

## **Stellungnahme der Privatkliniken Schweiz: «Spitalplanung/Spitallisten – Wunschdenken und Realität»**

Ab 1.1.2012 müssen schweizweit alle Behandlungen in den auf den Spitallisten geführten Spitälern mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System (Diagnosis Related Group / diagnosebezogene Fallgruppe) entschädigt und daran anschliessend die Spitalplanung und die Spitallisten den neuen Gegebenheiten angepasst werden. Diese Neuerungen werden das Gesundheitswesen unseres Landes fundamental verändern.

Zur Spitalplanung haben die Kantone gemäss den Übergangsbestimmungen zum Gesetz drei Jahre (2012 – 2014) zur Verfügung. Dabei stehen nicht mehr die Bettenkapazitäten im Vordergrund, sondern die medizinischen Leistungen. Die Spitalplanung betrifft theoretisch nach wie vor nur die zur obligatorischen Grundversicherung gehörenden stationären Leistungen der Akutspitäler. Theoretisch deshalb, weil alle Einwohner unseres Landes obligatorisch grundversichert sind und deswegen die Grenze zwischen Grund- und Zusatzversicherung vielfach verwischt ist.

### **Schwierige Mehrfachrolle der Kantone bei der Spitallistengestaltung**

Wer künftig Staatsbeiträge an die im Spital vorgenommenen Behandlungen beanspruchen will, muss für einen Listenplatz kandidieren. Der Entscheid, als Listenspital aufgenommen zu werden, obliegt den kantonalen Gesundheitsdirektionen oder den kantonalen Regierungen, den gleichen Instanzen also, welche selber öffentliche Spitälern führen und über subventionierte Spitälern bestimmen. Praktisch überall ist der Kanton selber der grösste Leistungsanbieter im stationären Akutbereich. Das Herz der Gesundheitsdirektoren wird deshalb bei der Gestaltung der neuen Spitalliste in vielen Fällen eher für die eigenen Betriebe schlagen als für die private Konkurrenz. Einmal mehr macht sich die Mehrfachrolle der Kantone unliebsam bemerkbar. Sie sind gleichzeitig Spitalplaner, vergeben die Leistungsaufträge, führen Spitälern und setzen die Tarife fest, wenn sich Spitälern und Versicherer nicht einigen können. Die vom Gesetzgeber geforderte Gleichstellung von öffentlichen und privaten Anbietern wird deshalb oft kaum stattfinden. Je nach Ausgestaltung der Anforderungen, welche mit einer Aufnahme auf die Spitalliste zu akzeptieren sind, wird der private und bisher unabhängige Leistungserbringer zudem praktisch verstaatlicht.

Die Gefahr, dass sich der Fokus von einer freien, patientenorientierten Medizin, hin zu Überadministration und Regulierungswahn verlagert, ist konkret vorhanden. Dem gilt es entgegenzusteuern, indem die Absichten des Parlamentes ernst genommen werden, das es leider verpasst hat, gleich auch den „gordischen Knoten“, nämlich die widersprüchliche und problematische Mehrfachrolle der Kantone, zu lösen.

### **Keine Entscheide ohne Grundlagen**

Hingegen hat das Parlament den Einbezug der privaten Leistungserbringer in die Spitalplanung gefordert und wohlweislich gleich auch bestimmt, dass der Planung ein Benchmark in den Bereichen Wirtschaftlichkeit und Qualität zugrunde zu legen ist. Diese beiden Kriterien sind bei der Vergabe der Leistungsaufträge hauptsächlich zu berücksichtigen. Der Preisvergleich wird nach Einführung der DRG's möglich sein, während mit dem kürzlich erschienen Bericht zur Qualitätsstrategie des Bundes das BAG mit den Vorbereitungsarbeiten zur Etablierung einer Qualitätsorganisation beauftragt worden ist. Obwohl erste Benchmark-Ergebnisse für beide Kriterien erst nach 2012 feststehen und das Parlament die Erarbeitung der Spitalplanung bzw. der Spitallisten deshalb bewusst auf die drei Jahre 2012 – 2014 gelegt hat, wollen zahlreiche Kantone eine neue Liste bereits Ende 2011 in Kraft setzen. Sie nehmen dabei bewusst in Kauf, dass die zwei wichtigsten Grundlagen dazu nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen.

Der Gesetzgeber hat für all jene Spitäler die es nicht auf die Spitalliste schaffen einen Ausweg offen gelassen. Sie können sich als Vertragsspitäler bewerben. Das heisst sie können mit einem oder mehreren Versicherern einen Leistungsvertrag abschliessen. Die Kantone haben aber in diesem Fall ihren Kostenanteil nicht zu entrichten und die Versicherer dürfen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung höchstens ihren für die betreffenden Kantoneinwohner geltenden Kostenanteil übernehmen. Der Anteil, welcher in den Listenspitalern auf die Kantone entfällt, muss also von den Versicherten bzw. einer Zusatzversicherung übernommen werden. Dass die Versicherer wenig Lust verspüren, sich auf solche Verträge einzulassen liegt auf der Hand, ist es für sie finanziell doch wesentlich interessanter mit Listenspitalern zusammenzuarbeiten. Sie werden demzufolge solche Verträge nur dort abschliessen, wo es um eine Ergänzung des Listenangebotes geht oder den Versicherten interessante Nischenprodukte angeboten werden können.

Einmal mehr verhindern die sehr föderalistisch ausgebildeten Strukturen in unserem Land ein einheitliches Vorgehen. Jeder Kanton macht was er will und hält die Spielregeln bewusst oder unbewusst mehr oder weniger intransparent. Rund 25 Monate vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist nur eines klar, dass im Bereich Spitalplanung/Spitallisten alles unklar ist.

**Für weitere Informationen:**

Rolf Lüthi, Generalsekretär, 031 380 85 98, [info@privatehospitals.ch](mailto:info@privatehospitals.ch)  
Privatkliniken Schweiz, Worbstrasse 52, Postfach 160, 3074 Muri / Bern  
[privatehospitals.ch](http://privatehospitals.ch)