

Der Workshop vier war der **Organisation der Spitalversorgung** und der Diskussion zu den Schnittstellen zwischen strategischer und operativer Führung gewidmet. Moderation Franz Wyss, Zentralsekretär der GDK, Kurzbericht Elisabeth Marty-Tschumi GDK. In der Diskussion sollen die Fragen nach den Investitionsentscheiden, nach der Aufgabenteilung zwischen Spezialisierung versus Diversifikation unter Berücksichtigung der Privatspitäler sowie die Organisation der nachgelagerten Bereiche post-operativ und Rehabilitation behandelt werden.

Als erster Referent sprach Dr. oec. publ. **Jakob Weilenmann**, ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes des Kantons Thurgau, jetzt selbständiger Berater im Gesundheitswesen, über die **Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Gesundheitsversorgung und Angebotssteuerung**. Die stationäre Versorgung der Bevölkerung basiert im Kanton Thurgau auf 10 Privatspitälern und einem öffentlichen Spitalverbund. Im KVG sind drei Steuerungsebenen beschrieben, die Ebene der Versicherten/ Versicherer, die Ebene der Leistungserbringer und die Ebene des Gesundheitssystems. Auf dieser Ebene fallen den **Kantonen als zentrale Kompetenzen** die gesundheits-polizeiliche Aufsicht, die Beobachtung des Marktgeschehens und des Gesundheitsangebots zu. Dazu wird subsidiäres Eingreifen erwartet, wenn sich das Angebot für die Bevölkerung (innerkantonal/ ausserkantonal) als ungenügend erweist, dies gilt sowohl für den Spitalsektor wie im ambulanten Bereich. Die **zentralen Kompetenzen des Bundes** sind die Sicherstellung eines nationalen Sozialwerks KVG durch nationale Vorgaben zu Leistungsumfang, Versicherung, Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Binnen-Gesundheitsmarkt Schweiz und Qualität. Abgeleitet aus dieser Zuteilung der Rollen empfiehlt der Referent, **planwirtschaftliche, dirigistische Interventionen** im Sinne der Spitalplanung **aufzugeben**, aber die durch Beschränkung auf diese zentralen Kompetenzen freiwerdenden Kräfte auf die Schaffung eines **verlässlichen Rahmens für die Spitäler** auszurichten. Er kommt zum Schluss, dass der planwirtschaftliche Ansatz der Spitalplanung (wie er gemäss Revisionsvorlage KVG verstärkt wird) mangels bisherigem Erfolg und nicht zu erwartendem zukünftigem Erfolg über Bord geworfen werden soll. Weiter soll die ordnungspolitische **Rollenklärung** für Bund, Kantone, Spitalunternehmungen und Nutzer entsprechend ihrer je zentralen Kompetenz klar zugeteilt werden. Kurzfristig gilt es, den Dirigismus abzubauen und mehr Binnen-Gesundheitsmarkt im Sinne dieser Vorschläge zuzulassen. Mittelfristig soll ein Paradigmenwechsel durch Unterstellung des OKP-Bereichs unter die Kartellgesetzgebung erfolgen. Fazit dieser Entwicklung wären eine **Stärkung der Kernaufgaben von Bund, Kantonen und Spitälern zugunsten der (letztlich) zahlenden Versicherten und Patienten**.

Der zweite Referent Dr. **Michel Montavon**, Leiter Planung und Organisation der Spitäler, Dienststelle für öffentliche Gesundheit, Kanton Waadt, hat das **Spitalnetz im Kanton Waadt und den angrenzenden Kantonen** erklärt und seine notwendige Entwicklung skizziert. Die Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag sind subventioniert und in die Planung integriert. Die privaten Kliniken ausserhalb des Netzwerks werden bei der Planung berücksichtigt. Der Einfluss der politischen Planungsentscheide, für die der Kanton verantwortlich ist, lässt sich anhand der Belegparameter klar erkennen. Die langfristige Planung bis 2015 umfasst das zukünftige Spitalnetzwerk des Kantons Waadt mit einem Universitätsspital und drei Spitalzentren, denen je eine Rehabilitationsklinik zugeordnet ist. Die Möglichkeit für Leistungsaufträge an Privatkliniken besteht. Für die Akutpflege wird der Entwicklung an einem Standort der Vorzug gegeben, weil neben den Vorteilen wie Bündelung der Disziplinen, Leistungsvolumenzunahme, Verminderung der Anzahl nicht-indizierter Pflage tage, Transporte und Aufenthaltsdauer und besserer Nutzung der Infrastrukturen auch ein belegbarer Grössenvorteil durch geringere Fluktuationen und damit einer geringeren benötigten Bettenzahl erkennbar wird. Die Planung geht von der Infrastrukturplanung weg zu einer leistungsorientierten Spitalplanung. Ärzte-Fachschaften jeder Disziplin sollen die Charakterisierung der Leistungen, die Organisation und Aufteilung der Betreuung in den verschiedenen Spitälern sowie die medizinische Weiterbildung sicherstellen.

Als dritter Referent sprach Tony Schmid, Chef der Sektion Einkauf, Finanzierung, Steuerung des Departements für Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau zum **Einbezug der Investitionen in die Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung: Ansätze und Wirkung (auf öffentlich subventionierte Spitäler)**. Er hat gehofft, zu dieser Frage mit Hilfe der einfachen Formel (Investitionen pro Spital pro Zeitdauer geteilt durch Anzahl Fälle ergibt die Entschädigung pro Mengeneinheit) eine einfache Antwort zu finden. Beim Betrachten des Ist-Zustands wird aber

ersichtlich, dass zur Berechnung diverse Wege beschritten werden: so bestehen unterschiedliche gesetzliche Grundlagen und Entscheidungsgrundlagen, Mengen können relevant sein und der **Kalkulationsmodus der Investitionen** ist nicht immer gleich. **Entscheidungskompetenzen** sind verschieden angegliedert, beim Spital/ beim Departement/ bei der Regierung oder beim Grossen Rat. Investitionen in **Bau oder Mobilien** sind unterschiedlich. **Spitäler mit oder ohne Leistungsauftrag** werden anders behandelt. Die Träger der Pay-back-Risiken sind ebenfalls verschieden. Für die zukünftige Versorgung streben Gesetzgeber und Bund das **Ziel des gleichen Preises für gleiche Leistung über die fallbezogene Entschädigung** an, für den Kanton kommt noch die **Versorgungssicherheit** für seine Bevölkerung dazu. Die Spitäler hingegen möchten **kundengerechte Dienstleistung** bieten und eine stabile Einkommenssituation durch einen langfristigen Auftrag sichern. Was bringt die Wahlfreiheit und was heisst gleicher Preis? Anhand des Beispiels Mobilien entwickelt er den Ansatz des Kantons Aargau.

Zusammenfassend kommt er zum Schluss, dass die Entschädigung der Leistungen organisch gewachsen ist und auf einer fixen Grösse, nämlich dem Durchschnitt des Vorjahres, beruht. Der Kanton entscheidet dann über die Finanzierung aufgrund eines Antrages. In Zukunft werden viele Fragen zu den gesetzlichen Grundlagen, zur Versorgungsplanung, zu den relevanten Leistungen und Mengen sowie zu deren Finanzierung (Berechnung / Vollzug) geklärt werden müssen. Dies ist nur realisierbar mit einer vollständigen Anlagebuchhaltung.

In der lebhaften **Diskussion** werden wichtige Punkte hervorgehoben:

Generell stellt sich den Kantonen die Frage, welche Planung sie brauchen, damit sie ihrer Verantwortung gerecht werden können. Nach heutiger Auffassung sind die Kantone nur für den stationären Bereich verantwortlich. Im ambulanten Bereich erteilen sie die Praxisbewilligungen und müssen eine Minimal- und eine Maximalversorgung festlegen. Das Gesundheitswesen soll auch in Zukunft noch finanzierbar sein. Planung hat auf die Wirtschaftlichkeit keinen Einfluss (Studie).

Die Planung sollte sich nach Leistungen richten, nicht nach Betten und Grossgeräten. Sie lässt die Spitäler freier. Sie muss sich auf die SwissDRG beziehen. Dafür brauchen wir gute Berechnungswerkzeuge z.B. für die Investitionen.

Ein Kantonsvertreter illustriert, welche Hürden für die kantonsübergreifende Zusammenarbeit schon wegen der ganz unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge übersprungen werden müssen.

Nur Marktregeln spielen zu lassen, ergibt auch ungewünschte Wirkungen, z.B. können Leistungsmonopole wegen mangelnder Konkurrenz das Angebot der Leistung beeinträchtigen. Bei Verzicht auf Planung fallen die schlechten Risiken aus dem System. Man darf nicht alle Leistungen der Konkurrenz unterwerfen. Konkurrenz kann bei der Art der Leistungserfüllung aber ein guter Stimulator sein.