und finanzieren (noch) den grösseren Teil der Spitalleistungen (Ziffer 4.4). Diese Mehrfachrolle wird zum Teil vehement kritisiert, so auch im Rahmen des erwähnten Postulats: sie führe zwangsläufig zu Interessenkonflikten sowie zu Wettbewerbsverzerrungen und senke die Anreize zur Kostenkontrolle. Inwiefern diese Befürchtung für diese jeweiligen Rollen (noch) berechtigt ist, wird nachfolgend untersucht. Daraus zieht der Bundesrat unter Ziffer 4.5 seine Schlussfolgerungen.

Einleitend ist daran zu erinnern, dass sich der Gesetzgeber das sozialpolitische Ziel einer solidaren und für alle zugänglichen medizinischen Versorgung von hoher Qualität gesetzt hat. Die sich daraus ergebenden gesetzlichen Regulierungsvorschriften für die Leistungserbringer, die Leistungsfinanzierer und die Preisbildung führen dazu, dass ein reiner Wettbewerb im Gesundheitsbereich nicht möglich ist.

Der Markt im Gesundheitswesen ist somit von einem Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen geprägt. Das Bundesverwaltungsgericht hat die Besonderheiten des Marktes im Gesundheitswesen vor diesem Hintergrund wie folgt zusammengefasst (Urteil BVGer C-2283/2013, C-3617/2013 vom 11. September 2014, E. 3.2): Die Vertragspartner können bei fehlender Preiseinigung nicht auf die Erbringung der Behandlungsleistungen oder die Vergütungen verzichten. Die Listenspitäler haben die Patienten aufzunehmen (Aufnahmepflicht; Art. 41a KVG) und die Leistungen zu den bestimmten Tarifen abzurechnen (Tarifschutz; Art. 44 KVG). Im Bereich der OKP tragen diejenigen, die über die Nutzung der Spitalleistungen entscheiden (Patienten, Ärzte u.a.), die daraus resultierenden Kosten nicht direkt. Die Patienten wählen zwar unter den zugelassenen Leistungserbringern (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG) aus, die Krankenversicherer als Zahler haben aber nur beschränkt die Möglichkeit, die Spitalwahl zu beeinflussen und auf vergleichbare Angebote zu lenken. Mangels Preisbildung durch einen wirksamen Wettbewerb sind die Tarife und Preise der Leistungen durch die zuständige Behörde zu prüfen oder ersatzweise festzusetzen (2. Titel 4. Kapitel 4. Abschnitt KVG).

4.1 Planungsbehörde

Die Pflicht der Kantone zur Spitalplanung wurde mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 gesetzlich verankert. Wie unter Ziffer 3 dargelegt, besteht die Spitalplanung im Grundsatz darin, dass der Kanton für jeden stationären Leistungsauftrag ein Ausschreibungsverfahren zwischen mehreren sich bewerbenden Spitälern durchführt. Der Staat – in diesem Fall die Kantone – entscheidet, welche Spitäler den Bedarf an gewissen stationären Leistungen am besten decken können. Folgende Faktoren sprechen dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung, insbesondere im stationären Bereich, eine solche führende Rolle übernimmt:

- **Versorgungssicherheit.** Nach Artikel 117a BV müssen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität sorgen. Aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen bildet die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. So sind die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Mit dem Versicherungsobligatorium garantiert das 1996 in Kraft getretene KVG der gesamten Wohnbevölkerung den Zugang zu einer breiten Leistungspalette und die entsprechende Kostenübernahme. Die gleichzeitig eingeführte Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung durch das KVG bietet Gewähr für das Vorhandensein der erforderlichen Versorgungsstrukturen (BBI 2004 5551 S. 5564). Der Kanton sorgt mit der Spitalplanung und der Erteilung von Leistungsaufträgen dafür, dass genügend Kapazität zur Verfügung steht, damit sich die Kantonseinwohner und -einswohnerinnen in jedem Krankheitsfall behandeln lassen können (BBI 2004 5551 S. 5576). Gerade die Notfallversorgung für eine bestimmte Region hat Eigenschaften eines natürlichen Monopols, das entsprechend reguliert werden sollte.

- *Optimierung der Ressourcennutzung und Kosteneindämmung.* Der Markt im Gesundheitswesen ist u.a. durch eine angebotsinduzierte Nachfrage gekennzeichnet; zudem spielen die Preise für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle (BBI 2004 5551 S. 5587). Vor diesem Hintergrund soll mit dem Instrument der Spitalplanung auf gesamtschweizerischer Ebene ein Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimaler Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden (BBI 1992 I 93 S. 167). Somit verfügen die Kantone im Rahmen der Spitalplanung auch über die Möglichkeit, die Mengen zu begrenzen, um einen unbegrenzten Kostenanstieg zu vermeiden (BGE 138 II 398, E. 3.5.2). Zudem können bzw. müssen die Kantone bei der Auswahl der Leistungserbringer auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung berücksichtigen.
- *Sicherstellung der Qualität.* Mit dem Instrument der Spitalplanung wird sichergestellt, dass die Kantone die Qualität der Leistungserbringung regelmässig überprüfen können. Im Rahmen des Spitalplanungsverfahrens müssen die sich bewerbenden Spitäler aufzeigen, dass sie in dieser Hinsicht gewisse Mindestanforderungen erfüllen. Bei der anschliessenden Auswahl der Leistungserbringer können bzw. müssen die Kantone auch die Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen.
- *Finanzierungsverantwortung.* Bei dem 1996 in Kraft getretenen KVG stand die Verstärkung der Solidarität im Vordergrund (BBI 1992 I 93 S. 95 und 125). Die Solidarität ist nur dann umfassend und gerecht, wenn alle daran beteiligt sind. In diesem Sinn ist das Versicherungsobligatorium kein Selbstzweck, sondern ein unverzichtbares Instrument, um die erforderliche Solidarität zu gewährleisten (BBI 1992 I 93 S. 125-126). Zudem beteiligten sich neben den Prämienzahlenden, deren Prämien (abgesehen von den Prämienverbilligungen) nicht vom Einkommen abhängen, als zusätzliches Element der Solidarität von Anfang an auch die Kantone mit Steuermitteln an der Finanzierung der Kosten der KVG-Leistungen. Mit der in der Volksabstimmung angenommenen einheitlichen Finanzierung der Leistungen wurde das Bekenntnis zur finanziellen Mitverantwortung der Kantone für die Finanzierung der KVG-Leistungen erneuert (vgl. Ziffer 4.4). Wenn der Kanton die Kosten der KVG-Leistungen zu wesentlichen Teilen mitfinanzieren muss, ist es legitim, dass ihm auch die Verantwortung zukommt, die Zulassung der Leistungserbringer, die Art und Weise der Versorgung und die Höhe der Kosten mitzusteuern. Im stationären Bereich wird dies u.a. dadurch gewährleistet, dass die Kantone mit dem Instrument der Spitalplanung die Spitallandschaft mitgestalten können.
- *Planungssicherheit für die Leistungserbringer.* Mit dem Instrument der Spitalplanung wird für die Leistungserbringer eine gewisse Planungssicherheit über mehrere Jahre gewährleistet. Angesichts der hohen Investitionskosten (insbesondere in Infrastruktur und medizintechnische Anlagen) sind die Spitäler auf einen langfristigen Planungshorizont angewiesen. Ohne eine gewisse

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Planungssicherheit über mehrere Jahre hinweg würden wichtige Investitionen nicht getätigt oder wären teurer, was sich wiederum negativ auf die Versorgungssicherheit und die Kosten auswirken könnte.

Wie unter Ziffer 3 ausführlich dargelegt, müssen die kantonalen Spitalplanungen im Rahmen eines definierten Verfahrens erfolgen und klare Vorgaben erfüllen. Als erster Schritt müssen die Kantone den Bedarf gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche ermitteln und dabei auch die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen. Auch die Patientenströme müssen sorgfältig untersucht werden. Zu diesem Zweck kommen robuste und sorgfältig konzipierte Prognosemodelle zur Anwendung. Nach Durchführung eines Bewerbungsverfahrens werden anschliessend die Leistungsaufträge zugeteilt. Nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG sind private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen. Weiter sind bei der Auswahl der Leistungserbringer gewisse Kriterien zwingend zu berücksichtigen, darunter beispielsweise die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, die auf Bundesebene präzisiert werden.

Gegen Spitallistenbeschlüsse kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden. Obwohl seine Kognition eingeschränkt ist, prüft das Bundesverwaltungsgericht u.a., ob die bundesrechtlichen Vorgaben eingehalten werden und ob eine Planung objektiv vertretbar, das heisst nicht willkürlich ist. Sodann wurden die Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts als Motor für die Harmonisierung beschrieben (Haenni 2023: 120) und haben massgeblich zur Überarbeitung der GDK-Empfehlungen (GDK 2022a: 2) sowie zur Weiterentwicklung der KVV-Planungskriterien beigetragen (BAG 2021: 3).

Zur Beschwerde berechtigt sind Leistungserbringer, die nicht in die Spitalliste aufgenommen wurden, und seit dem 1. Januar 2024 neu auch Versichererverbände (Artikel 53 Absatz 1^{bis} KVG). Damit soll gewährleistet werden, dass die Interessen der Versicherer bei der Planung und der Erstellung der Spitallisten hinreichend berücksichtigt werden. Die Rügen der Leistungserbringer haben normalerweise die Ausweitung des zugelassenen Angebotes zum Ziel. Mit diesem ideellen Verbandsbeschwerderecht wird die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung von Rügen gegen kantonale Entscheide verankert, damit diese zu einer Planung führen, die eine Reduktion und Konzentration des Angebotes, eine Effizienz- und Qualitätssteigerung und eine Vermeidung von Mengenausweitungen beinhaltet. Das Verbandsbeschwerderecht zielt insofern darauf, den Schutz der Interessen der OKP stärker zu gewichten, damit die Grundsätze für eine bedarfsgerechte, günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung durch die Kantone eingehalten werden.

In den jüngst revidierten Empfehlungen der GDK wird den Kantonen empfohlen, den Versicherern über ihren Verband bzw. ihre Verbände im Rahmen der Vernehmlassung des Planungsverfahrens das rechtliche Gehör zu gewähren (GDK 2025: 7; Empfehlung 1 zur leistungsorientierten Spitalplanung, Erläuterung zur Bst. a).

4.2 Öffentliche Trägerschaften

Mit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 hat sich das bestehende System der Spitalfinanzierung grundsätzlich verändert. Mit der leistungsbezogenen Finanzierung wurde eine Abkehr von der bisher üblichen Objektsubventionierung bewirkt: so werden nicht mehr die Leistungserbringer, sondern die erbrachten Leistungen finanziert.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Die erbrachten Leistungen werden grundsätzlich mit Fallpauschalen vergütet (vgl. Ziffer 2.4). Diese Pauschalen orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Auch Investitionen und Anlagenutzungskosten sind in den Pauschalen enthalten. Somit führt dieser Paradigmenwechsel dazu, dass ein Spital seine Kosten grundsätzlich nur dann decken kann, wenn es die Leistungen auch tatsächlich in wirtschaftlicher Weise erbringen kann.

Wie oben unter Ziffer 2.3.3 aufgezeigt, dürfen nach Artikel 49 Absatz 3 KVG Kostenanteile für GWL in den Vergütungen nicht enthalten sein, wobei als Beispiele die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre genannt werden. Diese Tätigkeiten müssen demnach separat, d.h. nicht über die KVG-Tarife, finanziert werden. Für den Bundesrat steht es ausser Frage, dass es ein gesellschaftliches Bedürfnis nach GWL – seien sie von den Kantonen oder anderen Akteuren finanziert – gibt und dass mit ihnen wichtige öffentliche Güter bereitgestellt werden. Entsprechend lässt das KVG den Kantonen bei der Ausrichtung der GWL grosse Autonomie, solange die GWL nicht den Tarifen zulasten der OKP zugerechnet werden (Bundesrat 2019: 8). Zu diesem Zweck wurden mit den entsprechenden Bestimmungen im KVG und in der VKL die rechtlichen Voraussetzungen für die einheitliche Kostenausscheidung und Leistungserfassung geschaffen. Die Spitäler werden dadurch zu einer sachgerechten Abgrenzung ihrer Kosten verpflichtet.

Weiter ist anzumerken, dass die Verselbstständigungen der Spitäler mit öffentlicher Trägerschaft in den letzten Jahren anscheinend zugenommen hat. Gemäss einer Zusammenstellung von Haenni waren drei Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung noch in 13 Kantonen Regierungsmitglieder im Steuerungsgremium der Kantonsspitäler vertreten (Haenni 2023: 55-56 m. H.).

Zudem müssen die Kantone bei der Zuteilung der Leistungsaufträge, d.h. der Auswahl der Leistungserbringer, gewisse Kriterien zwingend berücksichtigen, darunter beispielsweise die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, die auf Bundesebene präzisiert werden (vgl. Ziffer 3.3 und 3.4). In diesem Rahmen sind die Kantone gesetzlich aufgefordert, private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Weil die Leistungen aller Listenspitäler – unabhängig von ihrer Rechtsform und Trägerschaft – von den Kantonen mitfinanziert werden, haben auch die Kantone ein Interesse an einem möglichst günstigen Verhältnis zwischen Kosten und Qualität der Leistungen. In diesem Sinne besteht für die Kantone ein Anreiz, ihre Leistungsaufträge an jene Institutionen zu vergeben, welche die Anforderungen am effizientesten erfüllen. Die Kantone haben kein finanzielles Interesse, unzweckmässige oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten (BBI 2004 5575).

4.3 Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsbehörde

Gemäss KVG müssen stationäre Behandlungen einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital mittels Pauschalen vergütet werden. Die Erarbeitung und jährliche Weiterentwicklung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur ist eine der zentralen Aufgaben der SwissDRG AG, einer gemeinsamen Organisation der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone. Die Tarifpartner müssen die Tarifstruktur sowie deren Weiterentwicklung dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten.

Der Basispreis (Baserate) ist eine Art Durchschnittswert für stationäre Behandlungen in einem bestimmten Spital. Die Basispreise können je nach Spital unterschiedlich sein. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) vereinbart und vom zuständigen Kanton genehm-

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

mit. Können sich die Tarifpartner nicht auf einen Basispreis einigen, so setzt der Kanton den Basispreis nach Anhören der Beteiligten fest. Die Kantone überprüfen dabei, ob der Tarifvertrag, also der Basispreis, mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Im Bereich der Tarifiermittlung und damit auch die Genehmigung oder Festsetzung hat sich in der Praxis und Rechtsprechung eine Berechnung mittels eines Benchmarks etabliert. Auch wenn bereits einige Punkte insbesondere durch die Rechtsprechung geklärt wurden, fehlt heute eine schweizweit einheitliche Tarifiermittlungsmethodik und insbesondere auch einheitliche Vorgaben zur Beurteilung der Effizienz. Um diese offenen Punkte aufzunehmen, wurde von Seiten der Tarifpartner auf Initiierung des Bundes ein Projekt zur gemeinsamen Erarbeitung einer Methodik für einen schweizweit sachgerechten Effizienzvergleich gestartet. Dieses Projekt bildet die Fortsetzung der Arbeiten zur Schaffung einer schweizweiten Regelung, welche auf Seiten des Bundes im Jahre 2020 initiiert und danach im Austausch mit den betroffenen Stakeholdern weitergeführt wurden. Es ist heute davon auszugehen, dass der Bundesrat Ende 2026 über eine entsprechende Regelung entscheiden kann.

Vor dem Hintergrund dieser laufenden Arbeiten sieht der Bundesrat aktuell keinen weiteren Handlungsbedarf.

4.4 Finanzierungsakteur

In der Schweiz werden OKP-Leistungen heute je nach Behandlungsart unterschiedlich finanziert. So variiert die finanzielle Beteiligung des Kantons je nach Art der erbrachten Leistungen. Ambulante Behandlungen werden vollständig über die Krankenversicherer finanziert, der Kanton beteiligt sich daran nicht. Bei stationären Behandlungen beteiligt sich der Kanton mit mindestens 55 % an der Vergütung, den Rest übernimmt der Krankenversicherer (Art. 49a Abs. 2^{ter} Satz 2 KVG). Bei Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim übernehmen die Krankenversicherer einen fixen Beitrag, die Patientinnen und Patienten beteiligen sich mit maximal 20 Prozent des höchsten Beitrags der OKP und die Kantone sind verantwortlich für die Regelung der Restfinanzierung, diese macht aktuell etwas weniger als die Hälfte der Kosten aus (Art. 49a Abs. 5 KVG).

Am 24. November 2024 hat die Stimmbevölkerung die KVG-Änderung zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen angenommen. Mit dieser Reform sollen alle OKP-Leistungen nach demselben Verteilungsschlüssel finanziert werden, egal ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Kantone sollen immer mindestens 26,9 % der Kosten, die Krankenversicherer höchstens 73,1 % übernehmen.

Die heute geltenden Finanzierungsunterschiede schaffen Anreize für die verschiedenen Akteure, in erster Linie ihre eigenen Interessen statt das Gesamtbild im Blick zu haben. So geben die Versicherer beispielsweise ambulanten Leistungen, die meist kostengünstiger sind als stationäre Behandlungen, nur zögerlich den Vorzug, da die Kantone mehr als die Hälfte der Kosten von Spitalaufenthalten tragen.

Da Kantone und Krankenversicherer mit der Reform alle Leistungen gemeinsam finanzieren, steigt für beide der Anreiz, die jeweils medizinisch sinnvollste und günstigste Behandlung zu fördern. Dies soll die Verlagerung von stationären hin zu ambulanten Leistungen beschleunigen, was für die Patientinnen und Patienten oft medizinisch sinnvoller und insgesamt günstiger wäre. Die Kantone haben neben zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten auch einen finanziellen Anreiz, auch das ambulante Angebot zu steuern und eine gesamtheitliche Versorgungsplanung vorzunehmen.

4.5 Fazit und Handlungsbedarf

Der Markt im Gesundheitswesen ist von einem Zusammenwirken von staatlicher Planung und Wettbewerbselementen geprägt. Dieser Markt ist u.a. durch eine angebotsinduzierte Nachfrage gekennzeichnet; zudem spielen die Preise für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung, insbesondere im stationären Bereich, eine führende Rolle übernimmt (BBI 2004 5551 S. 5587). Wenn der Kanton die Kosten der KVG-Leistungen zu wesentlichen Teilen mitfinanzieren muss, ist es zudem legitim, dass ihm auch die Verantwortung zukommt, die Zulassung der Leistungserbringer, die Art und Weise der Versorgung und die Höhe der Kosten mitzusteuern.

In den letzten Jahren haben verschiedene Faktoren dazu beigetragen, mögliche Interessenskonflikte, die sich aus der Mehrfachrolle der Kantone ergeben und u.a. im Postulat 15.3464 Cassis dargelegt werden, zu entschärfen. So muss der Kanton als Planungsbehörde klare bundesrechtlichen Vorgaben erfüllen; gegen seine Entscheide können sowohl die betroffenen Spitäler wie auch neu Versichererverbände beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben. Weiter ist der Kanton in seiner Rolle als Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsbehörde an die Vorgaben der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Tarife gebunden. Insbesondere hat er die Tarife unter der Berücksichtigung der Effizienz der Leistungserbringung zu beurteilen. Mit der Reform zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen wird die Rolle des Kantons als Finanzierungsakteur neu in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung gleich geregelt; so werden die heute geltenden Finanzierungsunterschiede und die sich daraus ergebenden Fehlanreize beseitigt. Die Kantone haben dadurch einen finanziellen Anreiz, eine gesamtheitliche Versorgungsplanung vorzunehmen. Zudem hat sich die Rolle des Kantons als Eigentümer von Spitaleinrichtungen mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012, d.h. mit dem System der Pauschalvergütung, grundlegend geändert. Dieser Paradigmenwechsel führt dazu, dass ein Spital seine Kosten nur dann decken kann, wenn es die Leistungen auch tatsächlich in wirtschaftlicher Weise erbringen kann. Für die Kantone besteht der klare Anreiz, ihre Leistungsaufträge an jene Institutionen zu vergeben, welche die Anforderungen am effizientesten erfüllen.

Die Kantone verfügen bei diesen zentralen Aufgaben jedoch weiterhin über einen beträchtlichen Spielraum, zum Beispiel bei der genauen Ausgestaltung der massgeblichen Kriterien für die Vergabe der Leistungsaufträge, bei den Zuschüssen an die Spitäler für GWL oder in der Ausgestaltung ihrer Rolle als Eigentümer von Spitaleinrichtungen.

Die Kantone haben nichtsdestotrotz kein finanzielles Interesse, unzweckmässige oder überflüssige Strukturen aufrecht zu erhalten. Erfolgt dies trotzdem, so die Botschaft zur damaligen Reform zur Spitalfinanzierung, geschieht es nicht im Interesse der OKP, sondern aufgrund eines anderen Interesses des Kantons (BBI 2004 5575). Damit wird auch verdeutlicht, dass die Kantone im Bereich der Spitalplanung nicht nur rein wirtschaftliche Ziele verfolgen. Spitalplanungsentscheide sind politische Entscheide und stellen als solche das Ergebnis einer Abwägung zwischen unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Zielen dar. Zum gleichen Schluss kommen auch die Gerichte. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, in der Tat auch eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung. Gemäss ständiger Rechtsprechung handelt es sich

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

dabei um einen primär politischen Entscheid, für welchen die zuständigen Behörden über einen erheblichen Ermessensspielraum verfügen (Urteil BVGer C-2731/2019 vom 30. August 2022, E. 3.1, vgl. Ziffer 3.3.2).

Zudem muss der Vorwurf, die Mehrfachrolle der Kantone führe zwangsläufig zu Interessenskonflikten sowie zu Wettbewerbsverzerrungen, relativiert werden. Dass die Kantone bzw. ihre Exekutivinstanzen in diesem Bereich eine Mehrfachrolle einnehmen und unterschiedliche Interessen – d.h. nicht nur rein wirtschaftliche Interessen – verfolgen, liegt bis zu einem gewissen Ausmass in der Natur der Sache.

Vor diesem Hintergrund sieht der Bundesrat aktuell keinen weiteren Handlungsbedarf.

5 Interkantonale Koordination

Zur Beantwortung der Postulate 23.4275 de Montmollin und 24.3029 Wyss wird die interkantonale Koordination nachfolgend vertieft untersucht. Zuerst wird der rechtliche Rahmen der interkantonalen Koordination und insbesondere die Bedeutung der Patientenströme für die interkantonale Koordination aufgezeigt (Ziffer 5.1). Ziffer 5.2 legt die verschiedenen Formen der interkantonalen Koordination sowie entsprechende konkrete Beispiele dar. Die Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin, welche gemäss KVG gesamtschweizerisch zu erfolgen hat und von den Kantonen gemeinsam beschlossen wird, wird schliesslich unter Ziffer 5.3 näher erläutert. Aufgrund dieser Analyse werden schliesslich die wesentlichen Erkenntnisse dargelegt sowie einen allfälligen Handlungsbedarf in diesem Bereich identifiziert (Ziffer 5.4).

5.1 Rechtlicher Rahmen

Die Kompetenz für die Planung liegt grundsätzlich bei den Kantonen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Gemäss Artikel 39 Absatz 2 KVG koordinieren die Kantone ihre Planung. Damit wollte der Gesetzgeber unterstreichen, dass ein Kanton nur dann bedarfsgerecht planen kann, wenn er die Patientenströme kennt und seine Kapazitäten mit den Nachbarkantonen koordinieren kann (BBI 2004 5575). Die Konkretisierung der gesetzlichen Koordinationspflicht auf Verordnungsstufe ist seit dem 1. Januar 2022 Artikel 58e KVV zu entnehmen. Artikel 58e KVV gehört zu den Planungskriterien nach Artikel 58a ff. KVV, die der Bundesrat auf der Grundlage von Artikel 39 Absatz 2^{ter} KVG erlassen hat.

5.1.1 Patientenströme

Nach Artikel 58e Absatz 1 Buchstabe a KVV müssen die Kantone zur Koordination ihrer Planungen namentlich die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese Informationen mit den betroffenen Kantonen austauschen. Artikel 58e Absatz 2 KVV hält fest, mit welchen Kantonen namentlich die Koordination zu erfolgen hat. Jeder Kanton muss sich mit den Standortkantonen der Einrichtungen koordinieren, die auf seiner Liste aufgeführt sind, dafür vorgesehen sind oder in denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte aus seinem Gebiet behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden (Ziffern 1 und 3). Sinngemäss muss sich jeder Kanton mit den Kantonen koordinieren, auf deren Liste eine oder mehrere Einrichtungen mit Standort auf seinem Gebiet aufgeführt sind oder für deren Liste solche Einrichtungen vorgesehen sind oder aus denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte in Einrichtungen, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden (Ziffern 2 und 4).

Gemäss ihren Angaben im Rahmen der Umfrage des BAG sind bisher 22 Kantone eine interkantonale Koordination aufgrund von mindestens einem der oben genannten Kriterien eingegangen.

Da mit Inkrafttreten der Revision der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2009 die freie Wahl der Patientinnen und Patienten ausgedehnt wurde, ist die interkantonale Koordination der Planungen von besonderer Bedeutung. Die Informationen über die Patientenströme sind namentlich die Grundlage für die Beurteilung des Angebotes, das im Rahmen der erweiterten Spitalwahl beansprucht wird (vgl. Art. 58b Abs. 2 KVV). Aufgrund dieser Informationen können die Kantone bestimmen, welches Angebot auf ihrer Liste zur Gewährleistung der bedarfsgerechten Behandlung der Kantonsbevölkerung zu sichern ist (vgl. Art. 58b Abs. 3 KVV). Die Patientenströme können basierend auf den Daten der MS ermittelt werden; diese stehen allen Kantonen zur Verfügung. Somit müssen diese Daten eigentlich nicht

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

(mehr) zwischen den Kantonen ausgetauscht werden. Das Obsan bietet den interessierten Kantonen an, im Rahmen von Versorgungsberichten auch diese Daten für sie zu eruieren und auszuwerten (vgl. Ziffer 3.2.4).

Wegen der Möglichkeit zur Beanspruchung des ausserkantonalen Angebotes müssen die Kantone die Koordination im Rahmen ihrer Planung intensivieren. Zum Beispiel muss verhindert werden, dass ausserkantonale Patientinnen und Patienten Leistungen beanspruchen, die für die Kantonsbevölkerung des Standortkantons oder einer bestimmten Region vorgesehen sind und damit Patientinnen und Patienten, für welche die Leistungen geplant waren, verdrängen. Namentlich die nach Artikel 41a KVG verankerte Aufnahmepflicht eines Spitals für ausserkantonale Patienten, die nur gilt, wenn sie im Leistungsauftrag verankert ist (Ausnahme bildet der Notfall), ermöglicht die Steuerung der Patientenströme durch die Planung (BAG 2008: 9).

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts muss eine interkantonale Koordination erfolgen, wenn eine Massnahme erwogen wird, die Auswirkungen auf die Patientenströme zwischen benachbarten Kantonen bzw. innerhalb einer Versorgungsregion haben kann. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn neue Kapazitäten geschaffen werden (Urteil des BVGer C-5379/2018 vom 2. Juli 2019, E. 5.3). So ist häufig davon auszugehen, dass sich bei einer kantonalen Spitalplanung Auswirkungen auf die Patientenströme ergeben, was eine interkantonale Koordinationspflicht begründet. Das Gericht geht grundsätzlich bei jeder Erteilung eines Leistungsauftrags von einer Koordinationspflicht aus, sei es innerhalb oder ausserhalb des umfassenden Spitalplanungsverfahrens und sei es mit oder ohne rechnerische Kapazitätserweiterung (Gfeller 2025: 7). Das Bundesverwaltungsgericht hat auch klargestellt, dass ein Kanton nicht frei darüber entscheiden kann, ob er auf die Koordinierung verzichtet und seine Planung auf die innerkantonale Nachfrage beschränkt (Urteil des BVGer C-7017/2015 vom 17. September 2021, E. 6.6.2).

Auch zum Inhalt dieser gesetzlichen Koordinationspflicht hat sich das Bundesverwaltungsgericht klar geäussert. Gemäss seiner Rechtsprechung genügt es nicht, dass der planende Kanton für sich allein die Patientenströme auswertet und daraus seine Schlüsse zieht. Er muss sich darüber mit den betroffenen Kantonen austauschen und seine Planungsmassnahmen mit ihnen koordinieren. Können sich die Kantone im Rahmen der Koordination nicht einigen, hat dies nicht zur Folge, dass der planende Kanton einen umstrittenen Leistungsauftrag nicht erteilen darf, sofern sich dieser auf eine bundesrechtskonforme Spitalplanung stützen lässt. Er hat sich aber in seinem Beschluss mit den von den anderen Kantonen vorgebrachten Einwänden auseinanderzusetzen und nachvollziehbar zu begründen, weshalb er diese als nicht stichhaltig erachtet (Urteil des BVGer C-1565/2017 vom 6. Juni 2019, E. 4.9.2).

Gemäss den Empfehlungen der GDK (GDK 2025: 24; Empfehlung 11 zu interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströmen, Bst. c) lädt der planende Kanton im Rahmen einer neuen Spitalplanung u.a. diejenigen Kantone zu einer Stellungnahme ein, die benachbart sind sowie aus denen bzw. in welche gewichtige Patientenströme fliessen und/oder voraussichtlich fliessen werden. Bei der Beurteilung der Gewichtigkeit können die Werte der Versorgungsrelevanz herangezogen werden, d.h. als gewichtig zu betrachten sind 10 % (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung (GDK 2025: 24; Fussnote 11).

Zu diesem Punkt lässt sich keine einheitliche Praxis der Kantone festmachen. Gemäss ihren Angaben im Rahmen der Umfrage des BAG wenden gewisse Kantone einen Schwellenwert an – sie wenden dabei Schwellenwerte zwischen 1 % und 15 % an, i.d.R. 10 %. Weitere Kantone verzichten auf die

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Festlegung eines bestimmten Schwellenwerts und analysieren die Zweckmässigkeit einer entsprechenden Koordination im Einzelfall, z.B. je nach Bedarf und Leistungsgruppen.

5.1.2 Potenzial der Koordination

Nach Artikel 58e Absatz 1 Buchstabe b KVV müssen die Kantone zur Koordination ihrer Planungen namentlich das Potenzial der Koordination mit anderen Kantonen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital berücksichtigen. Artikel 58e Absatz 2 Ziffer 5 KVV hält fest, dass die Planung mit denjenigen Kantonen zu koordinieren ist, mit denen die Koordination der Planungsmassnahmen zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann. Diese Bestimmungen ergänzen diejenige von Artikel 58d Absatz 4 KVV. Damit hat der Gesetzgeber klar zum Ausdruck gebracht, dass die Kantone das Potenzial der Konzentration der Leistungen auch über die Kantonsgrenzen hinaus beachten müssen; beispielsweise für die Beanspruchung der Möglichkeiten, Leistungen in bestimmten Leistungsgruppen in einem Kanton zu konzentrieren, anstatt diese Leistungen in beiden Kantonen parallel zu erbringen. Mit der medizintechnischen Entwicklung soll die Konzentration des Angebotes immer mehr an Bedeutung gewinnen (BAG 2021: 20-21).

Gemäss ihren Angaben im Rahmen der Umfrage des BAG sind bisher 13 Kantone eine interkantonale Koordination aufgrund von diesem Kriterium eingegangen. In der Praxis ergäbe sich das Potenzial einer solchen Koordination aus der Auswertung der Patientenströme, aus der Anwendung von Mindestfallzahlen und aus den geographischen Gegebenheiten.

5.2 Formen der Koordination

Gemäss den Untersuchungen von Haenni beteiligten sich die Kantone 406-mal an 114 verschiedenen Kooperationsaktivitäten im Zeitraum 2017-2019 (Haenni 2023: 99-100). Diese Kooperationsarbeiten zwischen den Kantonen decken verschiedene Arten der Zusammenarbeit, die formell oder informell erfolgen können. Haenni unterscheidet dabei drei Kooperationsstufen, die sich wie folgt definieren lassen (Haenni 2023: 32-33):

- *Informationsaustausch* bedeutet, dass mehrere Kantone Informationen miteinander teilen. Eine solchen Informationsaustausch bildet eine nötige Voraussetzung für die zwei nachfolgenden Kooperationsformen.
- Bei der *Koordination* stimmen die Kantone ihre Handlungen aufeinander ab, sei es einseitig (d.h. Anpassungen der eigenen Handlungen an Handlungen des anderen Kantons ohne gegenseitige Absprache) oder mehrseitig.
- Bei der *Kollaboration* arbeiten mehrere Kantone zusammen, z.B. zur gemeinsamen Erstellung einer Spitalplanung oder Anbieten einer Dienstleistung.

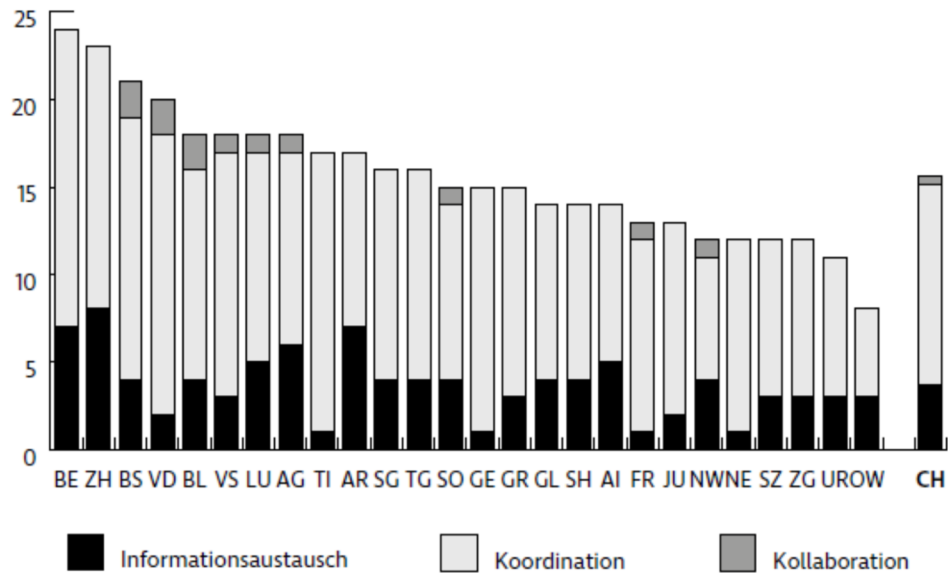
Tabelle 2: Definition der Kooperationsformen zwischen den Kantonen

Kooperationsstufe	Definition	Beispiel
Informationsaus- tausch	Mind. Zwei Akteure teilen ihre Informa- tionen; keine Abmachungen darüber, was der jeweils andere damit macht	Versenden von Planungsberichten zur Kenntnisnahme (ohne Stellungnahme)
Koordination	Informationsaustausch und Abstim- mung der Handlungen auf einen ande- ren Akteur	Vernehmlassung (negative Koordina- tion/Clearance), Nutzung des SPLG-Kon- zepts, Einigung auf GDK-Empfehlungen
Kollaboration	Gemeinsame Erstellung von Gütern, Dienstleistungen, Politiken	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

Quelle: Haenni 2023: 33

Gemäss der Untersuchung von Haenni kooperieren kleinere Kantone eher weniger als grosse, dies einerseits weil ihnen die Ressourcen für weiter gehende Kooperationsformen fehlen, andererseits weil ihr Planungsbedarf geringer ist (Haenni 2023: 139). Wegen ihren begrenzten Ressourcen stützen sich kleine und mittlere Kantone gerne auf interkantonal gemeinsam erarbeitete Konzepte und Standards (GDK-Empfehlungen, SPLG-Konzept des Kantons Zürich). Grosse Kantone kooperieren häufiger, weil sie als Partner insbesondere bei kleinen Kantonen für ihre Expertise beliebt sind, und weil sie selbst einen erhöhten Planungsbedarf haben. Die parteipolitische Zugehörigkeit in der exekutiven Zusammenarbeit scheint hingegen bei der Kooperationsstärke bzw. -häufigkeit keine Rolle zu spielen. Es zeigt sich aber, dass eine grössere Konstanz in den Arbeitsbeziehungen zwischen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mit häufigeren Kooperationen einhergeht (Haenni 2023: 142).

Tabelle 3: Kantonale Kooperationsaktivitäten im Spitalbereich, Anzahl der Kooperationsaktivitäten pro Kanton



Quelle: Haenni 2023: 99

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Die Klassifizierung von Haenni ist nützlich, um die verschiedenen – zahlreichen – Formen der interkantonalen Koordination zu unterscheiden. In der nachfolgenden Tabelle werden gewisse Formen der Koordination sowie entsprechende konkrete Beispiele aufgeführt; diese Darstellung ist nicht abschliessend und dient ausschliesslich zur Veranschaulichung der Vielfältigkeit der interkantonalen Koordinationsaktivitäten.

Tabelle 4: Beispiele der interkantonalen Koordinationsaktivitäten in der Spitalplanung

Informationsaustausch	Institutionalisierter Austausch	
	GDK	Alle Kantone
	Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (NWGDK)	AG, BE, BL, BS, JU, SO
	Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweizer Kantone (GDK-Ost)	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, (FL)
	Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (ZGDK)	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS)	BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS
	Bilaterale Gespräche	
	Bilaterale Gespräche auf verschiedener Ebene	individuell
	Austausch von Daten	
	Zustellung des Versorgungsberichts	individuell
	Obsan (Auftrag durch Bund und Kantone definiert): Kompetenz-, Dienstleistungs- und Informationszentrum für wissenschaftliche Analysen und Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik	Alle Kantone
Koordination	Beteiligung an Spitalplanung	
	Einladung zur Teilnahme bzw. Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren zum Planungsbericht	individuell
	Vereinheitlichung	
	Planungssystematik: Anwendung des vom Kanton Zürich entwickelten SPLG-Konzepts in der Akutsomatik	Alle Kantone
	Umsetzung der GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung	Alle Kantone
	Umsetzung der GDK-Empfehlungen zur Rehabilitation	Alle Kantone
	Austausch über inhaltliches und methodisches Vorgehen bei der Spitalplanung in verschiedenen Gremien (z.B. GDK-Kommission Vollzug KVG, GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung)	Alle Kantone

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

	Abstimmung bei der Vergabe von Leistungsaufträgen	
	Beispiel: Vergabe von Leistungsaufträgen an einen ausserkantonalen Leistungserbringer unter der Voraussetzung, dass dieselben Leistungsaufträge auch vom Standortkanton vergeben wurden.	individuell
	Ostschweizer Spitalvereinbarung (seit 2012): diese Vereinbarung bezweckt die Koordination der Spitalplanungen zwischen den Kantonen der GDK-Ost. Die Vereinbarungskantone verpflichten sich, ihre kantonalen Planungen auf der Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen zu erarbeiten. Weiter wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen einen Leistungsauftrag an ein ausserkantoniales Spital zu erteilen ist. ²⁹	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)
	Gemeinsame Spitalplanung	
	Psychiatriekonkordat zwischen Schwyz, Uri und Zug (seit 2017): der Konkordatsrat, bestehend aus den drei Kantonen, verabschiedet die psychiatrische Versorgungsplanung abschliessend und erteilt die Leistungsaufträge im Rahmen des gemeinsam definierten Bedarfs. Die drei Regierungen genehmigen die Leistungsaufträge des Konkordats. ³⁰	SZ, UR, ZG
Kollaboration	Gemeinsame Spitalplanung Basel-Stadt und Basel-Landschaft (seit 2021): für die Bevölkerung der Gemeinsamen Gesundheitsregion beider Basel (GGR) wird ein gemeinsames Versorgungsplanungsbericht erarbeitet. Nach einem gemeinsam durchgeführten Bewerbungsverfahren werden gleichlautende Spitallisten jeweils durch die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft erlassen. ³¹ Bisher sind die Spitallisten für die Akutsumatik 2021, für die Psychiatrie 2024 und für die Rehabilitation 2025 in Kraft getreten. Gemäss Medienmitteilung vom 26. November 2025 sollen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft weiterhin eine gemeinsame Spitalplanung erarbeiten, in der Anwendung der Vergabekriterien solle es aber neu differenzierteren Spielraum geben, um den unterschiedlichen Herausforderungen der beiden Kantone Rechnung zu tragen (koordinierte statt gleichlautende Spitallisten).	BL, BS

²⁹ Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011.

³⁰ Vgl. Konkordat der Kantone Uri, Schwyz und Zug betreffend die psychiatrische Versorgung (Psychiatriekonkordat) vom 17. März 2016.

³¹ Vgl. Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018, am 10. Februar 2019 vom Volk der beiden Kantone angenommen.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

	Gemeinsame Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen (seit 2023): Basierend auf identischen Planungskriterien und kantonsübergreifende Versorgungsregionen wird ein einziges Bewerbungsverfahren für die drei kantonalen Spitallisten durchgeführt. Bewertung und Auswahl der Bewerbungen erfolgen gemeinsam; die erteilten Leistungsaufträge sind identisch. Ein gemeinsamer Planungsbericht enthält alle Ausführungen zu den Leistungsaufträgen. Der Erlass der gleichlautenden Spitallisten erfolgt individuell aber koordiniert durch die jeweiligen zuständigen kantonalen Behörden (ARAI SG 2024: 15). Bisher wurden die Spitallisten für die Akutsomatik 2023 und für die Rehabilitation 2024 erlassen.	SG, AR, AI
	Gemeinsame Qualitätskontrolle	
	Qualitätsmonitoring der Kantone der Nordwestschweiz (QNS) und Zug: die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Solothurn und Zug arbeiten zusammen, um die Spitäler auf ihre Qualität hin zu überwachen. Basel-Stadt führt das Monitoring im Auftrag der Kantone aus. Die Spitäler und Kliniken in den 4 Kantonen sind zur Mitwirkung verpflichtet.	BL, BS, SO, ZG
	Interkantonale Spitäler	
	Ostschweizer Kinderspital (seit 1966): die gemeinnützige, privatrechtliche Stiftung mit Sitz in St. Gallen übernimmt für seine Stiftungsträger die Aufgabe eines regionalen Kompetenzzentrums u.a. für Pädiatrie und Kinderchirurgie. Zu den Stiftungsträgern des Spitals gehören die Ostschweizer Kantone St. Gallen, Thurgau, Appenzell Ausserrhoden und Innerrhoden sowie das Fürstentum Liechtenstein.	AI, AR, SG, TG, (FL)
	Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) mit Spitalstandorten in Estavayer-le-Lac (Freiburg) und Payerne (Waadt) (seit 1999): die Gründung des HIB ist das Ergebnis der Fusion des Bezirksspitals Broye in Estavayer-le-Lac und des Regionalspitals Payerne. Seit 2014 handelt es sich um eine selbstständige, interkantonale öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit, die der gemeinsamen Aufsicht der Kantone Waadt und Freiburg untersteht. ³²	VD, FR
	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC) (seit 2009) mit Standorten Rennaz (VD), Vevey (VD) und Monthey (VS): selbstständige, interkantonale öffentlich-rechtliche Anstalt mit	VD, VS

³² Interkantonale Vereinbarung über das Interkantonale Spital der Broye (HIB) Waadt–Freiburg vom 21. August 2013.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

eigener Rechtspersönlichkeit, die der gemeinsamen Aufsicht der Kantone Waadt und Wallis untersteht. ³³	
Triaplus AG (seit 2018): integriertes psychiatrisches Angebot über die drei Konkordatskantone Schwyz, Uri und Zug, das die stationäre, teilstationäre sowie ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellt.	SZ, UR, ZG
Spitalverbund Luzern/Nidwalden, LUKS Gruppe (seit 2021): Rechtsträgerin der LUKS Gruppe ist die Luzerner Kantonsspital AG. Die Luzerner Kantonsspital AG hält 60 % der Aktien der Spital Nidwalden AG, der Kanton Nidwalden 40 % (Sperrminorität). ³⁴	NW, LU ³⁵

Quelle: eigene Darstellung

5.3 Hochspezialisierte Medizin

Gemäss Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG beschliessen die Kantone im Bereich der HSM gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.

Zu diesem Zweck haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 in Kraft gesetzt. Alle 26 Kantone sind der IVHSM beigetreten. Die IVHSM bildet die rechtliche Grundlage für den Erlass der HSM-Spitalliste und legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organe fest. Zudem definiert sie die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als HSM zu gelten.

Die IVHSM-Plenarversammlung setzt sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren derjenigen Kantone zusammen, die der IVHSM beigetreten sind. Für die Planung der HSM ist ein interkantonales Entscheidorgan (HSM-Beschlussorgan) zuständig, das von der IVHSM-Plenarversammlung gewählt wird. Das HSM-Beschlussorgan setzt sich aus 10 Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zusammen – darunter die Gesundheitsdirektoren der Kantone mit Universitätsspital, d.h. Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf. Das HSM-Beschlussorgan wird von einem Fachgremium (HSM-Fachorgan) beraten. Zudem bestehen in unterschiedlichen HSM-Bereichen Begleitgruppen, die fachbereichsspezifische Empfehlungen an das HSM-Fachorgan geben. Das HSM-Projektsekretariat erarbeitet die Grundlagen der HSM-Planung und koordiniert die Zusammenarbeit der HSM-Gremien.

Das HSM-Beschlussorgan bestimmt die zu konzentrierenden Bereiche der hochspezialisierten Medizin und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide im Rahmen eines zweistufigen Verfahrens:³⁶

³³ Interkantonale Vereinbarung über das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis vom 17. Dezember 2008.

³⁴ Gesetz über das Kantonsspital (Spitalgesetz, SpitG) vom 23. Oktober 2019 des Kantons Nidwalden.

³⁵ Auch OW prüft einen möglichen Anschluss des Kantonsspitals Obwalden an die LUKS Gruppe.

³⁶ www.gdk-cds.ch > Hochspezialisierte Medizin > Organisation.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- *Zuordnung.* Im Rahmen der Zuordnung erfolgt die Definition der hochspezialisierten Bereiche. Dabei wird geprüft, ob bestimmte medizinische Eingriffe oder Behandlungen die IVHSM-Kriterien Seltenheit, Innovationspotenzial, personeller oder technischer Aufwand sowie Komplexität erfüllen. Für die Zuordnung müssen mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sein, wobei das Kriterium der Seltenheit stets vorliegen muss. Im Rahmen eines Vernehmlassungsverfahrens werden den kantonalen Gesundheitsdirektionen, den Spitälern und interessierten Organisationen die Möglichkeit gegeben, zur Auswahl und Definition der HSM-Bereiche Stellung zu nehmen. Der anschliessende definitive Zuordnungsentscheid wird durch das HSM-Beschlussorgan gefällt und ist nicht anfechtbar.
- *Leistungszuteilung.* Das Bewerbungsverfahren steht grundsätzlich allen Spitälern offen. Die Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrags ist an die Erfüllung der generellen sowie bereichsspezifischen Qualitätsanforderungen gebunden, welche durch das HSM-Fachorgan festgelegt werden. Nach der Auswertung der Bewerbungen wird der Zuteilungsvorschlag im Rahmen einer Anhörung einem breiten Adressatenkreis zur Stellungnahme unterbreitet. Der definitive Zuteilungsentscheid wird durch das HSM-Beschlussorgan gefällt (HSM-Spittalliste). Die Leistungsaufträge sind in der Regel auf sechs Jahre befristet und werden periodisch einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen.

5.4 Fazit und Handlungsbedarf

5.4.1 Bilanz der bisherigen Koordination

Gemäss Artikel 39 Absatz 2 KVG koordinieren die Kantone ihre Planung. Diese Koordinationspflicht wurde in der KVV präzisiert. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist häufig davon auszugehen, dass sich bei einer kantonalen Spitalplanung Auswirkungen auf die Patientenströme ergeben, was eine interkantonale Koordinationspflicht begründet. Weiter hat das Bundesverwaltungsgericht zum Inhalt dieser gesetzlichen Koordinationspflicht klare Richtlinien festgelegt (vgl. Ziffer 5.1). Eine beschwerdeberechtigte Partei kann die Verletzung der Koordinationspflicht vor dem Bundesverwaltungsgericht geltend machen. Somit besteht für die Kantone ein starker Anreiz, ihre Spitalplanungen entsprechend zu koordinieren.

Infolgedessen haben interkantonale Koordinationsbemühungen in allen Bereichen der Spitalplanung entsprechend zugenommen. Gemäss der Analyse von Haenni konzentrierten sich die Koordinationsaktivitäten nach der Einführung der Koordinationspflicht in der Spitalplanung lange eher auf methodische und prozedurale Aspekte sowie den Austausch zu Patientenströmen, was zur Harmonisierung der kantonalen Spitalplanungen wesentlich beitrug (Haenni 2023: 224). So wurden gemeinsame Konzepte und Standards interkantonale erarbeitet (GDK-Empfehlungen, SPLG-Konzept des Kantons Zürich, Anwendung von gleichen oder ähnlichen Prognosemodellen, Datenqualität, Anwendung von gleichen oder ähnlichen Struktur-, Prozess- und Personalanforderungen, vgl. Ziffer 3). Mit dieser Vereinheitlichung wurden auch die nötigen Grundlagen für weitergehende Projekte geschaffen.

In den letzten Jahren fand eine Intensivierung der Koordinationsaktivitäten auf der höchsten Kooperationsstufe (Kollaboration, vgl. Ziffer 5.2) statt. Bemühungen in dieser Richtung haben sichtlich zugenommen. Bisher hatten sich diese vorwiegend auf die gemeinsam erbrachte Leistungserbringung in Spitalverbunden konzentriert (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais, neu kam auch der Spitalverbund Luzern/Nidwalden dazu). Nun wird auch eine gemeinsame Spitalplanung vermehrt in Betracht gezogen. In dieser Hinsicht haben das Psychiatriekonkordat

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

zwischen Schwyz, Uri und Zug sowie die gemeinsamen Spitalplanungen in den Regionen GGR (Basel-Stadt und Basel-Landschaft) einerseits, sowie ARAISG (Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen) andererseits Vorbildcharakter.

Im Rahmen der Umfrage des BAG geben 10 Kantone an, aktuell Projekte zu verfolgen oder an Bestrebungen teilzunehmen, um mit anderen Kantonen eine gemeinsame Spitalplanung aufzustellen bzw. die bestehenden Kollaborationsarbeiten auf weitere Kantone auszuweiten.

5.4.2 Herausforderungen für eine vertiefte interkantonale Koordination

Eine vertiefte interkantonale Koordination, z.B. im Sinne von gemeinsamen Spitallisten, steht aus diversen Gründen erst am Anfang. Als Hürden für eine vertiefte interkantonale Koordination nennen die Kantone im Rahmen der Umfrage des BAG unterschiedliche Faktoren:

- *Unterschiedliche Ausgangssituationen.* Die Kantone unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht stark voneinander. Für die Spitalversorgung spielen insbesondere folgende Faktoren eine entscheidende Rolle: die geographischen Gegebenheiten, die Mobilität und Erreichbarkeit (Zentrum/Peripherie), die Bevölkerungsdichte, die Bevölkerungsgrösse, die Sprache bzw. Zweisprachigkeit, die Grösse und Anzahl der Leistungserbringer, die finanzielle Lage, die personellen Ressourcen, die Verfügbarkeit von Fachkräften, die saisonalen Schwankungen (Tourismus).
- *Mehraufwand.* Der blosse kantonale Spitalplanungsprozess stellt schon einen langwierigen Prozess dar. Eine vertiefte Koordination – über den gesetzlichen Mindeststandard hinaus – wäre in vielen Fällen mit einem erheblichen Mehraufwand und mit einer weiteren Verlangsamung des Prozesses verbunden, zumal die kantonalen Vorgaben, Prozeduren, Zuständigkeiten und Perioden zum Teil wesentlich voneinander abweichen. Dadurch wird die Suche nach gemeinsamen Lösungen und nach vertieften Kollaborationen erschwert.
- *Interessenkonflikt.* Mehrere Kantone erwähnen, dass die unterschiedlichen Interessen und Rollen der Kantone in der Gesundheitspolitik eine überkantonale Zusammenarbeit erschweren (dazu vgl. Ziffer 4).
- *Regionalpolitik.* Regionalpolitische Interessen sind mit einer überkantonalen Konzentration des Angebots bzw. einhergehenden Spitalschliessungen nicht immer vereinbar. Spitalschliessungen oder der Verlust von Leistungsaufträgen führen zu kontroversen und emotionalen Debatten. Zudem ist auch die volkswirtschaftliche Bedeutung von Spitalstandorten aus regionalpolitischer Sicht wichtig.

Die Entstehungsgeschichte der gemeinsamen Spitalplanungen in den Regionen beider Basel einerseits und ARAISG (Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen) andererseits zeigt diese Herausforderungen exemplarisch. Diese Projekte gingen ursprünglich noch weiter und mussten aus unterschiedlichen Gründen eine erhebliche Redimensionierung erfahren, sei es geografisch oder inhaltlich:

- Das von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erarbeitete Projekt «Gemeinsamer Gesundheitsraum» umfasste ursprünglich zwei Teilprojekte, einerseits die gemeinsame Planung und zum anderen die Zusammenführung des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Basel-Land zum «Universitätsspital Nordwest». Von der Bevölkerung beider Kantone wurde 2019 nur die gemeinsame Planung – allerdings mit deutlicher Mehrheit – angenommen. Die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe lehnte die basel-städtische Bevölkerung aber ab.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- 2020 unterzeichneten die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau eine Absichtserklärung hinsichtlich einer verstärkten Zusammenarbeit in der Planung der stationären Gesundheitsversorgung in der Region Ost. Angestrebt wurde dabei eine Angleichung der kantonalen Spitallisten, im Idealfall gar eine gemeinsame Spitalliste. In einem ersten Schritt wurde eine umfassende Bedarfsanalyse für die Region Ost im Bereich der Akutsomatik durch das Obsan erarbeitet (Jörg/Tuch 2022). Im Abschlussbericht zum Projekt kommen die sechs beteiligten Kantone zum Schluss, dass die so definierte Region Ost eine sinnvolle Planungsregion für eine umfassende Spitalversorgung darstelle (Kantone Region Ost 2022: 5). Jedoch entschieden sich die Kantone Glarus, Graubünden und Thurgau, das Projekt zu verlassen. Der Kanton Graubünden entschied sich dazu, weil er die beabsichtigte Anwendung von Mindestfallzahlen nicht befürworten konnte. Der Kanton Glarus trat dann ebenfalls aus, weil seine Spitalversorgung sehr eng mit derjenigen des Kantons Graubünden verknüpft sei. Im Januar 2023 folgte der Austritt des Kantons Thurgau, weil der Perimeter des Projekts mit den vier verbleibenden Kantonen nicht mehr zweckmässig sei (zum Ganzen vgl. Gfeller 2025: 23). Die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen beschliessen, das Projekt zusammen weiterzuführen und ihre Spitalplanungen inskünftig gemeinsam zu erarbeiten.

Zudem zeigen aktuelle Diskussionen, dass die Zusammenarbeit im Rahmen dieser Projekte nicht immer reibungslos ist. So wird die gemeinsame Spitalplanung Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Teil heftig kritisiert. Im Landrat des Kantons Basel-Landschaft wurde 2023 die Neu Beurteilung der gemeinsamen Spitalplanung gefordert, mit dem Argument, dass die grosszügige staatliche Spitalfinanzierung in Basel-Stadt zu Wettbewerbsverzerrungen gegenüber Privatspitälern und dem Kanton Basel-Landschaft führen würden.³⁷ Vor diesem Hintergrund haben die Gesundheitsdirektoren der beiden Kantone für 2025 eine Wirkungsanalyse der Zusammenarbeit im Bereich Akutsomatik in Aussicht gestellt (zum Ganzen vgl. Gfeller 2025: 22). Gemäss Medienmitteilung vom 26. November 2025 sollen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft weiterhin eine gemeinsame Spitalplanung erarbeiten, in der Anwendung der Vergabekriterien solle es aber neu differenzierteren Spielraum geben, um den unterschiedlichen Herausforderungen der beiden Kantone Rechnung zu tragen (koordinierte statt gleichlautende Spitallisten).

Vor diesem Hintergrund ist die Frage des anwendbaren Vorgehens im Fall von Uneinigkeit von besonderer Bedeutung. Sowohl in der gemeinsamen Spitalplanung Basel-Stadt und Basel-Landschaft als auch bei der gemeinsamen Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen ist bei Uneinigkeit zunächst ein Einigungsversuch zu unternehmen. Es gibt aber in beiden Regionen keinen Mechanismus, der in jedem Fall den Erlass gleichlautender bzw. inhaltlich abgestimmter Spitallisten gewährleistet. Dies verdeutlicht, dass die gemeinsame Spitalplanung der Kantone letztlich auf Freiwilligkeit basiert und die beteiligten Kantone ihre Hoheit im Bereich der Spitalplanung im Kern behalten (Gfeller 2025: 25).

5.4.3 Ausblick

Haenni kommt in ihrer Analyse zum Schluss, dass lange Einführungsperioden und ein schrittweises Vorgehen – wie im Fall der Kollaboration von Luzern und Nidwalden (Spitalverbund Luzern/Nidwal-

³⁷ Landrat Basel-Landschaft, Postulat Nr. 2023/168 (FDP-Fraktion), «Neu Beurteilung der <gemeinsamen Gesundheitsregion> (GGR) dringend notwendig».

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

den) – am ehesten zum Erfolg solcher Projekte zur vertieften Kooperation beitragen würden. Das umfangreiche Projekt der Regierungen von Basel-Landschaft und Basel-Stadt sei hingegen zum Teil daran gescheitert, dass es aufgrund seiner Tragweite zu viele Gegner aus unterschiedlichen Gründen auf sich vereinigte (Haenni 2023: 224-225).

Die Akzeptanz der Bevölkerung – die mit Prämien und Steuergeldern die Spitalversorgung schliesslich finanziert und diese auch benutzt – ist in dieser Hinsicht ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine Konzentration der Spitallandschaft, die in der Wahrnehmung der Bevölkerung «von oben» erzwungen ist, provoziert demgegenüber Widerstand.

Dies zeigt auch das jüngste Beispiel im Kanton Luzern. So hat die Luzerner Bevölkerung am 18. Mai 2025 eine Gesetzesänderung angenommen, wonach das Luzerner Kantonsspital neu gesetzlich verpflichtet wird, an seinen drei Standorten im Kanton Luzern auch in Zukunft mindestens eine Grund- und Notfallversorgung anzubieten.

Der Bundesrat kommt vor diesem Hintergrund zum Schluss, dass eine gesamtschweizerische Spitalplanung durch den Bund derzeit keine zielführende Option ist. Zudem ist die verfassungsmässige Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen zu beachten, wonach die Kantone für die Gesundheitsversorgung zuständig sind (vgl. Ziffer 1.2).

Gleichwohl ist der Bundesrat der Ansicht, dass bei der Koordination der Spitalplanung unter den Kantonen noch Optimierungspotenzial besteht. Angesichts des ökonomischen Drucks in zahlreichen Spitälern und des steten Prämienanstiegs wird es ohne eine vertiefte, intensivere Zusammenarbeit über die Kantons Grenzen hinweg noch schwieriger werden, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten sicherstellen zu können. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere der Ansatz von Versorgungsregionen voranzutreiben.

5.4.4 Versorgungsregionen

Die Versorgungsplanung könnte zukünftig verstärkt regional ausgerichtet werden. Es bestehen statistische Methoden, die anhand der konkreten Patientenströme sinnvolle Versorgungsregionen definieren. Ein Beispiel hierfür ist die Methode der sogenannten Spitaleinzugsgebiete (HSA, vom Englischen «Hospital Service Areas»). Ausgehend von Spitalstandorten werden jene Regionen zusammengefasst, deren Bevölkerung hauptsächlich in den betreffenden Spitälern hospitalisiert wird. Dadurch werden für die Spitalversorgung relevanten Gebiete abgebildet, welche nicht unbedingt den administrativen Grenzen entsprechen.

Dass solche Versorgungsregionen für die Spitalplanung durchaus sinnvoll sein können, ergab sich beispielsweise im Rahmen der Abklärungen der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau zur verstärkten Zusammenarbeit (vgl. Ziffer 5.4.2). In der umfassenden Bedarfsanalyse des Obsan für die Region Ost im Bereich der Akutsomatik wird aufgezeigt, dass die Region Ost mit den sechs erwähnten Kantonen ein relativ geschlossenes Versorgungssystem darstellt. Insgesamt werden mehr als 90 % der Patientinnen und Patienten aus der Region Ost in Spitälern mit Standort innerhalb der Region Ost behandelt. Nur in wenigen und vor allem spezialisierten Bereichen sei die Versorgung der regionalen Wohnbevölkerung von Versorgungsangeboten aus anderen Kantonen abhängig (Jörg/Tuch 2022: 36). Im Abschlussbericht zum Projekt fassen die sechs beteiligten Kantone die wichtigsten Erkenntnisse zusammen. Demnach stelle die so definierte Region Ost eine sinnvolle Planungsregion für eine umfassende Spitalversorgung dar. Es bestehe ein heute ungenutztes Potenzial für die Bildung von überregionalen bzw. überkantonalen

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Versorgungsregionen. Auf Basis der konkreten Patientenströme und der konkreten Fallzahlen könnten die medizinischen Leistungen regional abgestuft werden, um Grund-, Spezial- und Zentrumsversorgung stärker zu strukturieren (Kantone Region Ost 2022: 5). Wie unter Ziffer 5.4.2 erwähnt, wurde das Projekt jedoch nur von dreien der ursprünglich sechs teilnehmenden Kantone weitergeführt.

Im Rahmen der erwähnten Bedarfsanalyse wendete das Obsan die HSA-Methode an, um 19 funktional zweckmässige Spitalversorgungsregionen innerhalb der Region Ost herzuleiten. Das Ergebnis aus der automatisierten Herleitung der HSA wurde anschliessend durch die Kantonsvertreterinnen und -vertreter validiert und in begründeten Fällen angepasst, da die Spitalversorgungsregionen, so der Bericht, nicht als fixes Konstrukt zu verstehen seien (Jörg/Tuch 2022: 10).

Auch die Analyseregionen im Schweizer Versorgungsatlas basieren auf der HSA-Methode und bilden damit die relevanten Versorgungsräume der Schweizer Bevölkerung basierend auf die bestehenden Patientenströme ab.³⁸ Gestützt auf die MS können dabei für jeden Spitalaufenthalt der Wohnort der Patientin oder des Patienten sowie der Standort des Spitals ermittelt werden. Anhand eines Algorithmus (Haynes/Wertli/Aujesky 2020) werden die angrenzenden Regionen anhand der effektiven Patientenströme miteinander iterativ aggregiert. Die finale Grösse der HSA wird mithilfe zweier Kriterien festgelegt:

- dem Lokalisierungsindex (LI): mit dem LI lässt sich der Anteil der Patientinnen und Patienten definieren, die in ihrer HSA behandelt werden sollen. Mit einem LI von 50 % wird beispielsweise sichergestellt, dass mindestens 50 % der in einer HSA wohnhaften Patientinnen und Patienten in ebendieser HSA behandelt werden.
- der Mindestfallzahl (minN): mit der minN wird eine Mindestfallzahl an Patienten bzw. Fälle definiert. Mit einer minN von 500 wird beispielsweise sichergestellt, dass mindestens 500 Patienten bzw. Fälle in jeder HSA behandelt werden.

Aus dieser Analyse ergibt sich eine Regionalisierung, die je nach Spezialisierungsgrad der erbrachten Leistungen unterschiedlich ausfällt. So zeigen die HSA, wie die lokalen Spitäler in Anspruch genommen werden (Grundversorgung). Einige komplexere Behandlungen können aber nur in Zentren erfolgen, welche ein grösseres Einzugsgebiet haben. Als Grundlage dafür wurden für den Versorgungsatlas die Spitalreferenzregionen (HRR, vom Englischen «Hospital Referral Regions») definiert.

Gestützt auf die HSA-Methodik und ausgehend von den Daten aller Spitalbehandlungen in akutsomatischen Spitälern des Jahres 2019 werden im Schweizer Versorgungsatlas die folgenden Versorgungsregionen für den jeweiligen Spezialisierungsgrad definiert:

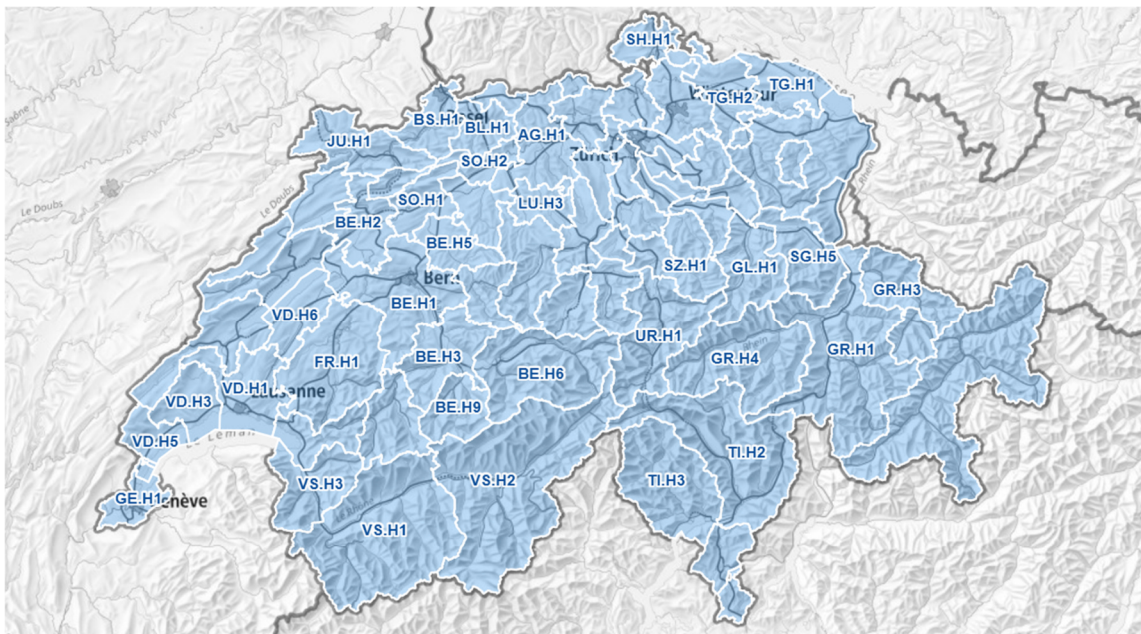
- Grundversorgung (HSA): 74 Regionen, mittels eines LI von 40 % und einer minN von 200 Fällen geschätzt (vgl. Abbildung 4).
- Zentrumsversorgung (HRR-C): 19 Regionen, mittels eines LI von 50 % und einer minN von 15 000 Patientinnen und Patienten geschätzt (vgl. Abbildung 5).
- Spezialisierte Versorgung (HRR-S): 9 Regionen, mittels eines LI von 50 % und einer minN von 35 000 Patientinnen und Patienten geschätzt (vgl. Abbildung 6).

³⁸ www.versorgungsatlas.ch > Regionalisierung.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

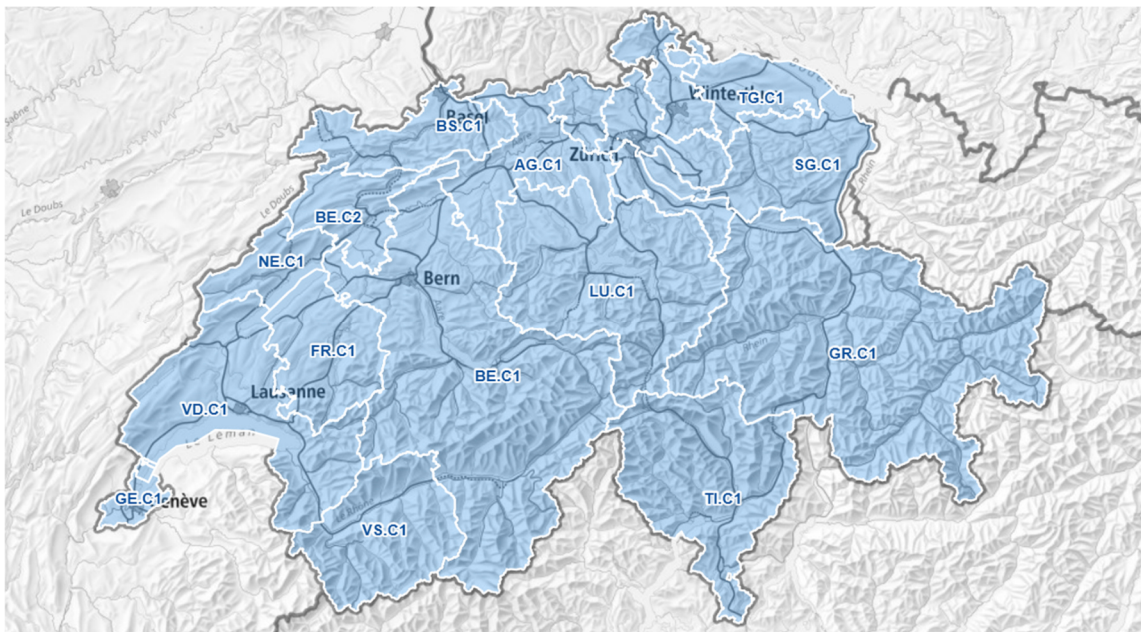
Dabei ist anzumerken, dass die HSA geografisch in den HRR-C eingeschlossen sind, die wiederum in den HRR-S enthalten sind.

Abbildung 4: Versorgungsregionen für die Grundversorgung (HSA)



Quellen und Copyright ©: Kartenmaterial: swisstopo; MedStat-Regionen: BFS – MS; HSA, HRR-C und HRR-S: Obsan.

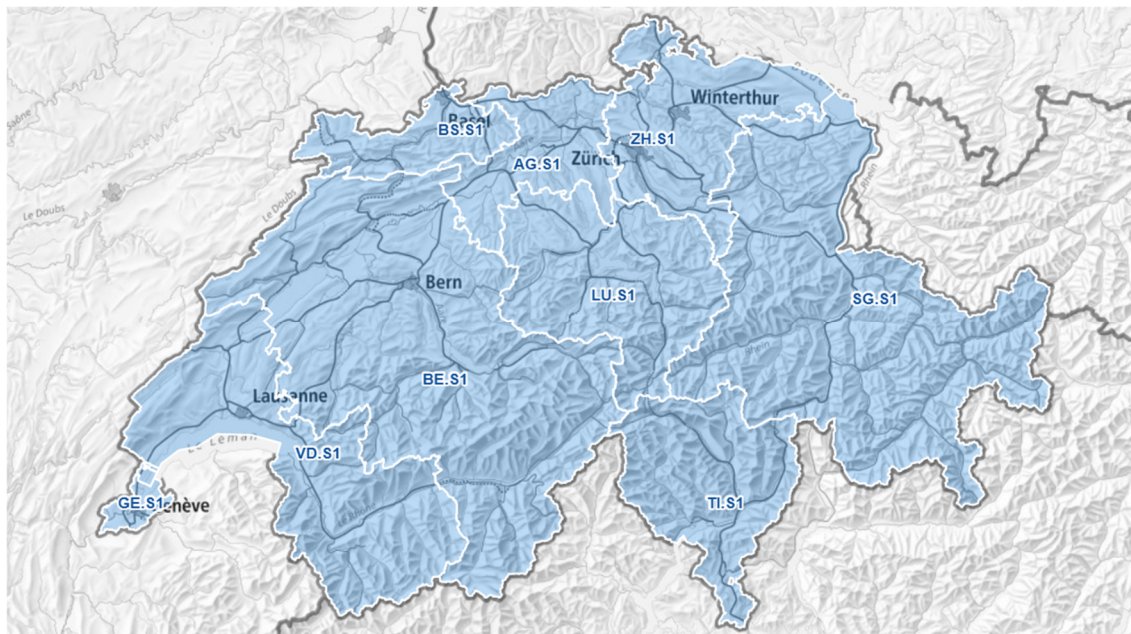
Abbildung 5: Versorgungsregionen für die Zentrumsversorgung (HRR-C)



Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Quellen und Copyright ©: Kartenmaterial: swisstopo; MedStat-Regionen: BFS – MS; HSA, HRR-C und HRR-S: Obsan.

Abbildung 6: Versorgungsregionen für die spezialisierte Versorgung (HRR-S)



Quellen und Copyright ©: Kartenmaterial: swisstopo; MedStat-Regionen: BFS – MS; HSA, HRR-C und HRR-S: Obsan.

Handlungsbedarf im Bereich der Prüfung möglicher Planungsregionen: Empfehlung an die Kantone, den Ansatz von Versorgungsregionen weiter zu verfolgen und insbesondere:

- auf der Basis von bestehenden Patientenströmen mögliche einheitliche Berechnungs- und Abgrenzungsmethoden für die Definition von sinnvollen Versorgungsregionen zu erarbeiten;
- die Zweckmässigkeit einer Vereinheitlichung von Teilaspekten der kantonalen Spitalplanung (z.B. die zeitliche Koordination) auf dem jeweiligen Gebiet solcher Versorgungsregionen zu überprüfen;
- die Zweckmässigkeit einer gemeinsamen Spitalplanung für spezialisierte Leistungen auf dem jeweiligen Gebiet solcher Versorgungsregionen zu überprüfen.

5.4.5 Hochspezialisierte Medizin (HSM)

Aus Sicht der Kantone hat sich die gemeinsame Planung in der HSM, so ihre Aussagen im Rahmen der Umfrage des BAG, gut bewährt. In hochspezialisierten Bereichen konnte in den letzten Jahren die gewünschte Zentralisierung herbeigeführt werden. Viele Kantone weisen jedoch darauf hin, dass sich weitere Bereiche der Spitalplanung nicht für eine solche zentralisierte Planung eignen. Es sei insbesondere darauf zu achten, dass der Geltungsbereich der IVHSM auf seltene bzw. hochspezialisierte Leistungen beschränkt bleibt.

In einem im August 2022 verabschiedeten Bericht zur Planung der HSM kam der Bundesrat zum Schluss, dass angesichts der positiven Entwicklung in diesem Bereich kein Grund bestand, von seiner

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Zudem hält er eine periodische Überprüfung der HSM-Planung für nicht mehr erforderlich. Er behält sich jedoch die Möglichkeit vor, die Situation in Zukunft erneut zu prüfen (Bundesrat 2022).

Im Rahmen eines von der IVHSM-Plenarversammlung in Auftrag gegebenen Gutachtens kommen die Autoren zum Schluss, dass mit der interkantonalen HSM-Planung eine begrüssenswerte Konzentration der Leistungen stattgefunden hat. Hinsichtlich der angestrebten Konzentration bestehe aber sowohl bei den Zuordnungen als auch teilweise bei den Zuteilungen weiterhin Potenzial (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 22). So sei die – aktuell geltende – höhere Gewichtung des Kriteriums der Seltenheit im Vergleich zu anderen Zuordnungskriterien weder aus rechtlicher noch aus fachlicher Perspektive gerechtfertigt. Der personelle oder technische Aufwand sowie die Komplexität seien mindestens ebenso relevant wie das Kriterium der Seltenheit (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 29). Zudem könnten die angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der SwissDRG-Methodik könne neu der fallzahlgewichtete Median und nicht das fallzahlgewichtete Mittel als Benchmark verwendet werden. Zudem sollten die Spitäler jeweils in eine Rangliste absteigend nach der Höhe ihrer Fallkosten – und nicht wie bisher in fünf Graden – eingeteilt werden; als wirtschaftlich würden diejenigen Spitäler gelten, deren Basiswert tiefer ist als der festgelegte Benchmark (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 55). Schliesslich sollten die Spitäler ohne bestehenden HSM-Leistungsauftrag neu einen HSM-Leistungsauftrag mit der Auflage erhalten können, wonach sie die notwendigen Mindestfallzahlen innert zwei bis drei Jahren zu erreichen haben (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 61). Gemäss Medienmitteilung der GDK vom 28. November 2024 wird das HSM-Beschlussorgan diese Empfehlungen nun vertieft diskutieren und allenfalls mögliche Massnahmen ausarbeiten.

Handlungsbedarf im HSM-Bereich: Empfehlung an die IVHSM-Plenarversammlung, das Konzentrationspotenzial in der HSM vertieft zu überprüfen und die allenfalls nötigen Massnahmen zu ergreifen.

5.4.6 Schlussfolgerung

Eine gesamtschweizerische Spitalplanung durch den Bund ist aus Sicht des Bundesrates – nicht zuletzt aufgrund der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen, aber auch aus Sicht der Akzeptanz der Bevölkerung – nicht angebracht. Die Spitalplanung soll nach wie vor den Kantonen obliegen.

Der Bundesrat beobachtet, dass in den letzten Jahren eine Intensivierung der Koordinationsaktivitäten der Kantone stattgefunden hat und mehrere interkantonale Projekte zur gemeinsamen Spitalplanung entstanden sind. Der Bundesrat stellt aber gleichzeitig fest, dass bei der Koordination der Spitalplanung unter den Kantonen noch Optimierungspotenzial besteht und hat daher entsprechende Empfehlungen formuliert.

Der Bundesrat nimmt dabei die kürzlich revidierten Empfehlungen der GDK vom 27. November 2025 zur Kenntnis, wonach die Kantone bei ihren Spitalplanungen neu an Versorgungsregionen anknüpfen sollen. Gemäss der ergänzten Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme sollen sich die Kantone in der Akutsomatik an Spitalversorgungsräumen orientieren, sobald die notwendigen Grundlagen vorliegen. Im Bereich der Grundversorgung sollen die Kantone ihre Spitalplanungen gemäss den Vorgaben des KVG und der KVV koordinieren. In der Spezialversor-

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

gung soll die Spitalplanung neu zusätzlich unter Anwendung von schweizweit von den Kantonen gemeinsam definierten einheitlichen Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen erfolgen (GDK 2025: 23-24; Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme, Bst. a; vgl. auch Ziffer 3.6.6).

Gemäss der GDK soll die interkantonale Koordination im Bereich der Spezialversorgung damit verstärkt werden. Auch Kooperationen zwischen den Spitälern sollen berücksichtigt und gezielt gefördert werden. Dies soll zu einer intensiven interkantonalen Koordination führen, insbesondere bei medizinisch komplexeren oder kostenintensiven SPLG (GDK 2025: 25; Empfehlung 11 zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung und Patientenströme, Erläuterung zur Bst. a).

Diese Entwicklung dürfte auch von den Leistungserbringern mitgetragen werden. So fordert der Verband H+ Die Spitäler der Schweiz in seiner Medienmitteilung vom 27. November 2025 u.a. eine moderne Versorgungsplanung, die sich an realen Versorgungsräumen und Patientenströmen orientiert, damit Qualität, Effizienz und Versorgungssicherheit in allen Regionen gewährleistet sind. Dafür brauche es datenbasierte Entscheidungen und koordinierte Prozesse über Kantons Grenzen hinweg.

Gemäss der Medienmitteilung der GDK vom 1. Dezember 2025 werden die konkreten Umsetzungsarbeiten in den kommenden Jahren stattfinden. Auch hier wird der Bundesrat diese Umsetzungsarbeiten verfolgen und auf dieser Basis entscheiden, ob eine weitere Präzisierung der heutigen Rahmenbedingungen bis hin zu einer gesamtschweizerischen Spitalplanung, wie dies schon heute im Bereich der HSM vorgesehen wird, angebracht ist.

6 Gesamtwürdigung

In den vorliegend behandelten Postulaten wird davon ausgegangen, dass die steigenden Gesundheitskosten im stationären Bereich auf versorgungspolitische Ineffizienzen (d.h. insbesondere Überkapazitäten) zurückzuführen sind. Demzufolge würden dieser vermeintlich schlechten Ressourcenallokation unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen.

Erstens führe der verstärkte Wettbewerb bei den Spitälern zu immer mehr Investitionen in die Infrastruktur und in Technologien, die nicht immer notwendig seien und zum Kostenwachstum beitragen würden (Postulat 17.4160 Carobbio Guscetti). Obwohl die Daten in diesem Bereich zum Teil mangelhaft sind, liefern die durchgeführten Untersuchungen keine Hinweise dafür, dass zwischen den Spitälern ein Wettlauf der Investitionen stattfindet, welcher zu solchen Überkapazitäten führen würde. Aus systemischer Sicht bestehen für die Spitäler im Rahmen des KVG keine Anreize, Überinvestitionen zu tätigen. Zudem ist davon auszugehen, dass auch die Kantone kein Interesse an überdimensionierten Investitionsprojekten haben, falls sie überhaupt entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten vorsehen. Aus diesen Gründen sieht der Bundesrat diesbezüglich keinen Handlungsbedarf. Er ist sich hingegen bewusst, dass in der Schweiz ein grosses Angebot an medizinisch-technischen Geräten herrscht. Diese Problematik muss jedoch gesamthaft betrachtet werden, weil viele solcher Geräte von Arztpraxen und ambulanten Zentren betrieben werden und nicht nur von Spitälern.

Ausserdem bestünden, so das Postulat 19.3423 SGK-N, keine verlässlichen Modelle und Zukunftsszenarien zur schweizweit optimalen Versorgung im angebotsgesteuerten Gesundheitsmarkt. Diesbezüglich kommt der Bundesrat im Rahmen der Analyse zum Schluss, dass die Kantone mit den bestehenden Modellen und Prozessen grundsätzlich über die nötigen Instrumente verfügen, um eine gute stationäre Versorgung zu gewährleisten. So müssen die Kantone den Bedarf gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche ermitteln und dabei auch die relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen. Auch die Patientenströme müssen in diesem Rahmen sorgfältig untersucht werden. Zu diesem Zweck kommen robuste und sorgfältig konzipierte Prognosemodelle zur Anwendung. Bei der anschliessenden Auswahl der Leistungserbringer sind gewisse Kriterien zwingend zu berücksichtigen, dies unter Einhaltung gewisser Vorgaben zur Verfahrensführung. Bei diesen Modellen und Prozessen identifiziert der Bundesrat jedoch vereinzelt Verbesserungspotenzial, weshalb er gezielte Empfehlungen zuhanden der Kantone formuliert.

Zudem führe die Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen als Regulator, teilweise Eigentümer von Leistungserbringern und Zahler zwangsläufig zu Interessenkonflikten sowie zu Wettbewerbsverzerrungen und senke die Anreize zur Kostenkontrolle (Postulat 15.3464 Cassis). In den letzten Jahren wurden aus Sicht des Bundesrates auf verschiedenen Ebenen Vorkehrungen getroffen, um die Problematik der Mehrfachrolle der Kantone anzugehen. Diese Massnahmen haben zum Teil schon erhebliche Veränderungen in der stationären Spitallandschaft bewirkt. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass in diesem Bereich keine zusätzlichen Regelungen erforderlich sind.

Schliesslich führe die mangelnde interkantonale Koordination der Spitalplanungen zu Unter- und Überversorgung und verursache höhere Kosten ohne medizinischen Mehrwert, was die Prüfung von alternativen Planungsmodellen nötig machen würde (Postulate 23.4275 de Montmollin und 24.3029 Wyss). Wie in den obigen Ausführungen dargelegt steht eine vertiefte interkantonale Koordination der Spitalplanungen, z.B. im Sinne von gemeinsamen Spitallisten, trotz den positiven Entwicklungen in

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

den letzten Jahren erst am Anfang. Die Akzeptanz der Bevölkerung – die mit Prämien und Steuergeldern die Spitalversorgung schliesslich finanziert und diese auch benutzt – ist in dieser Hinsicht ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine Konzentration der Spitallandschaft, die in der Wahrnehmung der Bevölkerung «von oben» erzwungen ist, provoziert demgegenüber Widerstand. Vor diesem Hintergrund – und auch angesichts der verfassungsmässigen Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen – ist eine vom Bund verordnete Konzentration der Spitallandschaft derzeit keine zielführende Option. Gleichwohl besteht bei der Koordination der Spitalplanungen unter den Kantonen noch Optimierungspotenzial. Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des Bundesrats insbesondere der Ansatz von Versorgungsregionen durch die Kantone voranzutreiben sowie das Konzentrationspotenzial in der HSM vertieft zu überprüfen, weshalb er entsprechende Empfehlungen zu diesen Themen formuliert. Angesichts der vorliegenden Auslegeordnung darf festgehalten werden, dass aus Sicht der Kostendämpfung auch im Spitalbereich Verbesserungspotenzial besteht. Dieser Bericht zeigt auf, dass die Kantone sich ihrer Aufgabe bewusst sind und diesen Prozess schon aktiv vorantreiben. Entsprechende Arbeiten, insbesondere zur Umsetzung der revidierten GDK-Empfehlungen vom 27. November 2025, sind bei den Kantonen bereits im Gange und werden vom Bundesrat mit seinen Empfehlungen unterstützt. Entsprechend sieht der Bundesrat zum heutigen Zeitpunkt keinen Anlass, eine Verschiebung der Kompetenz zum Bund vorzuschlagen. Der Bundesrat wird die Umsetzungsarbeiten der Kantone jedoch verfolgen und auf dieser Basis entscheiden, ob eine weitere Präzisierung der heutigen Rahmenbedingungen bis hin zu einer gesamtschweizerischen Spitalplanung, wie dies schon heute im Bereich der HSM vorgesehen wird, angebracht ist.

Literaturverzeichnis

- ARAI SG 2024 = Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen (2024). Planungsbericht: Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023. Appenzell, Herisau und St.Gallen.
- BAG (2008): Erläuterungsbericht zur KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009: Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2019): Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG: Konzept (Version Dezember 2019). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2021): Erläuterungsbericht zur KVV-Änderung vom 23. Juni 2021. Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern sowie Weiterentwicklung der Planungskriterien), Inkrafttreten per 1. Januar 2022: Änderungen und Kommentar im Wortlaut. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesrat (2019): Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 16.3623 SGK-SR vom 5. Juli 2016. Bern: Bundesrat.
- Bundesrat (2022): Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Zweite Aktualisierung des Berichts des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung des Postulats 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013. Bern: Bundesrat.
- Ecoplan (2019): Schlussbericht. Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen» (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Fischer, Fabienne B. / Jörg, Reto (2025): Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn. Versorgungsbericht zur Akutsomatik (Obsan Bericht 06/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglister-Dousse, Sylvie / Merçay, Clémence (2023): Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024, Canton de Fribourg. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Füglister-Dousse, Sylvie / Fischer, Fabienne B. / Spiess, Manuela / Tuch, Alexandre / Roth, Sacha / Jörg, Reto (2024): Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern (Obsan Bericht 02/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- GDK (2019): Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

- GDK (2020): Positionspapier vom 20. August 2020 zur Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDK (2022a): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDK (2022b): Empfehlung der GDK: Gemeinsames Verständnis der Kantone von «Rehabilitation» vom 24. November 2022. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDK (2022c): Empfehlung der GDK: Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche vom 24. November 2022. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDK (2022d): Empfehlung der GDK: Qualitative Mindestanforderungen an Rehabilitationskliniken und -abteilungen sowie leistungsspezifische Mindestanforderungen für die Rehabilitationsbereiche der Musterplanungssystematik vom 24. November 2022. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDK (2025): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, revidierte Version vom 27. November 2025. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- GDZH (2021): Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht. Fassung von Juni 2021. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gfeller, Katia (2025): Interkantonale Koordination bei der Spitalplanung. In: Jusletter vom 27. Januar 2025.
- Haenni, Malena (2023). Spitalplanung Schweiz Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld von nationalen und föderalen Interessen. Zürich und Bern: Seismo Verlag.
- Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Bollmann, Stella / Widmer, Philippe / Spika, Simon / Boes, Stefan (2022): Identification and assessment of a comprehensive set of structural factors associated with hospital costs in Switzerland. In: PLoS ONE 17(2).
- Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Widmer, Philippe / Bollmann, Stella / Spika, Simon / Boes, Stefan (2023): Using exogenous organizational and regional hospital attributes to explain differences in case-mix adjusted hospital costs. In: Health Economics, Vol. 32, Issue 8, 1733-1748.
- Haynes, Alan G. / Wertli, Maria M. / Aujesky, Drahomir (2020), Automated delineation of hospital service areas as a new tool for health care planning. In: Health Services Research, Vol. 55: 469-475.
- Jörg, Reto / Tuch, Alexandre (2022): Spitalversorgung Modell Ost. Versorgungsbericht Akutsomatik für die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau (Obsan Bericht 06/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jörg, Reto / Fischer, Fabienne B. / Tuch, Alexandre / Haldimann, Lucas (2025): Spitallandschaft im Wandel. Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen in der akutstationären Versorgung seit 2013 (Obsan Bulletin 02/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung

Kantone Region Ost 2022 = Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau (2022): Spitalversorgung Modell Ost. Abschlussbericht zum Projekt der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau. Wirkungsprüfung einer gemeinsamen Spitalplanung am Beispiel der Akutomatik. Herisau, Appenzell, Glarus, Chur, St. Gallen, Frauenfeld.

Manike, Katja / Picecchi, Dario / Schoch, Tobias / Kraft, Eliane (2024): Zweckmässigkeit der Planung der hochspezialisierten Medizin, Analyse der Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit». Gutachten zuhanden der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern/Luzern/Olten: Ecoplan/Picecchi/Fachhochschule Nordwestschweiz.

OECD (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

Roth, Sacha / Pellegrini, Sonia (2024): Les investissements réalisés par les hôpitaux de 2012 à 2022. Analyse de la statistique des hôpitaux. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Vettori, Anna / Ramseier, Leroy / Ehmann, Beatrice / von Stokar, Thomas (2025): Analyse der geplanten Investitionen der Schweizer Spitäler: Schlussbericht. Zürich: INFRAS.

Weaver, France / Cerboni, Sacha / Oettli, Alexandre / Andenmatten, Patrick / Widmer, Marcel (2009): Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung (OBSAN-Arbeitsdokument Nr. 32). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

WIG / INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen: Schlussbericht. Winterthur/Zürich: WIG / INFRAS.