

# Spalttaler zwischen Politik und Wettbewerb

---

---

## Inhalt

---

---

	<b>Zusammenfassung</b>	5
01	<b>Einleitung</b>	7
	Vermeidung von Interessenkonflikten	7
	Höhere betriebswirtschaftliche Autonomie	8
	Formelle Autonomie – aber der Staat entscheidet	9
02	<b>Gesundheits- und Spitalkosten in der Schweiz</b>	11
	Gesundheitskosten	11
	Spitalkosten	12
03	<b>Governance-Strukturen als Steuerungsinstrument</b>	15
	Politik kontra Betriebswirtschaft	15
	Stärkung der betriebswirtschaftlichen Steuerung	16
	Analysefokus und Datengrundlage	18
	<b>Unternehmensmodell → Rechtsform</b>	<b>21</b>
	Grundlagen und Analysefokus	21
	Trend zur rechtlichen Verselbständigung	22
	Selbständige Anstalt im Vordergrund	22
	Aktiengesellschaft ohne Gewinnorientierung	23
	Zweckverbände und Stiftungen auf Gemeindeebene	25
	Abnehmende Bedeutung von unselbständigen Anstalten und Ämtern	26
	<b>Unternehmensmodell → Eigentum</b>	<b>28</b>
	Grundlagen und Analysefokus	28
	Fest in öffentlicher Hand	28
	Gemischte Trägerschaften sind selten	29
	Private Aktionäre fehlen – obschon im Gesetz zugelassen	30
	<b>Unternehmensmodell → Spitalgruppen</b>	<b>32</b>
	Grundlagen und Analysefokus	32
	Prozess der Konsolidierung bei Grundversorgungsspitalern	33
	Leichte Tendenz zur Spezialisierung	34

<b>Führungsstruktur</b> → Strategische Führung	37
Grundlagen und Analysefokus	37
Trend zum unabhängigen Spitalrat	38
Unabhängige Experten in den Führungsgremien	39
Politische Gremien auf dem Rückzug	40
Hohe Kompetenzen bei Joint Ventures und Outsourcing	41
<b>Führungsstruktur</b> → Operative Führung	43
Grundlagen und Analysefokus	43
Trend zum CEO-Modell	44
Operative Führung: Implizites «Dreibein»	45
<b>Finanzierung</b> → Betriebskosten	48
Grundlagen und Analysefokus	48
Trend zur höheren Autonomie und zu Effizienzanreizen	51
Globalbudget als dominierendes Instrument	51
Pauschale Tarife als Basis der Kalkulation	52
Betriebskosten: Vormarsch von DRG-Systemen	53
AP-DRG als Basis für Benchmarking-Systeme	54
Defizitdeckung bei verwaltungsnahen Spitälern	55
<b>Finanzierung</b> → Investitionen	57
Grundlagen und Analysefokus	57
Geringere Flexibilität mit Objektkrediten	58
Pauschalen für Anschaffungen bis 100 000 Franken	58
Investitionszuschlag nach privatwirtschaftlicher Praxis	59
Beharren auf Objektkrediten trotz AP-DRG	60
Freie Kreditaufnahme erhöht die Autonomie	61
<b>Anstellungsbedingungen</b> → Anstellungsverträge	64
Grundlagen und Analysefokus	64
Mehrheitlich privatrechtlicher Natur	64

	<b>Anstellungsbedingungen → Bonuszahlungen</b>	<b>65</b>
	Grundlagen und Analysefokus	65
	Bonus möglich bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften	65
	Restriktivere Westschweiz	66
	<b>Immobilien → Immobilieneigentum</b>	<b>70</b>
	Grundlagen und Analysefokus	70
	Öffentliche Hand hält oft am Eigentum fest	70
	Westschweizer Spitäler als Eigentümer, hybride Lösung im Wallis	71
	Kreditaufnahme als ergänzendes Element	72
04	<b>Autonomie-Index</b>	<b>74</b>
	Hoher Index-Wert in SZ, AG, BE, NE und ZG	74
	Unternehmensmodell als wichtiger Treiber der Autonomie	75
	Formelle Autonomie als wichtiger, aber nicht hinreichender Faktor	76
05	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>79</b>
	Höhere formelle Autonomie, doch der Staat bleibt dominierend	79
	Die Rolle des Wettbewerbs	80
	Mangel an Transparenz	81
	<b>Nachwort</b>	<b>84</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>86</b>
	<b>Übersicht Spitäler</b>	<b>87</b>
	<b>Endnoten</b>	<b>93</b>
	<b>Zu dieser Publikation</b>	<b>95</b>

Spitäler sind gewachsene Institutionen. Sie kennen ihre Patienten bzw. ihren «Markt» sowie ihre Stärken und Schwächen. Trotzdem können sie ihr Potenzial in der Regel nur sehr begrenzt nützen. Vielfältige administrative Fesseln in der Verfügung über Personal und Sachmittel, aber auch in Bezug auf die Organisation und Gestaltung des Angebots binden sie zurück. Das vorliegende Kantonsmonitoring beschreibt und vergleicht den betrieblichen Spielraum von 125 öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten somatischen Akutspitälern in der Schweiz.

Als Eigner und Betreiber von Spitälern sowie als Planer, Leistungseinkäufer und Schiedsrichter bei der Tarifgestaltung nehmen die Kantone in der Spitalpolitik eine zweifelhafte Mehrfachrolle ein. Erfahrungen aus den kantonalen Spitalplanungen zeigen, dass politische Interessen in aller Regel vor die ökonomischen gestellt werden. Spitalpolitik ist in der Praxis oft Regional- und Arbeitsmarktpolitik. Kosteneffizienz und Behandlungsqualität lassen sich jedoch kaum mit solchen politischen Zielsetzungen vereinen. Sowohl die Problematik der Mehrfachrolle als auch die zunehmende Bedeutung marktwirtschaftlicher Prinzipien im Gesundheitswesen machen es sinnvoll, dass sich der Staat zunehmend auf seine Rolle als Gestalter der Rahmenbedingungen zurückzieht.

Damit die Spitäler Leistungen effizient und mit hoher Qualität erbringen können, benötigen sie aber betriebswirtschaftliche Freiräume. Viele Kantone sind bereits dazu übergegangen, rechtlich eigenständige Spitalgesellschaften zu schaffen, allerdings bleibt diese Autonomie oft nur formell, und nicht in jedem Fall sichert sie eine höhere faktische Unabhängigkeit von Politik und Behörden. Selbst wenn ein Kantonsspital zur Aktiengesell-

schaft umgewandelt wurde, bleiben die Möglichkeiten der politischen Einflussnahme vielfältig, und sie werden genutzt. Um eine umfassende Übersicht über die tatsächliche betriebswirtschaftliche Autonomie der Spitäler in den Kantonen zu erhalten, werden im vorliegenden Kantonsmonitoring diverse Aspekte der Spitalsteuerung («Governance») untersucht. Diese Governance-Strukturen betreffen neben der Rechtsform und den Eigentumsverhältnissen auch Aspekte der strategischen und operativen Führung, der personellen Ausgestaltung der Führungsgremien, der Einräumung von Kompetenzen, der Ausgestaltung der Finanzierungs- bzw. Subventionierungsinstrumente sowie Fragen der Personal- und Immobilienbewirtschaftung. Die vorliegende Analyse gibt einen Überblick über die Governance-Strukturen von 125 öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten somatischen Akutspitälern. Das Resultat: Gemessen an diesen Governance-Dimensionen zeigt sich, dass die Spitäler in den Kantonen SZ, AG, BE, NE und ZG im Durchschnitt über eine sehr hohe und die Spitäler in den Kantonen BL, GE, LU, AI, GL, FR und AR dagegen über eine sehr tiefe Autonomie verfügen.

Weil entsprechende Daten fehlen, macht die Studie keine Aussage darüber, ob mit höherer Unabhängigkeit von Politik und Behörden auch tiefere Spitalkosten oder bessere Qualität einhergehen. Die Autonomie kann aber als wichtiger Baustein in einem künftigen Gesundheitswesen betrachtet werden, in welchem neben Wettbewerb auch eine Transparenz der Leistungsqualität geschaffen werden muss. Um in einem solchen Markt zu bestehen, benötigen die Leistungserbringer betriebliche Freiräume. Im besten Fall sind die Spitäler unabhängige private Institutionen mit partiellen oder umfassenden Leistungsaufträgen – doch davon ist die heutige Spitallandschaft noch weit entfernt.

In der Schweiz obliegt die Spitalversorgung den Kantonen. Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 sind sie verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Das Gesetz lässt viel Spielraum bei der Umsetzung dieses Auftrags. Grundsätzlich können die Kantone als reine Leistungseinkäufer auftreten und den Spitalbetrieb an Private delegieren. In der Praxis allerdings sind vielfach die Kantone oder Bezirke und Gemeinden selber Spitaleigner und -betreiber. Nicht zuletzt wegen des starken Engagements der öffentlichen Hand findet die Spitalplanung in erster Linie innerhalb der Kantons Grenzen statt – obschon interkantonale Kooperationen durchaus möglich wären. Dabei spielt das Instrument der so genannten Spitalliste eine wesentliche Rolle. Nur jene Spitäler, welche vom Kanton in die Liste aufgenommen werden, sind befugt, ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen – dazu können auch private Spitäler gehören. Mit den Spitalisten hat der Kanton ein Instrument zur Lenkung des quantitativen Angebots in der Hand. Der Steuerungszweck dieser Listen ist die Tatsache, dass gerade im medizinischen Bereich Überkapazitäten höhere Kosten induzieren. Weil Leistungserbringer Informationsasymmetrien zwischen ihnen selbst und den Patienten nutzen können, bestehen Anreize, Kapazitäten durch unnötige stationäre Behandlungen auszulasten.

In der Praxis hat sich die Spitalplanung allein aber als wenig tauglich erwiesen. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Kantone nicht nur die Rolle eines neutralen Planers innehaben. Sie sind gleichzeitig Spitaleigner und -betreiber, Leistungseinkäufer und Finanzierer sowie Schiedsrichter bei der Tarifgestaltung. Die Mehrfachrolle der Kantone führt zu diversen Interessenkonflikten. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Kanton in seiner Eignerrolle versucht, öffentliche Spitäler besser zu positionieren als konkurrierende Privatspitäler oder ausserkantonale Spitäler. Zudem neigen politische Entscheidungsträger dazu, eine Überversorgung bereitzustellen und Spitalschliessungen oder -redimensionierungen zu vermeiden. Nicht selten gehen (regional-)politische Interessen zulasten von Kosteneffizienz und Behandlungsqualität. Gerade bei kleineren Regionalspitälern ist damit zu rechnen, dass aufgrund der geringen Anzahl Eingriffe die durchschnittlichen Kosten höher sind und die Qualität – aufgrund geringerer Erfahrungswerte – tiefer ist als bei Zentrumsspitälern.

#### **Vermeidung von Interessenkonflikten**

Eine an politischen Zielen orientierte Spitalplanung können sich Kantone nur dann leisten, wenn die

Patienten bei der Spitalwahl eingeschränkt werden. Der gesetzliche Zwang zur innerkantonalen Behandlung schützt in hohem Masse vor dem Wettbewerb. Verlierer sind dabei die Patienten, deren Freiheiten eingeschränkt werden. Die anstehenden Reformen im Gesundheitswesen zielen jedoch auf eine stärkere Berücksichtigung marktwirtschaftlicher Kräfte. Künftig wird die Spitalfinanzierung auf Basis von Fallpauschalen sichergestellt. Daneben wird in eingeschränktem Ausmass eine freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus zugelassen. Das schweizerische Gesundheits- und Spitalwesen wird längerfristig in Übereinstimmung mit internationalen Trends durch mehr Markt geprägt sein. Dazu gehört neben dem intensiveren Wettbewerb im Bereich der (lukrativen) Privatpatienten auch ein steigender Druck des internationalen Gesundheitsmarktes. Mit zunehmendem Wettbewerb muss jedoch zwingend die problematische Mehrfachrolle der Kantone aufgelöst werden, was wiederum die Wettbewerbsintensität verstärkt. Die Spitäler benötigen im kommenden marktwirtschaftlichen Umfeld eine höhere betriebswirtschaftliche Autonomie. Gleichzeitig muss verhindert werden, dass die Kantone potenzielle Konkurrenten der kantonseigenen Institutionen benachteiligen.

### **Höhere betriebswirtschaftliche Autonomie**

Die betriebswirtschaftliche Autonomie kann in der Praxis auf unterschiedliche Weise verstärkt werden. In einem ersten Schritt kann Spitälern innerhalb der Kantonsverwaltung höhere Autonomie gewährt werden, z.B. durch die Anwendung von Instrumenten des New Public Management oder durch die Ausgründung einer öffentlich-rechtlichen unselbständigen oder selbständigen Anstalt (vgl. BUSCHOR 2006). In einem weiteren Schritt kann das Spital durch die Bildung einer Aktiengesellschaft auch rechtlich privatisiert werden, der Kanton agiert dann als Aktionär und nimmt nur bei strategischen Entscheidungen von hoher Tragweite Einfluss. Allerdings gilt es zu beachten, dass eine rechtliche Verselbständigung alleine nicht automatisch impliziert, dass der politische Einfluss abnimmt. Die Bandbreite der tatsächlichen Ausgestaltung der Rechtsformen ist gross, so dass in der Praxis eine selbständige Anstalt autonomer agieren könnte als eine Aktiengesellschaft (vgl. auch POLEDNA 2006). Die faktische Autonomie ist daher durch weitere Aspekte bestimmt. Diese lassen sich insgesamt mit dem Begriff Governance-Strukturen bezeichnen. Dazu gehören neben der Rechtsform und den Eigentumsverhältnissen auch Aspekte der strategischen und operativen Führungsstruktur, der personellen Ausgestaltung der Führungsgremien, der Einräumung von Kompetenzen, der Definition der

Finanzierungsinstrumente sowie der Personal- und Immobilienbewirtschaftung.

### **Formelle Autonomie – aber der Staat entscheidet**

Das Kantonsmonitoring gibt einen umfassenden Überblick über die Governance-Strukturen in 125 somatischen Akutspitälern in allen Schweizer Kantonen. Die Studie analysiert rund 90 Prozent aller öffentlichen und öffentlich subventionierten somatischen Akutspitäler, die auf einer innerkantonalen Spitalliste stehen und somit zur Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen sind. Die Analyse zeigt, ob und in welchem Ausmass die Spitäler heute schon über das für einen freien Markt nötige Rüstzeug verfügen. Je grösser die betriebswirtschaftlichen Freiheiten, desto leichter dürften sich die öffentlichen Spitäler in einem veränderten Marktumfeld zurechtfinden. Die Analyse offenbart jedoch, dass sich die Politik in der Praxis schwer tut, den Spitälern im Rahmen einer Wettbewerbsordnung tatsächliche betriebswirtschaftliche Autonomie zu gewähren. Einerseits zeigt sich, dass trotz zunehmender Privatisierung der Rechtsform keine Privatisierung der Eigentumsverhältnisse stattgefunden hat. Die Kantone halten an ihrem Spitaleigentum fest, obschon ihre Gesetzgebungen auch

grössere private Beteiligungen zulassen würden. Andererseits setzen viele Kantone dem Wettbewerb weiterhin enge Grenzen. Dadurch aber erhalten Entscheidungen, die eigentlich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten getroffen werden müssten, eine politische Dimension. Neben der direkten Einsitznahme in den Verwaltungs- und Spitalräten spielt sich dieser kantonale Einfluss auch über die Ausgestaltung der Finanzierungsinstrumente, der Immobilienbewirtschaftung oder auch über die Vorgaben im Personalwesen ab. Die fehlende Möglichkeit oder Praxis der Kreditaufnahme am Kapitalmarkt und die Notwendigkeit einer Beantragung von spezifischen Krediten aus dem Kantonsbudget für Investitionen machen viele Spitäler abhängig von politischen Entscheidungsmechanismen. Durch Vorgaben im Personalwesen oder auch bei den Immobilien wird die betriebswirtschaftliche Autonomie zusätzlich eingeschränkt. So gelten beispielsweise bei rund der Hälfte aller untersuchten Spitäler privatrechtliche Arbeitsverträge, der Möglichkeit von leistungsabhängigen Bonuszahlungen sind aber enge Grenzen gesteckt. Weiter bleiben die Kantone in der Regel Eigner der Spitalliegenschaften. Sie sind zuständig für Um- oder Neubauten und nehmen so Einfluss auf die Leistungen des Spitals.

Die vorliegende Erhebung zeigt, dass es Kantone gibt,

in denen das Spitalwesen noch stark durch die Politik bzw. die Behörden unter weitgehendem Ausschluss des Wettbewerbs kontrolliert wird. Dazu gehören insbesondere die Kantone BL, GE, LU, AI, GL und FR. Gemessen an unseren Governance-Kriterien weisen dagegen die Spitäler in den Kantonen SZ, AG, BE, NE und ZG eine relativ hohe Unabhängigkeit auf. Diese Kantone räumen ihren Spitälern höhere betriebswirtschaftliche Autonomie ein und/oder reduzieren ihr Engagement auf die Festlegung der Rahmenbedingungen und die Ausrichtung von Subventionen unter Berücksichtigung von markt- und anreizorientierten Instrumenten – wie zum Beispiel im Kanton SZ, wo die öffentliche Hand nur eines von drei Spitälern betreibt und die Finanzierung auf Basis von Fallkostenpauschalen sicherstellt.

Das Kantonsmonitoring macht keine Aussage darüber, ob mit der höheren betriebswirtschaftlichen Autonomie auch tiefere Spitalkosten oder eine höhere Behandlungsqualität einhergehen. Derartige Analysen würden voraussetzen, dass vergleichbare Qualitätsdaten wie z.B. Mortalitätsraten oder Komplikationen nach Eingriffen pro Spital zugänglich sind. In der Schweiz sind solche Daten bis heute fast durchwegs nicht zugänglich. Und schliesslich garantiert betriebswirtschaftliche Autonomie alleine noch nicht höhere Qualität oder tiefere Kosten.

Vielmehr müsste die Autonomie mit einer Stärkung der Wettbewerbselemente (Aufhebung des Kontrahierungszwangs, freie Spitalwahl) sowie einer höheren Transparenz bei der Qualität der Leistungserbringung einhergehen. Erst die drei Elemente Autonomie, Wettbewerb und Transparenz zusammen dürften sich günstig auf die Kostenentwicklung und die Qualität auswirken.

Im Sinne einer Hintergrundinformation gibt Kapitel 2 einen Einblick in die Kostenentwicklungen im Schweizer Gesundheits- und Spitalwesen. Kapitel 3 diskutiert unterschiedliche Elemente der Spitalsteuerung und gibt eine theoretische Begründung für die Auswahl der fünf untersuchten Dimensionen der Spital-Governance. Darauf basierend werden die tatsächlichen Governance-Strukturen der öffentlichen und öffentlich subventionierten somatischen Akutspitäler in der Schweiz verglichen. In Kapitel 4 werden die Elemente der Governance-Struktur in Form eines Autonomie-Indexes zusammengefasst. Kapitel 5 fasst die Schlussfolgerungen zusammen. Darauf folgt ein Nachwort zur vorliegenden Analyse von Frau Dr. Christiane Roth, bis Februar 2008 Spitaldirektorin des Universitätsspitals Zürich.

### Gesundheitskosten

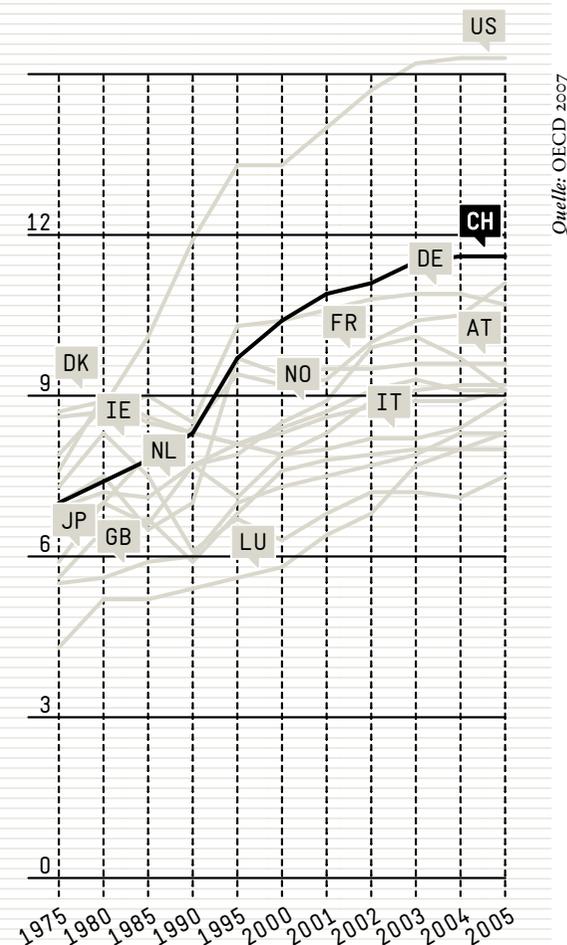
Anfang des 20. Jahrhunderts lag die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen in der Schweiz bei unter 50 Jahren. Der tiefe Wert war nicht zuletzt auf die hohe Säuglingssterblichkeit zurückzuführen. Verbesserte Hygiene, gesündere Ernährung, bessere Wohnverhältnisse und vor allem eine verbesserte Gesundheitsversorgung haben in den vergangenen 100 Jahren die Lebenserwartung deutlich ansteigen lassen. Im Jahr 2005 betrug die mittlere Lebenserwartung in der Schweiz 81,3 Jahre (vgl. OECD 2007). Damit liegt die Schweiz deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder – nur gerade in Japan ist die Lebenserwartung höher als in der Schweiz. Und schliesslich werden Frauen und Männer nicht bloss älter, sondern auch gesünder älter. Das heisst, sie profitieren von einer höheren Lebensqualität.

Unter Berücksichtigung des im internationalen Vergleich höheren Tabak- und Alkoholkonsums der Schweizer dürfte ihre höhere Lebenserwartung wohl nicht einzig auf einen gesünderen Lebensstil zurückzuführen sein. Schweizer Bürger profitieren daher von einem gut ausgebauten Gesundheitssystem. In der Schweiz kamen im Jahr 2005 3,8 niedergelassene Ärzte auf 1000 Einwohner (3,0 im OECD-Durchschnitt) und 14,1 Krankenpflegerinnen und -pfleger auf je 1000 Einwohner (8,6 im OECD-Durchschnitt).

Auch punkto medizintechnischer Ausrüstung sind die Schweizer und Schweizerinnen gut versorgt. So kommen beispielsweise 14,4 Magnetresonanztomographen (MRI) auf 1 Million Einwohner, im OECD-Durchschnitt sind es 9,8 MRI.

Die gute Versorgung schlägt sich aber auch in den Gesundheitsausgaben nieder. Diese betrugen im Jahr 2005 rund 11,6 Prozent des schweizerischen Bruttoinlandproduktes (BIP). Damit lagen sie fast 2 Prozentpunkte über dem Jahr 1995 und rund 2,6 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder. Einzig in den USA, wo sich die Gesundheitsausgaben auf 15,3 Prozent des BIP belaufen, ist dieser Wert noch höher (vgl. OECD 2007). Parallel zu den steigenden Gesundheitskosten stieg auch die Beschäftigung im Gesundheitswesen an. Sie hat von 1995 bis 2005 im Gesundheits- und Sozialwesen wesentlich rascher zugenommen (+ 24,8 Prozent) als die gesamte Beschäftigung (+ 3,5 Prozent). Mit einem Anteil von 11,8 Prozent an allen Beschäftigten ist das Gesundheits- und Sozialwesen der grösste Wirtschaftszweig (Anteil 1995: 9,8 Prozent). Ende 2004 betrug beispielsweise die Beschäftigung allein in den Krankenhäusern 123 000 Stellen (in Vollzeitäquivalenten, VZÄ); sie beschäftigten damit mehr Personal als etwa die Banken (113 000 VZÄ per Ende 2004).

Gesundheitskosten: Teure Schweiz



Eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann zwar durch ein höheres Einkommens- und Lebensniveau begründet werden, weil auch die (freiwillige) Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen ansteigt. Problematisch sind aber steigende Gesundheitskosten, wenn sie nur eine ineffiziente Leistungserbringung finanzieren. Höhere Kosten decken dann nicht ein höheres Leistungsniveau ab, sondern resultieren aus Überkapazitäten und einem falschen Leistungsangebot. Der im gesamtwirtschaftlichen Vergleich überproportionale Anstieg der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen und ihr im internationalen Vergleich hoher Anteil könnten ein Indiz dafür sein, dass die Produktivität in den beiden Sektoren nicht mit der übrigen Wirtschaft Schritt hält und dass die Pro-Kopf-Produktivität im Gesundheitssektor niedrig ist.

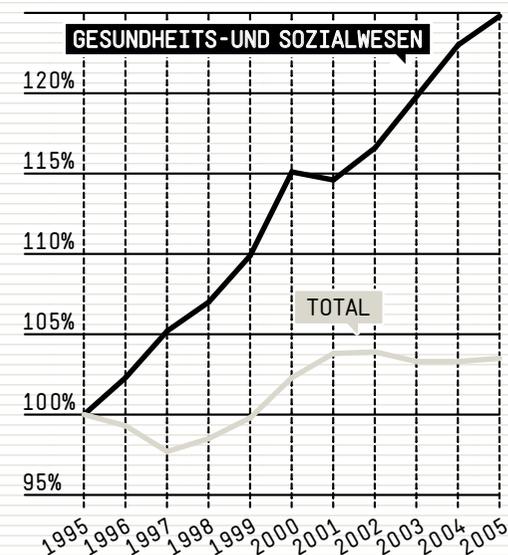
### Spitalkosten

Von den im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen entfällt knapp die Hälfte auf stationäre Behandlungen, also solche, bei denen der Patient die Nacht bzw. einen längeren Zeitraum zur Beobachtung und/oder weiteren Behandlung in einer Gesundheitsinstitution verbringt. Für stationäre Leistungen aller Art wurden im Jahr 2005

24,5 Milliarden Franken ausgegeben. Schlüsselst man die Gesundheitskosten nicht nach Leistung, sondern nach leistungserbringenden Institutionen auf, dann zeigt sich, dass rund ein Drittel aller Gesundheitskosten in Krankenhäusern anfallen – dazu gehören allgemeine Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere Krankenhäuser. Die Kosten der «allgemeinen Krankenhäuser» sind dabei das wichtigste Element. Sie belaufen sich auf rund 27 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Der Anteil der Krankenhäuser an den gesamten Gesundheitskosten ist über den Zeitraum von 1990 bis 2005 stabil geblieben.

Die Betriebskosten in somatischen Akutspitälern beliefen sich im Jahr 2005 im schweizerischen Durchschnitt auf 1316 Franken pro Patient und Hospitalisationstag. Dabei zeigt sich eine grosse Varianz zwischen den Kantonen: die Betriebskosten pro Patiententag bewegen sich zwischen 505 Franken im Kanton AI und 2108 Franken im Kanton GE [vgl. Grafik Seite 14]. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Kostenunterschiede zu einem grossen Teil auf unterschiedliche Charakteristika der Spitäler bzw. der Spitalstruktur zurückgeführt werden können. So weisen Universitätsspitäler tendenziell höhere Kosten auf als Grundversorgungsspitäler – was vor allem auf die zusätzlichen Aktivitäten in den Bereichen Forschung und

### Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen in der Schweiz: Überproportionaler Anstieg



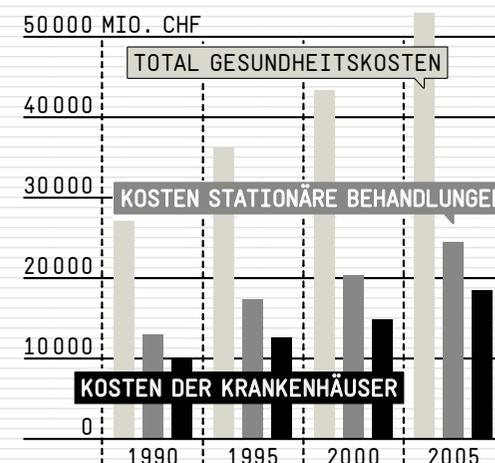
Ausbildung zurückzuführen ist. Wesentliche Treiber für die Gesamtkosten sind ausserdem die Komplexität der Behandlungen sowie die Länge der durchschnittlichen Spitalaufenthalte (die zwischen den Kantonen und Spitälern stark variieren). Ferner können Kostendifferenzen aufgrund unterschiedlicher Regulierungs- bzw. Steuerungsstrukturen in den Kantonen zustande kommen. Statistisch signifikante Kostenunterschiede zwischen privaten und öffentlichen Spitälern zeigen empirische Untersuchungen bislang nicht. Allerdings sind aufgrund von Verzerrungen in der Finanzierungs- bzw. Subventionierungspraxis keine klaren Aussagen möglich (vgl. FARSI und FILIPPINI 2005).

Die Schweiz weist im internationalen Vergleich eine relativ hohe Betten- bzw. Spitaldichte auf. Das dichte Angebot ist allerdings weniger Ausdruck einer optimalen Versorgung als vielmehr einer Überversorgung. Weil die vielen Betten über eine grosse Anzahl kleiner Institutionen verstreut ist, besteht im Schweizer Spitalmarkt ein erhebliches Potenzial für die Nutzung von Skaleneffekten (vgl. auch FARSI und FILIPPINI 2005). Darauf hin deutet auch die Studie von STEINMANN et al. (2004), welche die Effizienzunterschiede zwischen deutschen und Schweizer Spitälern untersucht. Auch diese Studie findet Evidenz für ungenutzte Skalenerträge: deutsche Spitäler sind

im Durchschnitt doppelt so gross sind wie jene in der Schweiz. Die Untersuchung weist erwartungsgemäss auf eine deutlich höhere Effizienz deutscher Spitäler hin.

Eine an der Universität Basel verfasste Dissertation kommt zum Schluss, dass das Instrument der kantonalen Spitalplanung bislang kein effektives Instrument darstellt, um die bestehenden Überkapazitäten abzubauen (vgl. BIRSACK 2005). Die Analyse der Spitalplanung zwischen 1997 und 2002 zeigt, dass die Kantone zu Beginn der Planungsperiode die vorhandenen Kapazitäten systematisch zu gering einschätzten. Damit reduzierten sie den Druck für Strukturveränderungen und Bettenabbau. 1996 definierten die Kantone bei einem geschätzten Akutbettenangebot von 32 650 die Überkapazitäten bei rund 6000 Betten. Gemäss der bis 1996 in der Schweiz verwendeten OECD-Statistik lag das Bettenangebot allerdings bei 39 000 – nach dieser Zahl wären die Überkapazitäten doppelt so hoch gewesen. Zudem gingen die kantonalen Planer von einem linearen, also geringen Trend bei den Produktivitätsfortschritten aus, so dass die geschätzte Hospitalisierungsdauer 1997 weit über den internationalen Vergleichsdaten lag. Während viele Schweizer Kantone von einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 8.6 bis 9.6 Tagen ausgingen, lagen die Vergleichswerte aus Schweden bei 5 Tagen oder aus Grossbritannien und

### Kostenstrukturen: Hoher Anteil für Krankenhäuser



Quelle: Bundesamt für Statistik 2007 / eigene Berechnungen

Kanada bei 7.1 Tagen. Selbst das teure Gesundheitssystem in den USA wies mit 6.2 Tagen tiefere Werte aus.

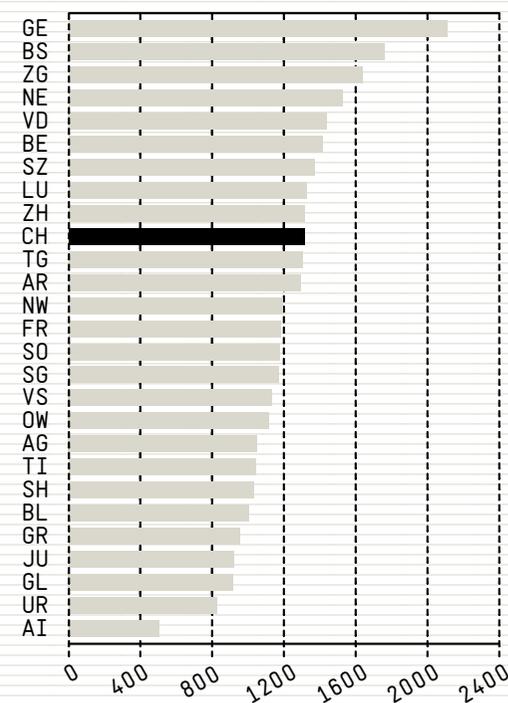
Man muss daraus folgern, dass die Strukturveränderungen in der Schweizer Spitallandschaft nicht wegen, sondern trotz der Spitalplanung stattfanden. Die Anzahl der Spitäler ging zwischen 1997 und 2003 durch Betriebszusammenschlüssen, Schliessungen und Zweckumwandlungen von 406 auf 354 zurück. Davon betroffen waren vor allem die Bereiche Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, innere Medizin sowie Geriatrie. Gleichzeitig nahm die Anzahl Betten um rund 10.5 Prozent ab (vgl. RÜFELI 2005). Dass es trotz den oben festgestellten Anreizen bei den Kantonen zu einem Bettenabbau sowie zu Betriebsschliessungen kam, ist gemäss einem Gutachten des Büros Vatter vor allem auf den Spardruck in einzelnen Kantonen zurückzuführen. Entsprechend heterogen ist die Entwicklung in den Kantonen. So fanden 99 Prozent des Bettenabbaus in nur 13 Kantonen statt, davon rund die Hälfte in Zürich und Bern.

Dass nicht die Spitalplanung, sondern Spardruck der Grund für Strukturveränderungen war, belegt auch die Verwendung des Instruments der Spitallisten. Gemäss dem Gutachten nutzten die meisten Kantone ihre Spitalliste in der Praxis keineswegs zur Steuerung der Spi-

talleistungen. Vielmehr bildeten sie im Nachhinein die erfolgten Veränderungen ab (ähnlich einer statistischen Buchführung). Qualitätsindikatoren wie Morbiditätsfaktoren spielten bei der Spitalplanung keine Rolle. Überhaupt wurden Outputfaktoren kaum verwendet, im Zentrum der Planung standen vielmehr Inputfaktoren, insbesondere die Anzahl der Betten. Verschiedene Kantone berücksichtigten in ihrer Planung die privaten Spitäler überhaupt nicht, und überkantonale Planungen gab es bis 2005 lediglich in zwei Fällen (BS und BL sowie UR, OW und NW).

Ganz offensichtlich ist die Spitalplanung kein adäquates Mittel, um die Effizienz der Spitalversorgung nachhaltig zu erhöhen. Nach wie vor sind es vor allem politische Interessen, welche die Struktur der Spitallandschaft bestimmen. Die Spitalplanung löst das Problem der Mehrfachrollen und der Interessenkonflikte des Kantons nicht. Im Gegenteil: der Kanton erhält ein weiteres Instrument zur politischen Beeinflussung der Strukturen. Regionale Standortpolitik bleibt damit wichtiger als volks- und betriebswirtschaftliche Effizienz. Die Visibilität dieser Planungen ist ausserdem hoch, und bei der Praxis der Volkswahl von Gesundheitsdirektoren wird der politische Druck zugunsten des Status quo übermächtig.

*Betriebskosten in somatischen  
Akutspitälern pro Hospitalisationstag:  
Hohe Varianz*



Quelle: Bundesamt für Statistik 2005

BETRIEBSKOSTEN\*

\*PRO HOSPITALISIERUNGSTAG IN CHF

### Politik kontra Betriebswirtschaft

Der Begriff Corporate Governance stammt aus dem Englischen und bedeutet im Wortsinn das Steuern bzw. Führen einer Körperschaft. In Bezug auf öffentliche Organisationen wird auch der Begriff Public Corporate Governance verwendet. Die Anlehnung an die privatwirtschaftliche Begriffswelt ist nicht zufällig. Im öffentlichen Sektor finden vermehrt Steuerungsinstrumente Anwendung, die bislang nur bei privatwirtschaftlichen Betrieben gängig waren. Technische, aber auch gesellschaftliche Veränderungen geben den bisher rein öffentlichen bzw. hoheitlichen Leistungen vermehrt einen marktwirtschaftlichen und wettbewerblichen Charakter – beispielsweise konkurriert die Briefpost mit dem Versand von E-Mails, aber auch mit alternativen Paketverteilern oder Zeitungsverträgern. Staatsbetriebe agieren daher zunehmend im Spannungsfeld zwischen politischen und wirtschaftlichen Interessen. Es gilt daher, bei der Definition der Steuerungsinstrumente eine Balance zwischen den Einflüssen von Politik und Management herzustellen (vgl. SCHEDLER 2002). Aufgrund gesellschaftlicher und technischer Entwicklungen – und nicht auf Basis eines ordnungspolitischen Werturteils – stellt sich daher die Frage, ob die Leistungserbringung weiterhin Sache des Staates ist. Unter geeigneten Regulierungs- bzw. Rahmenbedingungen

kann diese möglicherweise besser durch Private wahrgenommen werden.

Bislang wird das Gesundheitswesen in erster Linie als öffentliche Aufgabe angesehen. Allgemeinspitäler waren vor einigen Jahren in den meisten Kantonen noch Teil der öffentlichen Verwaltung. Durch die enge Anlehnung an die Verwaltungsstrukturen ergeben sich für die politischen Entscheidungsträger direkte Möglichkeiten zur Beeinflussung des Spitalbetriebes. Dazu gehören Entscheidungen mit Konsequenzen für das Leistungsangebot, die Anzahl Spitalbetten, den Ausbau oder Umbau eines Spitals (oft mit Konsequenzen für die Angebotsstruktur), für die Beschäftigung von Ärzten und Pflegepersonal oder den Einkauf von Drittleistungen (Spitalkooperationen/Outsourcing). Diese direkte und enge Steuerung durch Politik und Behörden wird jedoch zunehmend in Frage gestellt. Öffentliche Spitäler konkurrieren vermehrt untereinander und auch mit privaten – insbesondere im Bereich der privat versicherten Patienten. Mit der Gleichstellung von privaten Spitälern bei der Leistungsfinanzierung (Versicherte erhalten sowohl in privaten als auch öffentlichen Spitälern den kantonalen Sockelbeitrag) wird dieser Wettbewerb zusätzlich forciert. Parallel zu diesen Entwicklungen fordern immer breitere Kreise, dass mehr wettbewerbliche Elemente im

Spitalmarkt eingeführt werden. Dazu gehören die freie Spitalwahl für Patienten, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für die Versicherungen oder auch die monistische Spitalfinanzierung (ausschliessliche Finanzierung der Leistungserbringer über die Krankenkassen). In jedem Fall kann man davon ausgehen, dass in der mittleren Frist das Gewicht von wettbewerblichen Instrumenten im Spitalmarkt zunehmen wird.

In einem solchen neuen Umfeld sollte den Spitälern vermehrt betriebswirtschaftliche Freiheit eingeräumt werden, so dass sie mit anderen öffentlichen und den privaten Spitälern in einer fairen Konkurrenzsituation stehen. Umgekehrt sollten die öffentlichen Spitäler auch nicht von der Politik bevorzugt werden können. In seiner Mehrfachrolle als Regulator bzw. Spitalplaner, Leistungsbezüger und -finanzierer sowie Spitaleigner und -betreiber kann ein Kanton heute jedoch keine neutrale Position einnehmen. Dies ist erst dann möglich, wenn sich der Kanton auf seine eigentliche Aufgabe – die Gestaltung der Rahmenbedingungen – zurückzieht. Das KVG verlangt von den Kantonen nicht, dass sie die Spitalgrundversorgung durch verwaltungseigene Spitalbetriebe sicherstellen. Die Spitalleistungen könnten vielmehr von politisch und betrieblich unabhängigen Institutionen angeboten werden, die mit tiefen Preisen

und hoher Qualität um Patienten und Subventionen konkurrieren. Eine Stärkung der politischen Unabhängigkeit der Spitalbetriebe ist daher nicht mit einem Rückzug des Staates aus dem Gesundheits- bzw. Spitalwesen gleichzusetzen. Vielmehr geht es darum, dass die Politik die Optimierung der Gesundheitsversorgung durch den Wettbewerb nutzt.

#### **Stärkung der betriebswirtschaftlichen Steuerung**

Die betriebswirtschaftliche Unabhängigkeit eines Spitalbetriebs von der Politik bzw. der kantonalen Verwaltung kann auf unterschiedliche Weise gestärkt werden. Das Spektrum der Möglichkeiten reicht von der Einführung von Elementen der Wirkungsorientierten Verwaltungsführung im Rahmen der Ämtersteuerung bis zur eigentlichen Privatisierung eines Spitals.

Grundsätzlich lassen sich fünf Stufen der Verwaltungs- und Betriebssteuerung unterscheiden (vgl. BUSCHOR 2006). Im konsequentesten Autonomiemodell sind die Spitäler rein private Institutionen ohne staatlichen Auftrag und ohne Subventionen. In diesem Modell kaufen der Bürger und/oder seine Versicherung die (Spital-)Leistung direkt bei einer privaten Institution

ein. Dies setzt natürlich voraus, dass ein funktionierender Marktmechanismus dafür sorgt, dass die nötigen Leistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht bereitgestellt werden. Ausserdem würde hinreichender Wettbewerb bewirken, dass die Leistungen effizient und entsprechend kostengünstig erbracht werden. Elemente des Wettbewerbs können über die freie Spitalwahl und/oder den Wegfall eines Kontrahierungszwangs implementiert werden. In der schweizerischen Spitalpraxis existiert ein solches Modell annäherungsweise bei den Zusatz- bzw. Privatversicherungsleistungen, welche den Patienten eine freie Spitalwahl einräumen.

Auch beim Privatisierungsmodell mit Leistungsauftrag erstellt der Staat selber keine Leistungen. Vielmehr kauft er diese in einem wettbewerblichen Umfeld vom kostengünstigsten privaten Anbieter ein. Das Modell existiert auch in der Schweiz, wo Privatspitäler ihre Leistungen im Rahmen der Grundversorgung anbieten können und dabei mit einem Sockelbeitrag gestützt werden. In den übrigen drei Modellen, also der selbständigen Anstalt, der unselbständigen öffentlichen Anstalt sowie dem Amt, tritt der Staat dagegen selber als Leistungsersteller auf. Dabei handelt es sich um die heute in der Schweiz gängigsten Modelle der Spitalsteuerung.

### Stufen der Verwaltungs- und Betriebssteuerung

Privates Unternehmen <i>ohne</i> Leistungsauftrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volle Autonomie</li> <li>- Keine staatlichen Mittel</li> <li>- Keine staatlichen Leistungsaufgaben</li> </ul>
Privates Unternehmen <i>mit</i> Leistungsauftrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Privatrechtliche Autonomie</li> <li>- Staatlicher Leistungsauftrag</li> </ul>
Selbständige Anstalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Autonomie</li> <li>- Verwaltungsrecht gilt, soweit im Gesetz festgehalten</li> <li>- Staatlicher Leistungsauftrag</li> </ul>
Unselbständige öffentliche Anstalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilautonomie mit beschränkter Regelsteuerung</li> <li>- Begrenzte Abweichung vom Verwaltungsrecht</li> <li>- Globalbudget</li> </ul>
Amt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umfassende Unterstellung unter das Verwaltungsrecht</li> <li>- Weitgehende Zentralsteuerung (Departement)</li> <li>- Keine Rechtspersönlichkeit</li> </ul>

### Analysefokus und Datengrundlage

In grober Form lassen sich die Spitalbetriebe gemäss diesen fünf Modellen klassifizieren. Bei der Untersuchung der tatsächlichen betriebswirtschaftlichen Autonomie von Spitalbetrieben dürfte es allerdings sinnvoll sein, neben dem Eigentum und der Rechtsform weitere Charakteristika zu prüfen, die Einfluss auf die betriebswirtschaftliche Freiheit haben. Für das vorliegende Kantonsmonitoring wurden deshalb die Governance-Strukturen bei öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Akutspitalern nach fünf Dimensionen analysiert.

Zur Beschreibung der fünf Dimensionen wurden in der Regel mehrere Charakteristika bzw. Variablen erhoben. Bei der Dimension «Unternehmensmodell» werden die Rechtsform, die Eigentumsverhältnisse und die Zugehörigkeit zu einer Spitalgruppe analysiert, bei der Dimension «Führungsstruktur» die Organisation der strategischen und jene der operativen Führung, bei der Dimension «Finanzierung» die Betriebskosten- und die Investitionsfinanzierung sowie die Möglichkeit der Kreditaufnahme. Im Rahmen der Dimension «Anstellungsbedingungen» werden die Art der Personalverträge sowie die Möglichkeit von Bonuszahlungen betrachtet. Die Dimension «Immobilien» ergibt sich

direkt aus den erhobenen Besitzverhältnissen.

In die vorliegende Studie wurden 125 öffentliche und öffentlich subventionierte somatische Akutspitäler einbezogen – darunter Allgemeinspitäler und Spezialkliniken. Psychiatrie- oder Rehabilitationskliniken sowie Geriatriespezialkliniken wurden nicht untersucht. Die Analyse unterscheidet die Art der Spitäler gemäss der Typologie des Bundesamtes für Statistik. Dabei lassen sich drei übergeordnete Typologien unterscheiden: Zentrumsversorgung, Grundversorgung und Spezialkliniken. Bei den Spezialkliniken handelt es sich um fünf Spitäler im Kanton ZH, zwei in SG und je eins in den Kantonen AG, BL, GR und NE.

Die Datenerhebung und -analyse erfolgte pro Spital. Dieses Vorgehen lässt zu, dass ein analysierter Spitalbetrieb keine eigene Rechtspersönlichkeit darstellt, sondern einer Spitalgruppe angehört, unter deren Rechtsform mehrere Spitäler bzw. Kliniken als Abteilungen operieren. Lediglich in einzelnen Fällen, in denen Spitäler bereits vor 2003 über mehrere Standorte bzw. Spitalbetriebe verfügten, wurden Spitalgruppen als Einheit betrachtet (vgl. Spitalübersicht im Anhang).<sup>1</sup> Neben den Allgemeinspitälern und Spezialkliniken können einer Spitalgruppe auch Psychiatrie- oder

### Analysefokus: Determinanten der betriebswirtschaftlichen Autonomie



Rehabilitationskliniken angehören. Diese Kliniken wurden im Rahmen der Analyse jedoch nicht erfasst.

Die Erhebung der Variablen erfolgte in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurden die vorhandenen und zugänglichen kantonalen Bestimmungen (Gesetze, Verordnungen und Vollzugsverordnungen) sowie spitalspezifischen Reglemente und Informationen auf Homepages ausgewertet. Im Rahmen von rund 120 telefonischen Experteninterviews zwischen dem 11. September und dem 20. Dezember 2007 mit Vertretern der kantonalen Verwaltungen sowie der Spitalleitungen wurden diese Angaben dann verifiziert und fehlende Informationen ergänzt.

Die Auswertung der Daten erfolgt einerseits auf einem aggregierten schweizerischen Niveau, wobei zwischen Spitälern der Zentrums- und Grundversorgung bzw. Spezialkliniken differenziert wird. Andererseits werden die Governance-Strukturen kantonsweise verglichen. Da die Spitalsteuerung nicht kantonal, sondern auf Ebene der Einzelspitäler erfasst wurde, wird ein einfacher Index eingeführt, der ein Mass für die durchschnittliche betriebswirtschaftliche Autonomie der Spitalbetriebe in einem Kanton darstellt.

*Datengrundlage: 125 somatische Akutspitäler*

SPITAL	BFS-TYPOLOGIE (CODE)	ANZAHL
Zentrumsversorgung Niveau 1 (Uni-Spital)	K111	5
Zentrumsversorgung Niveau 2	K112	22
Grundversorgung Niveau 3	K121	21
Grundversorgung Niveau 4	K122	37
Grundversorgung Niveau 5	K123	29
Spezialklinik Chirurgie	K231	2
Spezialklinik Gynäkologie/Neonatologie	K232	1
Spezialklinik Pädiatrie	K233	4
Diverse Spezialkliniken	K235	4
Total		125

Im Folgenden werden die Teilindizes aus den fünf Governance-Dimensionen abgebildet und diskutiert, in Kapitel 4 werden sie zu einem Gesamtindex zusammengefasst. Im Anhang werden die Teilindizes sowie der Gesamtindex zudem pro Spital ausgewiesen.

### *Autonomie-Index*

*Um die betriebswirtschaftliche Autonomie zusammenfassend darzustellen, wird ein einfacher Autonomie-Index berechnet. Dieser stellt ein aggregiertes Mass für die durchschnittliche betriebswirtschaftliche Unabhängigkeit eines Spitalbetriebs in einem spezifischen Kanton dar. Berechnet wird der Index durch die Aggregation von fünf Teilindizes, welche die analysierten Governance-Dimensionen abbilden: A) Unternehmensmodell, B) Führungsstruktur, C) Finanzierung, D) Anstellungsbedingungen und E) Immobilien. Die Indizes werden pro Spital erhoben (vgl. Daten im Anhang). Darauf basierend kann ein durchschnittlicher Index pro Kanton berechnet werden. Dieser kantonsweise erhobene Index stellt ein Mass für die durchschnittliche Unabhängigkeit der Spitäler von Behörden und Politik dar.*

*Die im Rahmen des Kapitels 3 kantonsweise erhobenen Teilindizes werden im Kapitel 4 ohne eine spezifische Gewichtung zu einem Gesamt-Autonomie-Index aggregiert. Eine Gewichtung, also eine relative Bewertung der Teilindizes, ist nicht möglich, da die vorliegende Studie keine Aussagen zu deren relativer Bedeutung macht. Und die Gleichgewichtung der Dimensionen ist notwendig, weil unter den Dimensionen unterschiedlich viele Subindizes (untersuchte Governance-Ausprägungen) zusammengefasst werden. Die Zugehörigkeit zu einer Spitalgruppe wird im Gesamtindex nicht berücksichtigt. Damit wird verhindert, dass kleine Kantone, die ohnehin nur über ein oder wenige Spitäler verfügen, einen systematischen Indexnachteil haben.*

*Sowohl der Gesamtindex als auch die Teilindizes werden auf die Werte zwischen 0 und 1 normiert. Im Falle eines Wertes von 0 bedeutet dies, dass keine der untersuchten Governance-Ausprägungen auf eine erhöhte betriebswirtschaftliche Autonomie deutet. Der Maximalwert von 1 bedeutet hingegen, dass alle Governance-Ausprägungen auf einen maximalen Autonomiewert hinweisen.*

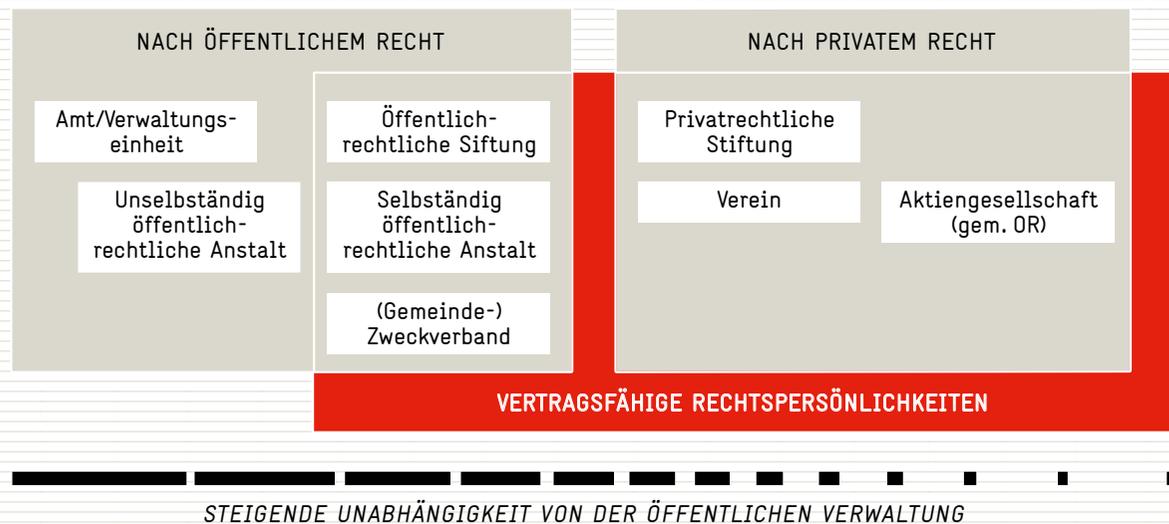
*Aufgrund der oben dargestellten Abstrahierung bei der relativen Indexgewichtung sowie bei der einfachen Berechnung der Indexwerte ist die Aussagekraft entsprechend reduziert. Beispielsweise lassen die Differenzen des (Gesamt-)Indexes zwischen den Kantonen keinen Hinweis auf die relativen Abstände bezüglich der betriebswirtschaftlichen Autonomie zu. Der Index ist vielmehr als Zusammenfassung der im vorliegenden Bericht untersuchten Steuerungs-Charakteristika zu verstehen. Damit stellt der Index eine Grundlage für eine einfache Rangordnung der kantonalen Spitalsteuerungen dar.*

### Grundlagen und Analysefokus

Öffentlich-rechtliche Organisationsformen lassen den Spitalern in der Regel einen geringeren operativen und strategischen Entscheidungsspielraum als andere Rechtsformen. Ist das Spital ein Amt der Verwaltung oder eine unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt, bleibt der Departementsvorsteher, der gesamte Regierungsrat oder gar das Parlament das entscheidende strategische Organ. Das Spital ist nicht vertragsfähig und wird insbesondere bei der Finanz- und Investitionsplanung spürbar eingeschränkt. Ebenso eingeschränkt ist das Spital bei der Verwirklichung von Kooperationen – selbst wenn es sich um lose Kooperationen in Vertragsform handelt (vgl. auch FROIDEVAUX und BUCHER 2000). Grundsätzlich kann daher davon ausgegangen werden, dass Spitäler mit eigenständiger juristischer Persönlichkeit eine grössere betriebswirtschaftliche Autonomie aufweisen. Selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten, Zweckverbände, Stiftungen, Vereine und Aktiengesellschaften profitieren vor allem von der Vertragsfähigkeit.

Das Amt, welches per Definition ein Teil der Verwaltung darstellt, weist die engste Bindung zur Politik und zu den Behörden auf. Die unselbständige Anstalt geniesst dann mehr Autonomie als ein Amt, wenn der Anstalt von Seiten des Departements Finanz- und Unterschriftskompetenzen delegiert werden – die

### Rechtsform: Relevanz der Vertragsfähigkeit



delegierten Kompetenzen entsprechen maximal jenen des Departements bzw. der Direktion. Bei den weiteren Gesellschaftsformen des öffentlichen Rechts ist eine Differenzierung der Autonomie schwierig, zumal die spezifische Gesetzgebung diese determiniert.

Ein Spital, welches als privatrechtliche Aktiengesellschaft betrieben wird, hat den Vorteil, dass in erster Linie der gesetzliche Rahmen des Obligationenrechts gilt. Dennoch ist zu beachten, dass in der Praxis die öffentliche Hand weiterhin ihren Einfluss geltend machen kann, beispielsweise bei der Ausgestaltung der Statuten der Gesellschaft. Darin kann sie auch festlegen, wie die strategische und operative Geschäftsführung organisiert wird. Entsprechend können Vertreter von Politik oder Verwaltung in den Verwaltungsrat beordert werden. Und schliesslich kann die Politik die Leistungsaufträge enger oder loser definieren. Die tatsächlichen betriebswirtschaftlichen Freiheiten eines Spitals werden daher nicht ausschliesslich durch die Rechtsform determiniert. Sowohl öffentlich-rechtliche wie auch privatrechtliche Rechtsformen lassen grosse Unterschiede bei den Freiheitsgraden zu (vgl. POLEDNA 2006).

Die Analyse der Rechtsformen der Spitäler gibt daher einen guten Hinweis auf die formelle Unabhängigkeit eines Spitals. Zur Feststellung der faktischen Unabhän-

gigkeit von Politik und Behörden müssen aber weitere Indikatoren der Spitalsteuerung analysiert werden.

#### Trend zur rechtlichen Verselbständigung

Die vergangenen Jahre zeigen schweizweit einen klaren Trend in Richtung einer höheren formellen Autonomie. Lediglich 17 der 125 analysierten Spitäler wurden im Jahr 2007 als Teil der engeren (Kantons-)Verwaltung oder als unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt geführt. 2003 waren es noch 26 Spitalbetriebe. Heute dominiert das Modell der selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt. Ausserdem haben zahlreiche Kantone ihre Spitäler in Aktiengesellschaften überführt. Private Spitäler werden dagegen kaum als Aktiengesellschaft betrieben. Sie sind in der Regel Vereine oder Stiftungen. Daraus lässt sich ableiten, dass es sich bei den meisten öffentlich subventionierten Privatspitalern weniger um gewinnorientierte Unternehmen handelt als vielmehr um gemeinnützige Institutionen.

#### Selbständige Anstalt im Vordergrund

Die Mehrzahl der Spitäler in den Kantonen FR, GE, JU,

NE, NW, SG, SH, TI, UR und VS wird unter der Rechtsform der selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt betrieben. In den meisten dieser Kantone waren die Spitäler bereits 2003 in dieser Form organisiert. Die Spitäler Schaffhausen (Kantonsspital Schaffhausen sowie Psychiatriezentrum Schaffhausen) wurden allerdings erst mit der Spitalreform Anfang 2006 in das neue Rechtskleid überführt – zuvor war das Kantonsspital Teil der engeren Verwaltung. Im Schaffhauser Kantonsrat wurde die rechtliche Umwandlung bereits im Jahr 2004 diskutiert. In der politischen Debatte wurde der Schritt denn auch mit der «Entflechtung politischer und unternehmerischer Aufgaben» sowie mit «mehr Handlungsspielraum, mehr Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit» im Spitalwettbewerb begründet.<sup>2</sup> Dass – mindestens in einer Übergangsphase – die Loslösung von der Politik noch nicht vollständig stattgefunden hat, spiegelt sich offenbar in einem erhöhten Mass an Interpellationen bzw. Anfragen im Kantonsparlament. Auch im Kanton NE wurde die selbständige Anstalt 2006 gegründet (mit der Zusammenfassung der Spitäler im Kanton). Im Kanton VS – der dem Kanton NE auch als Vorbild diente – wurde das Gesundheitsnetz (GNW) bereits im Jahr 2004 operativ. Das GNW stellt eine Art Dachorganisation für die drei Spitalzentren Oberwallis, Mittelwallis und Chablais dar.

Entgegen der starken nationalen Verbreitung werden im Kanton ZH nur gerade zwei Spitäler als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt geführt. Das Universitätsspital Zürich sowie das Kantonsspital Winterthur sind erst seit 2007 selbständige Anstalten – zuvor waren beide unselbständige Anstalten.

Dass die Mehrzahl der Schweizer Spitäler unter der Rechtsform der selbständig öffentlich-rechtlichen Anstalt geführt wird, ist auch darauf zurückzuführen, dass insbesondere Kantone mit einer relativ hohen Anzahl Spitäler wie VS, TI, SG und NE ihre Spitäler vorwiegend als selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt führen. Dabei ist anzufügen, dass die Kantone VS, TI und NE zahlreiche Spitalbetriebe unter einem Rechtsdach zusammengefasst haben und daher – aus rechtlicher Sicht – nur jeweils eine einzige Anstalt im Sinne einer Spitalgruppe betreiben. In der Datenauswertung wurden die einzelnen Spitalbetriebe separat erfasst und jeweils mit der Rechtsform ihrer Dachorganisation codiert.

#### **Aktiengesellschaft ohne Gewinnorientierung**

In der Schweizer Spitallandschaft findet aber auch die Aktiengesellschaft (AG) häufig Anwendung. Sie dominiert

in den Kantonen AG, BE, SO, TG und ZG. Dabei wurden die Aktiengesellschaften häufig erst in den vergangenen Jahren geschaffen. Vielfach handelt es sich um öffentliche Spitäler, die im Rahmen von Spitalreformen in Aktiengesellschaften überführt wurden, um ihnen eine grössere formelle Autonomie einzuräumen. Nicht selten gibt es allerdings Opposition gegen solche formelle Privatisierungen, weil bei der Aktiengesellschaft eine stärkere Gewinnorientierung vermutet wird. Im Kanton AG wurden die Kantonsspitäler Baden und Aarau im Jahr 2004 in Aktiengesellschaften überführt, zuvor waren sie unselbständig öffentlich-rechtliche Anstalten. Opposition gegen die Form der Aktiengesellschaft kam insbesondere aus dem linken politischen Lager. Die Sozialdemokratische Partei des Kantons AG argumentierte, dass eine Entflechtung sowie neue Führungsstrukturen mit höherer unternehmerischer Freiheit zwar nötig seien. Wegen der «allzu stark ökonomischen» Orientierung der Aktiengesellschaft bevorzuge die Partei allerdings die Form der selbständigen Anstalt.<sup>3</sup> Obschon die Aargauer Kantonsspitäler heute Aktiengesellschaften sind, handelt es sich nicht um gewinnorientierte Unternehmen. In den Statuten des Kantonsspitals Baden wird eine «gemeinnützige Zweckbestimmung<sup>4</sup>» festgehalten. Für das Jahr 2006 lieferte das Spital Dividenden im Umfang von nur gerade 390 000 Franken an die Staatskasse ab. Daneben

werden im Kanton AG auch die Spitäler Leuggern und Menziken (Asana-Gruppe), Zofingen sowie die Klinik Barmelweid als Aktiengesellschaft betrieben. Alle Spitalgesellschaften sind aus Vereinen hervorgegangen. Die Asana-Gruppe ging im Jahr 2002 aus den beiden Spitalvereinen Leuggern und Menziken hervor. Das Spital Zofingen wird seit Anfang 2006 durch die Aktiengesellschaft betrieben. Der Spitalverein, der zuvor das Spital operativ geführt hat, ist heute der Eigner der Aktiengesellschaft. Ebenfalls bei der Klinik Barmelweid ist ein Verein alleiniger Aktionär der Spital AG.

Auch im Kanton BE werden heute die vormaligen Bezirks-, Regional- und Zwecksverbandsspitäler als Aktiengesellschaften geführt. Im Rahmen eines Konsolidierungsprozesses wurden sie per Anfang 2007 in neue Spitalträgerschaften (regionale Spitalzentren) integriert, die ihrerseits als Aktiengesellschaften ausgestaltet sind. Keine rechtlichen Veränderungen verlangte das Berner Spitalversorgungsgesetz für das Inselspital – das bereits seit dem 14. Jahrhundert existiert – sowie für Psychiatriekliniken und Spezialkliniken. Im Kanton SO existiert die Spital-Aktiengesellschaft seit Anfang 2006. Die Gesellschaft bildet eine Spitalgruppe mit fünf Allgemeinspitalern (Bürgerspital Solothurn, Kantonsspital Olten, Grenchen, Höhenklinik, Dornach) sowie einem

Psychiatrischen Dienst. Zuvor wurden die Spitäler separat geführt, wobei es sich um Stiftungen sowie unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalten handelte. Die Homepage des Spitals weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich um eine «gemeinnutzige Aktiengesellschaft» handelt. Nichtsdestoweniger heisst es im ersten Geschäftsbereich,<sup>5</sup> das Ziel der Neupositionierung sei auch «ein Gewinn an Marktanteilen». Der 2006 ausgewiesene Jahresgewinn von rund 2,6 Millionen Franken wurde zur Verstärkung der Eigenkapitalbasis verwendet.

Bereits längere Erfahrung mit der Aktiengesellschaft haben die Kantone ZG und TG. In ZG wurde die Zuger Kantonsspital AG im Jahr 1999 geschaffen. Die Spital Thurgau AG existiert seit dem Jahr 2000. Dabei wurden die Spitäler Münsterlingen, Frauenfeld sowie die Psychiatrischen Dienste Thurgau und die Rehabilitations-Klinik St. Katharinental unter einem Rechtsdach zusammengefasst. Zuvor waren die Spitäler als sogenannte Regieunternehmen Teil der öffentlichen Verwaltung. Die Homepage der Spital Thurgau AG weist ausdrücklich darauf hin, dass die rechtliche Verselbständigung keine Privatisierung sei und der Shareholder Value daher nicht im Vordergrund stehe.<sup>6</sup>

### Zweckverbände und Stiftungen auf Gemeindeebene

Das Modell des Zweckverbandes findet sich besonders häufig im Kanton ZH. Sechs Spitäler im Kanton werden im Rahmen eines Zweckverbandes betrieben. In der Regel handelt es sich um Spitäler, die im Eigentum von mehreren Gemeinden sind. Dazu gehören das Bezirksspital Affoltern a.A., das Spital Bülach, das Kreisspital Männedorf, das Spital Limmattal, das Spital Uster sowie die Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (Spital Wetzikon). Eine zweckverbandsahnliche Organisation gibt es auch im Kanton VD. Das Hôpital Intercantonal de la Broye, welches Betriebe an den beiden Standorten Estavayer-le-Lac FR und Payerne VD unterhält, wird auf Basis einer interkantonalen Vereinbarung von Gemeinde-Zweckverbänden in beiden Kantonen getragen.<sup>7</sup>

Öffentlich-rechtliche Stiftungen finden sich insbesondere im Kanton GR. Dabei sind die Trägerschaften in der Regel die Gemeinden. Die Spitäler Chur mit dem Kantonsspital Chur, dem Kreuzspital sowie dem Frauenspital Fontana sind dagegen als Aktiengesellschaft organisiert. Hauptaktionärin der Spitäler Chur AG ist ihrerseits eine Stiftung, die Stiftung Kantonsspital Graubünden. Diese ist aus der Fusion des Rätischen

Kantonsspitals Chur mit der Stiftung Kreuzspital Chur sowie durch Vermögensübertragung des Kantonalen Frauenspitals Fontana vom Kanton Graubünden an die neue Stiftung entstanden.

Privatrechtliche Stiftungen bzw. Vereine mit privater Trägerschaft dominieren einzig die Spitallandschaft in ZH und SZ. In ZH sind es vor allem als Stiftungen organisierte Spezialkliniken. Im Kanton SZ sind es dagegen zwei Allgemeinspitäler, nämlich Schwyz (Verein) und Einsiedeln (privatrechtliche Stiftung). Die Form der privatrechtlichen Vereine mit öffentlicher Trägerschaft findet sich dagegen häufig im Kanton VD.

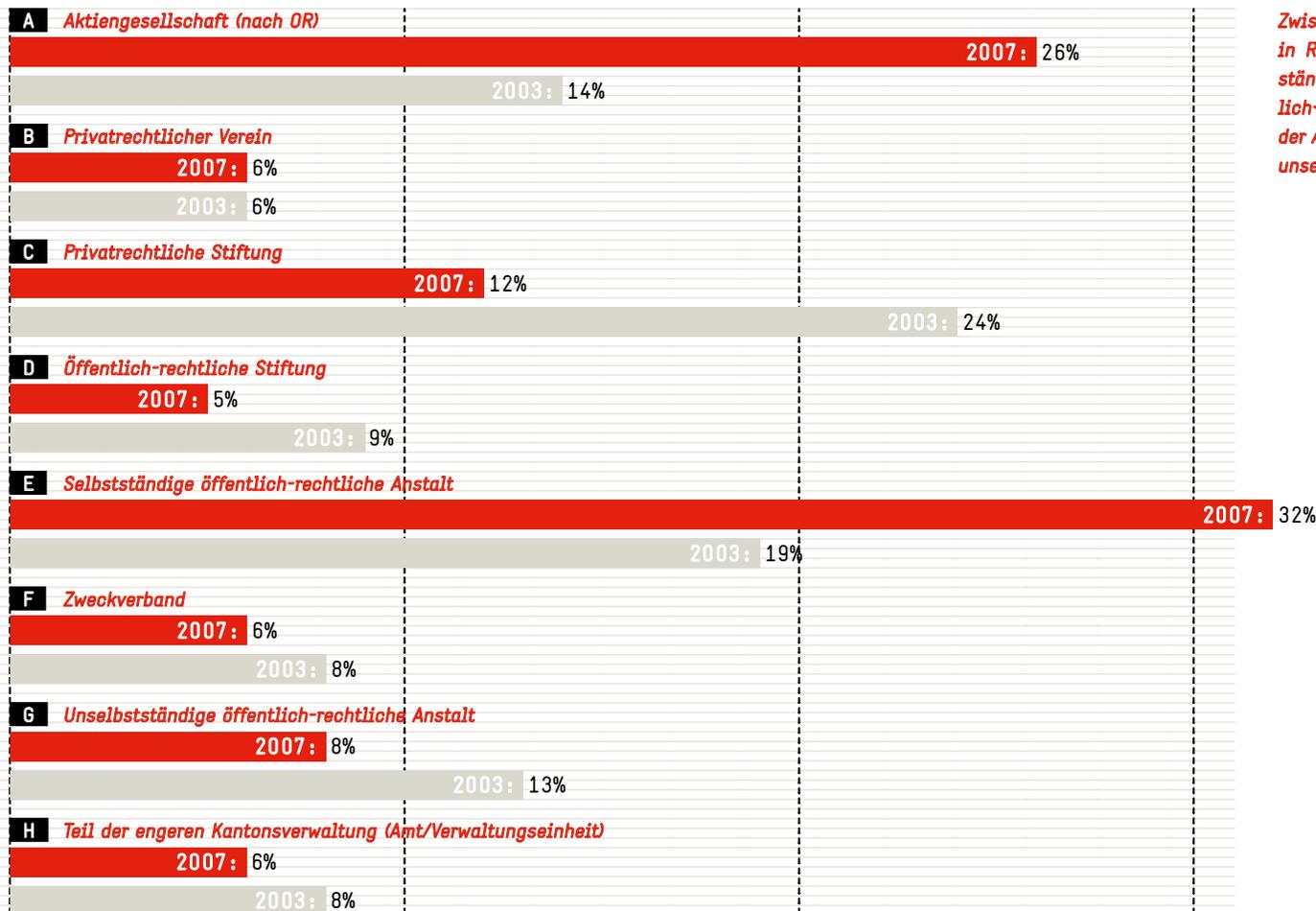
#### **Abnehmende Bedeutung von unselbständigen Anstalten und Ämtern**

Die unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt dominiert vor allem in kleineren, eher ländlicheren Kantonen wie AI (Kantonales Spital und Pflegeheim), AR (Spitalverbund mit den Spitälern Heiden und Herisau), GL (Kantonsspital) und OW (Kantonsspital), welche lediglich ein oder zwei kleinere Allgemeinspitäler führen. Daneben werden auch die Spitäler im Kanton LU noch als unselbständige Anstalten betrieben. Nach der

Annahme des neuen Spitalgesetzes am 26. November 2006 werden das Kantonsspital sowie das Spital Sursee-Wohlhusen allerdings per Anfang 2008 in eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt überführt. Opposition gegen die Verselbständigung des Kantonsspitals kam im Vorfeld der Abstimmung auch in Luzern insbesondere von den Linksparteien.

Das Modell des Spitalbetriebs als Verwaltungseinheit innerhalb der öffentlichen Verwaltung – analog einem Amt – findet heute nur noch bei rund 6 Prozent der untersuchten Spitalbetriebe Anwendung. Das Modell dominiert einzig im Kanton BL.<sup>8</sup> Dabei handelt es sich um die drei Kantonsspitäler Bruderholz, Liestal und Laufen. Im Kanton ZH werden heute noch zwei Spitäler in dieser Form gesteuert, nämlich die Zürcher Stadtspitäler Triemli und Waid. Ansonsten findet sich das Modell eines «Amtes» je einmal noch in den Kantonen BS (Universitätsspital Basel) und VD (Universitätsspital CHUV in Lausanne).

## Rechtsformen im Überblick: Trend zur selbständigen Anstalt und zur Aktiengesellschaft



Zwischen 2003 und 2007 zeigt sich ein relativ deutlicher Trend in Richtung der Schaffung einer höheren rechtlichen Selbständigkeit. Spitäler werden vermehrt als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten und Aktiengesellschaften geführt, der Anteil an Spitalern in der öffentlichen Verwaltung bzw. als unselbständige Anstalt wurde dagegen geringer.

### Grundlagen und Analysefokus

Bei der Privatisierung von Spitälern können grundsätzlich zwei Arten unterschieden werden: die echte sowie die organisatorische Privatisierung. Im ersten Fall gibt der Staat eine Aufgabe auf und überlässt diese einem Privaten. Das Spital geht dann auch in das Eigentum eines privaten Investors über. Beispielsweise wurden im Kanton ZH Bezirksspitäler von der Spitalliste gestrichen und neu als private Pflegeheime oder Kliniken geführt. Dazu gehört beispielsweise die psychiatrische Klinik Hohenegg in Meilen. Trotz Wegfall der öffentlichen Subventionierung konnte sich die Klinik erfolgreich im Markt behaupten. Bei einer organisatorischen Privatisierung wird die Aufgabe weiterhin als staatlich betrachtet, allerdings wird zur Aufgabenerfüllung eine privatrechtliche Organisationsform verwendet (vgl. POLEDNA 2006).

Solange der Staat als alleiniger Aktionär eines privatrechtlichen Spitals auftritt, kann nicht von einer echten Privatisierung gesprochen werden. Sobald er jedoch ein Minderheits- oder gar Mehrheitsaktienpaket an Private abtritt, geht mit der rechtlichen auch eine tatsächliche Privatisierung einher. Abhängig von seinem Anteil am Aktienkapital kann der Staat jedoch weiterhin die Interessen von Politik und/oder Verwaltung wahrnehmen. Hierzu kann er an der Generalversammlung teilneh-

men und von seinem Stimmrecht Gebrauch machen oder er kann Vertreter in den Verwaltungsrat entsenden. Allerdings kann sich der Staat auch bei einer substantiellen Beteiligung explizite Selbstbeschränkungen auferlegen, indem er Vertreter von Politik und Behörden vom Verwaltungsrat ausschliesst. Dennoch ist der Anteil des privaten Eigentums grundsätzlich ein guter Indikator für die Unabhängigkeit eines Spitals von der kantonalen Politik. Im Rahmen der Analyse wurde daher festgestellt, ob und in welchem Ausmass die Spitäler in privatem Eigentum sind.

### Fest in öffentlicher Hand

Ein Blick auf die Eigentumsstrukturen zeigt klare Verhältnisse: Rund 80 Prozent der analysierten Spitäler sind im alleinigen Eigentum der öffentlichen Hand. Werden nur die Allgemeinspitäler betrachtet, erhöht sich der Anteil sogar auf 85 Prozent. Trotz des hohen Grades an gesellschaftsrechtlicher Autonomie ist also das Ausmass der echten Privatisierung bescheiden. Bei der Mehrzahl der privaten Spitäler handelt es sich um Stiftungen und Vereine. Nennenswerte private Beteiligungen an rechtlich verselbständigten öffentlichen Spitalern gibt es dagegen nicht. Kantone, Bezirke und Gemeinden wagen zwar den Schritt zur Aktiengesellschaft, private Beteili-

gungen werden dagegen nicht zugelassen – obschon es das Gesetz in vielen Fällen erlauben würde

Private Trägerschaften dominieren einzig im Kanton SZ mit den beiden Spitätern Einsiedeln (im Eigentum der Stiftung Maria zum Finstern Wald) sowie Schwyz (im Eigentum eines privaten Vereins, der Krankenhausgesellschaft Schwyz). Im Kanton BS ist das Verhältnis zwischen privaten und öffentlichen Spitätern ausgeglichen – bei den reinen Privatspitälern handelt es sich um das St.-Clara-Spital (Aktiengesellschaft), das Bethesda-Spital (Verein) sowie das Merian-Iselin-Spital (Stiftung), welches im Rahmen der vorliegenden Untersuchung allerdings nicht erfasst wurde. Vollständig private Spitäler, die auf den Spitallisten aufgeführt und damit subventionsberechtigt sind, existieren ausserdem in den Kantonen AG, BE, NE, SG, VD und ZH. Dabei zeigt sich, dass bei den Spitätern, die nicht im öffentlichen Eigentum sind, vor allem die Rechtsformen des privatrechtlichen Vereins und der privatrechtlichen Stiftung dominieren. So ist beispielsweise das Inselspital in Bern eine privatrechtliche Stiftung mit privater Trägerschaft. Nur gerade vier private Spitäler sind Aktiengesellschaften – nämlich die Kliniken Barmelweid und Zofingen (beide im Kanton AG) sowie das St.-Clara-Spital (BS) und die Groupe hospitalier de l'ouest lémanique (VD).

### Gemischte Trägerschaften sind selten

Eher selten sind dagegen gemischte Eigentumsverhältnisse im Sinne von Public Private Partnerships (PPP). So ist beispielsweise im Kanton ZG eine Stiftung mit 5 Prozent am Aktienkapital der Zuger Kantonsspital AG beteiligt. PPP können sich auch dadurch ergeben, dass bei Spitalvereinen neben privaten Personen Gemeindefreimitglieder sein können. Eine solche PPP findet sich beispielsweise im Kanton AG. So liegt nach Schätzung des Spitaldirektors Menziken der private Eigentumsanteil am Spital Menziken und Leuggern (Asana-Gruppe, organisiert als Aktiengesellschaft) bei rund 95 Prozent. Eigentümer der Asana-Gruppe sind zwei Spitalvereine, die ihrerseits 24 Gemeinden des Bezirks Zurzach sowie schätzungsweise rund 700 Privatpersonen repräsentieren. Das Hôpital du Pays d'Enhaut (VD) ist ebenfalls als Verein organisiert, neben den Gemeinden sind auch Privatpersonen Mitglieder. Am Regionalen Spitalzentrum Biel, das 2007 zur Aktiengesellschaft wurde, war die private Stiftung Wildermet bis Ende 2006 mit 20 Prozent beteiligt. Nach Kapitalerhöhungen sank der Stiftungsanteil auf heute weniger als 1 Prozent.

### Private Aktionäre fehlen – obschon im Gesetz zugelassen

Die tatsächlichen Eigentumsverhältnisse in den Kantonen kontrastieren mit den gesetzlichen Möglichkeiten. In verschiedenen Kantonen sieht das Gesetz explizit die Möglichkeit privater Beteiligungen vor – allerdings mit Einschränkungen. Bei der Spital Thurgau AG schreibt das Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten (Art. 3) vor, dass der Kanton die «kapital- und stimmenmässige Mehrheit» haben muss. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf zudem der Zustimmung des Grossen Rates. Im Kanton Solothurn schränkt das Spitalgesetz (Art. 17) die Beteiligung privater Investoren noch deutlicher ein. Danach muss der Kanton mindestens 67 Prozent des Aktienkapitals und der Stimmen der Solothurner Spitäler AG halten.

Und bei den Kantonsspitalern im Kanton AG gilt gemäss dem Spitalgesetz (Art. 11), dass der Kanton über mindestens 70 Prozent des Aktienkapitals und der Aktienstimmen der Spitalaktiengesellschaften Baden und Aarau verfügen muss. Ebenfalls bedarf die Übertragung von Aktien an Dritte der Zustimmung durch den Grossen Rat. Alle genannten Spitäler sind heute aber in vollständigem Staatseigentum.

Im Kanton BE erfolgte mit der Schaffung der Regionalen Spitalzentren und deren Überführung in Aktiengesellschaften auch eine Zentralisierung des Spitaleigentums. Mit der Konsolidierung gingen im Jahr 2007 die Bezirks- und Regionalspitäler von den Gemeinden/Spitalverbänden an den Kanton über. Mit Ausnahme des Spitalzentrums Biel (vgl. oben) sind alle Zentren heute in ausschliesslichem Staatseigentum. In seiner Eigentumsstrategie<sup>9</sup> definiert der Kanton BE, dass die kantonal getragenen Spitalzentren «finanzielle Werte» darstellen und dass diese Werte auch desinvestiert werden können, sofern sich Interessenten anbieten. Allerdings wird eingeschränkt, dass der Kanton dabei eine qualifizierte Mehrheit von  $66\frac{2}{3}$  Prozent behalten muss.

## Eigentum und Rechtsform: Formelle Autonomie mit staatlichem Eigentum

## Zentrumsversorgung

	Staatsbeteiligung				
	100%	>50%	<50%	0%	
A	7	1	■	■	8
B	■	■	■	■	■
C	■	■	■	1	1
D	■	■	■	■	■
E	11	■	■	■	11
F	■	■	■	■	■
G	1	■	■	■	1
H	6	■	■	■	6
	25	1	■	1	27

## Gesellschaftsform:

- A** Aktiengesellschaft (nach OR)
- B** Privatrechtlicher Verein
- C** Privatrechtliche Stiftung
- D** Öffentlich-rechtliche Stiftung
- E** Selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt
- F** Zweckverband
- G** Unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt
- H** Teil der engeren Kantonsverwaltung (Amt/Verwaltungseinheit)

## Grundversorgung

	Staatsbeteiligung				
	100%	>50%	<50%	0%	
A	16	1	2	3	22
B	3	■	1	3	7
C	4	■	■	5	9
D	5	■	■	■	5
E	27	■	■	■	27
F	7	■	■	■	7
G	9	■	■	■	9
H	1	■	■	■	1
	72	1	3	11	87

## Staatsbeteiligung:

- 100%: Kanton/Gemeinde(n)/Bezirk(e) als alleinige Eigner
- >50%: Kanton/Gemeinde(n)/Bezirk(e) als Mehrheitseigner
- <50%: Kanton/Gemeinde(n)/Bezirk(e) als Minderheitseigner
- 0%: Private Eigentümerschaft

## Spezialkliniken

	Staatsbeteiligung				
	100%	>50%	<50%	0%	
A	1	■	■	1	2
B	■	■	■	1	1
C	■	■	■	5	5
D	1	■	■	■	1
E	2	■	■	■	2
F	■	■	■	■	■
G	■	■	■	■	■
H	■	■	■	■	■
	4	■	■	7	11

## Gesamt

	Staatsbeteiligung				
	100%	>50%	<50%	0%	
A	24	2	2	4	32
B	3	■	1	4	8
C	4	■	■	11	15
D	6	■	■	■	6
E	40	■	■	■	40
F	7	■	■	■	7
G	10	■	■	■	10
H	7	■	■	■	7
	101	2	3	19	125

Bei den Rechtsformen dominiert das Modell der selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt. Sehr häufig ist ausserdem die Aktiengesellschaft. Dabei handelt es sich insbesondere um rechtlich verselbständigte Kantonsspitäler. Private Spitäler sind dagegen nur in wenigen Fällen Aktiengesellschaften. Sie werden häufiger in der Form von Stiftungen und Vereinen betrieben. Trotz des Trends zur rechtlichen Verselbständigung bleiben die Spitäler in den meisten Kantonen im Eigentum der öffentlichen Hand. Hohe Anteile an Privateigentum finden sich in den Kantonen AG, SZ und BS. In der Mehrheit der Kantone sind alle öffentlichsubventionierten Akutspitäler vollständig im Eigentum der öffentlichen Hand. Bei der Differenzierung nach Spital-Typ zeigt sich, dass vor allem die Spitäler der Grundversorgung in öffentlicher Hand sind und wie die Spitäler der Zentrumsversorgung mehrheitlich als öffentlich-rechtliche Institutionen geführt werden. Spezialkliniken sind dagegen mehrheitlich in privatem Eigentum. Sie sind vor allem als privatrechtliche Stiftungen organisiert.

### Grundlagen und Analysefokus

Die betriebswirtschaftliche Unabhängigkeit kann zudem durch die Schaffung von Spitalgruppen gestärkt werden. Die organisatorische Zusammenlegung von Institutionen an unterschiedlichen Standorten reduziert die Anfälligkeit der Spitalführung für lokalpolitische Interessen. Ausserdem gibt sie der Spitalleitung zusätzliche strategische Handlungsmöglichkeiten. Kapazitäten und die Leistungsangebote der Spitäler können aufeinander abgestimmt werden, so dass eine Spezialisierung der einzelnen Spitäler möglich ist. Die Spezialisierung kann sowohl die Effizienz als auch die Qualität steigern. Mit der Spezialisierung gehen automatisch höhere Fallzahlen einher. Spezifisch angeschaffte Instrumente und Apparate können besser ausgelastet werden (Skaleneffekte). Die Erhöhung der Fallzahlen erlaubt ausserdem die Akkumulation von spezifischem Know-how. Je häufiger ein spezifischer Eingriff ist, desto geringer die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen. Tatsächlich zeigen Zahlen aus den USA, dass beispielsweise die Sterblichkeit von Patienten in den ersten 30 Tagen nach einem operativen Eingriff wegen Bauchspeicheldrüsenkrebs zwischen 4 und 16 Prozent variiert (vgl. BIRKMEYER et al. 2002). Sie ist in jenen Spitälern am geringsten, die am meisten Eingriffe vornehmen – diese verfügen über die nötige Routine für den Eingriff.

Kleine, wenig spezialisierte Spitäler weisen dagegen statistisch gesehen geringere Fallzahlen auf, ihre objektive Qualität ist tendenziell niedriger.

Darüber hinaus können in einer Spitalgruppe aber auch Synergien in den Supportbereichen zwischen den Spitälern genutzt werden – beispielsweise über sogenannte Shared Service Centers. Leistungen, die sich zunehmend zentral erbringen lassen, betreffen insbesondere zentrale Dienste (Finanz- und Rechnungswesen, Personal usw.), Informatik, Labor, Wäscherei, Lager, Einkauf. Daneben ist eine weitergehende Kooperation in den Bereichen Radiologie, Gutachtenzentrum oder Ambulatorium möglich.

Der Zusammenschluss von einzelnen Spitälern in einer Gruppe ermöglicht ausserdem systematische interne Effizienz- und Qualitätsvergleiche. Sind in einem Teilbetrieb die Kosten deutlich höher oder die Komplikationen häufiger als in einem anderen, muss sich die Spitalleitung Gedanken darüber machen, ob das Leistungsspektrum im ineffizienteren Spital eingeschränkt wird (vgl. auch BOOS und ZEHNDER 2007).

Damit eine Spitalgruppe von den oben dargestellten Synergieeffekten profitieren kann, muss deren Führungsorgan auch über die nötigen Kompetenzen bzw. eine ausreichende Autonomie für die Umsetzung von Strukturveränderungen verfügen. Wird die Gruppen-

leitung als eher loses Organ im Sinne einer «aufgestülpten Finanzholding» gestaltet, dürfte es in der Praxis schwierig sein, solche Veränderungen durchzusetzen. Ein solcher Prozess setzt vielmehr eine zentral und straff geführte Organisation voraus (vgl. KOHLER 2006). Im Rahmen der Analyse wurde daher nicht nur festgestellt, ob die betrachteten Spitäler einer grösseren Spitalgruppe angehören. Zur Untersuchung möglicher Strukturveränderungen werden auch die Leistungsportfolios von unabhängigen Spitälern mit jenen in einer Spitalgruppe verglichen – gemäss den obigen Thesen müssten Spitäler in einer Spitalgruppe zu einer stärkeren Leistungsspezialisierung tendieren.

Den dargestellten Synergiegewinnen kann allerdings ein potenzieller Nachteil durch die Schaffung eines Monopols entgegenstehen. Führt eine Gruppenbildung dazu, dass lediglich eine Spitalunternehmung pro Kanton existiert, entfällt jeder Wettbewerb im Bereich der Allgemeinversicherten. Zwar können Grössenvorteile genutzt werden, allerdings entfallen Anreize, effizientere und bessere Leistungen als die Konkurrenz zu erbringen. Dieses Argument entfällt, sobald den Allgemeinversicherten die freie Spitalwahl über die Kantongrenzen hinweg eingeräumt wird.

### Prozess der Konsolidierung bei Grundversorgungsspitälern

In den vergangenen Jahren kam es in der Schweizer Spitallandschaft vermehrt zu einer Konsolidierung. Im Rahmen von organisatorischen Zusammenschlüssen wurden Spitäler zwar nicht geschlossen, jedoch unter einer Spitalgruppe mit einer einzigen Rechtsperson zusammengefasst. Dabei zeigt sich eine Tendenz zu einer Art «Monopolisierung». Das heisst, pro Kanton tritt vielfach nur noch eine Rechtsperson (die Spitalgruppe) als subventioniertes somatisches Akutspital auf. Gleichzeitig gibt es Anzeichen dafür, dass innerhalb dieser Spitalgruppen eine gewisse Spezialisierung stattfindet.

Die umfassendste Spitalgruppe wurde im Kanton VS geschaffen. Das Gesundheitsnetz Wallis wurde im Jahr 2004 gegründet. Es umfasst die drei Spitalzentren Ober- und Mittelwallis sowie Chablais mit insgesamt zehn Institutionen. Daneben haben vor allem die Kantone TI, NE, SO und FR grössere Spitalgruppen geschaffen. Im Kanton TI entstand das Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) im Jahr 2000. Angeschlossen sind sechs Spitäler sowie eine Rehabilitationsklinik. In NE wurden im Jahr 2006 sieben Spitäler im Hôpital Neuchâtelois vereint. Und in SO wurden im selben Jahr drei Stiftungsspitäler (Bürgerhospital Solothurn, Höhenklinik, Grenchen)

und drei unselbständige Anstalten (davon eine psychiatrische Klinik) in der Solothurner Spitäler AG zusammengefasst. Im Kanton FR wurden per Anfang 2007 sechs Anstalten unter einem Dach zusammengefasst. Dazu gehören das Kantonsspital, das Hôpital de la Gruyère, das Spital des Sensebezirks, das Bezirksspital Meyriez sowie die beiden Standorte Billens und Châtel-Saint-Denis. Durch die Konsolidierung sind die Spitalgruppen in den Kantonen VS, TI, SO und FR jeweils die einzigen öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten somatischen Akutspitäler. Im Kanton NE gibt es noch das Hôpital de la Providence.

Mit dem neuen Spitalversorgungsgesetz entstanden im Kanton BE per Anfang 2007 insgesamt sechs Spitalzentren, die in der Regel mehrere Spitäler zusammenfassen. Das Regionale Spitalzentrum Bern ist das grösste Zentrum und umfasst heute die Spitäler Tiefenau, Ziegler, Aarberg, Belp, Münsingen und Rigisberg. Weitere Spitalgruppen existieren daneben in den Kantonen AG, AR, JU, SG, TG, GR und VD. Im Kanton LU entsteht ab Anfang 2008 mit dem Kantonsspital und Sursee-Wolhusen eine kleinere Spitalgruppe.

#### Leichte Tendenz zur Spezialisierung

Hohe Kosten waren bei der Bildung von Spitalgruppen nicht unbedingt die zentrale Motivation. Ein Blick auf die Betriebskosten pro Hospitalisationstag (vgl. Seite 14) zeigt, dass es sich bei den oben beschriebenen Kantonen keineswegs um jene mit den höchsten Kosten handelt. Eine Konsolidierung der Spitallandschaft fand vor allem in Kantonen mit einer grossen Anzahl regionaler oder lokaler Grundversorgungsspitäler statt. Dabei dürfte nicht zuletzt das Potenzial von Qualitätssteigerungen durch eine vermehrte Spezialisierung eine wichtige Rolle gespielt haben.

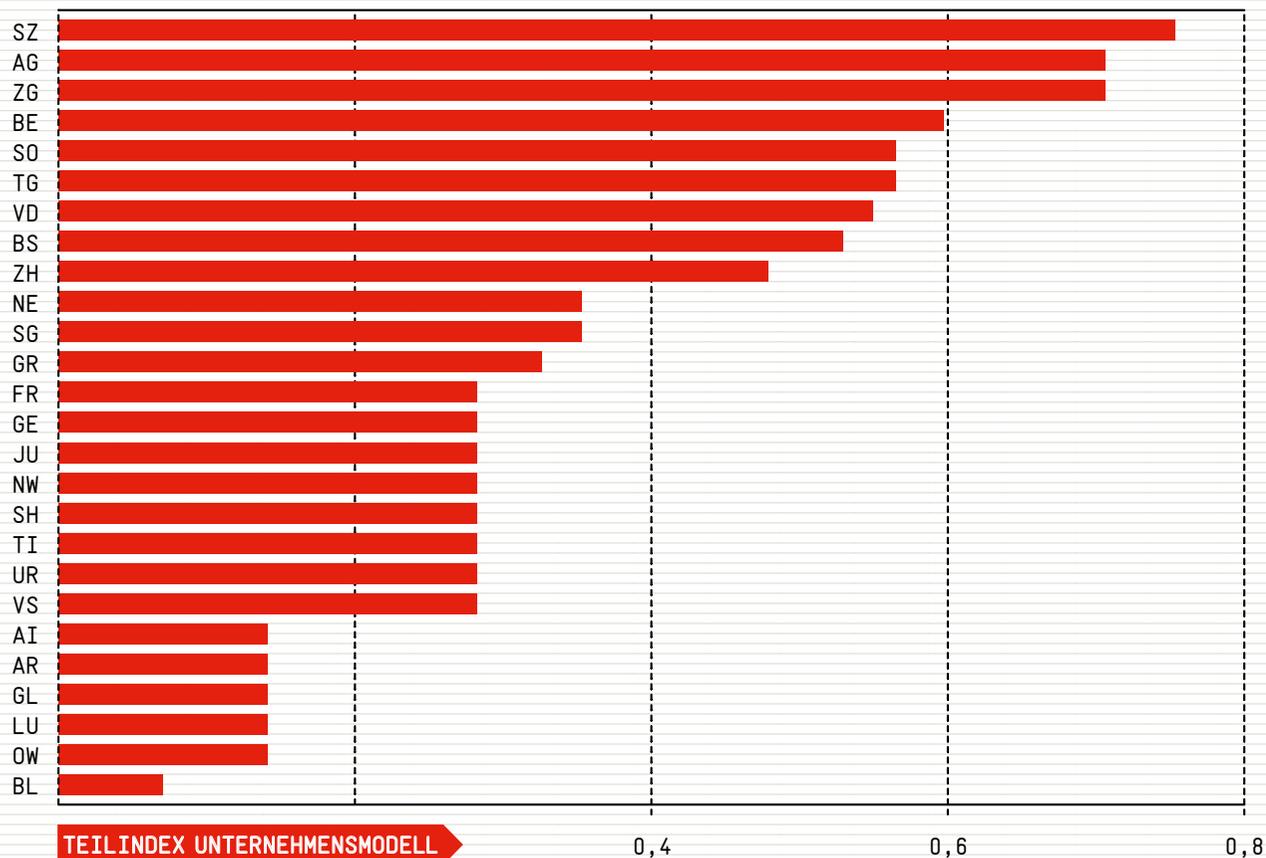
Eine Auswertung der vorliegenden Daten zeigt, dass Spitäler, die einer grösseren Spitalgruppe angehören, im Durchschnitt ein etwas geringeres Leistungsspektrum aufweisen. Dabei wurde das Leistungsspektrum als die Zahl angebotener medizinischer Fachgebiete<sup>10</sup> gemessen (gemäss Definition Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik). Dass die Tendenz zur Spezialisierung in einer Spitalgruppe noch schwach ausgeprägt ist, kann mit mehreren Faktoren zusammenhängen. Die Spitäler fokussieren möglicherweise eher auf die Synergiegewinnung in den Supportprozessen ausserhalb der medizinischen Leistungen. Zudem befinden sich die Spitalgruppen teilweise noch in einem frühen

Stadium der strategischen Neuausrichtung. Möglich ist aber auch, dass die Spitäler einer Gruppe sehr autonom agieren, während die Spitalgruppe eher im Sinne einer Finanz-Holding-Gesellschaft betrieben wird, die sich aus den strategischen und operativen Belangen der Spitäler heraushält. Allerdings ist auch denkbar, dass Leistungsveränderungen, die eine Spezialisierung mit sich bringt, aus politischen Gründen unerwünscht sind – gerade bei Regionalspitälern.

Spitalgruppen: Geringe Konsolidierung im Leistungsspektrum



## Unternehmensmodell: Privatisierung schafft Unabhängigkeit



Vor allem die Kantone SZ, AG und ZG weisen beim Teilindex «Unternehmensmodell», der Rechtsform und Eigentumsstruktur abbildet, einen relativ hohen Wert aus. Im Kanton SZ ist dies vor allem auf den hohen Anteil (zwei von drei) an Privatspitälern zurückzuführen. Das einzige öffentliche Spital ist zudem als Aktiengesellschaft geführt. Im Kanton ZG ist das Kantonsspital eine Aktiengesellschaft, an welcher zudem eine geringe private Beteiligung besteht. Der Kanton AG weist aufgrund des hohen Anteils Aktiengesellschaften sowie zweier Privatspitäler einen relativ hohen Indexwert auf. Gering ist dagegen der Index in den Kantonen BL, OW, LU, GL, AR und AI. Es sind Kantone, in denen das Modell des Spitals als Teil der öffentlichen Verwaltung bzw. als unselbständige Anstalt dominiert.

**Teilindex «Unternehmensmodell»****Analysierte Governance-Variablen:**

- Rechtsform des Spitals
- Eigentümerschaft des Spitals

### Grundlagen und Analysefokus

Zur Charakterisierung der strategischen Führung der Spitäler gilt es in erster Linie, Indikatoren dafür zu finden, in welchem Ausmass die Politik weiterhin Einfluss auf strategische Entscheidungen nehmen kann. Diesen Einfluss kann sie natürlich am direktesten geltend machen, wenn sie die strategische Führung selber wahrnimmt. Das heisst, wenn beispielsweise der Regierungsrat selber als strategisches Führungsorgan waltet. Als gewählte Instanzen werden Regierungsräte dazu neigen, auch in der Spitalführungsfunktion politische Interessen wahrzunehmen. Unpopuläre Massnahmen wie Betriebsschliessungen, Personal- oder Bettenabbau werden daher vermieden. Grösser wird der Spielraum, wenn ein eigenständiges Führungsgremium (z.B. Verwaltungsrat, Spitalrat) eingesetzt wird. Dabei allerdings spielt die Unabhängigkeit der Personen im Verwaltungs- bzw. Spitalrat eine entscheidende Rolle. Entsprechend gilt es zu klären, wie das Gremium in der Praxis zusammengesetzt ist. Im Rahmen der Analyse wird eine Gruppierung gemäss der nebenstehenden Grafik vorgenommen.

Die Unabhängigkeit eines Verwaltungs-, Spital- oder Stiftungsrates wird in der Praxis relativiert, wenn ein oder mehrere Mitglieder des Gremiums Vertreter der öffentlichen Hand sein müssen. Handelt es sich dabei um

### Ausgestaltung des strategischen Führungsorgans: Unabhängigkeit der Mitglieder



Mitglieder des Regierungsrates, ist die Einschränkung am deutlichsten. Die politisch motivierte Einflussnahme dürfte geringer sein, wenn es sich beim Kantonsvertreter lediglich um einen Mitarbeiter der kantonalen Verwaltung handelt, beispielsweise aus dem Spitalamt.

Schliesslich ist zu klären, ob und in welchem Ausmass dieses Führungsorgan über die nötigen Kompetenzen verfügt, um strategisch wichtige Entscheidungen zu treffen. Als strategisch wichtig gelten insbesondere Entscheidungen in Bezug auf das Eingehen von Joint Ventures, Outsourcing oder Unternehmensbeteiligungen (beispielsweise in Bereichen wie Wäscherei, Reinigung, Labor, Radiologie, Hotellerie/Verpflegung, Informatik, Gutachtenzentrum) – wobei die Unternehmensbeteiligung in diesem Zusammenhang als Grundlage für das Eingehen einer engen und längerfristigen Zusammenarbeit interpretiert werden kann (strategische Allianz). Weil in diesen Fällen potenziell auch Arbeitsplätze tangiert werden, sind mit den Entscheidungen meist politische Interessen verbunden.

#### Trend zum unabhängigen Spitalrat

Die grosse Mehrheit aller Schweizer Spitäler verfügt

über einen eigenständigen Verwaltungs- bzw. Spitalrat oder gegebenenfalls einen Stiftungsrat. Nur wenige dieser Gremien werden vorwiegend durch Politiker oder Behördenvertreter besetzt. Lediglich rund 13 Prozent der betrachteten Spitäler werden auf strategischer Ebene noch direkt durch eine politische Behörde wie den Regierungsrat, Bezirks- oder Gemeinderat gesteuert.

Die tatsächliche Unabhängigkeit eines Verwaltungs-, Spital- oder Stiftungsrates von der kantonalen Verwaltung bzw. der kantonalen Politik wird eingeschränkt, wenn in diesem Organ Mitglieder des Regierungsrates vertreten sein müssen. Ein Blick in die Gesetzgebung zeigt, dass lediglich in den Kantonen BL,<sup>1</sup> FR, GE, SG, SH und TI ein Regierungsrat im strategischen Führungsorgan der Kantonsspitäler Einsitz nehmen muss. Auffallend ist, dass dieses Modell vor allem im Falle von Spitalgruppen Anwendung findet. Im Kanton FR, wo das Kantonsspital sechs Institutionen in einer Gruppe zusammenfasst, sind im Verwaltungsrat elf Personen, davon sind zwei Regierungsräte – laut Gesetz muss es mindestens einer sein. Als im Kanton SG 2003 die vier Spitalregionen (Spitalgruppen) geschaffen wurden, entstanden vier unabhängige Verwaltungsräte, in denen kein Regierungsrat zwingend vertreten musste. Nach politisch heiklen Diskussionen über mögliche Spital-

schliessungen beschloss der Kanton per Anfang 2006, einen einzigen Verwaltungsrat für alle Spitalregionen einzusetzen. Dieser umfasst neun Mitglieder – davon muss mindestens ein Mitglied Regierungsrat sein. Auch bei den Spitälern ausserhalb der Spitalregionen nimmt der Kanton Einfluss, selbst wenn dies im Gesetz nicht explizit vorgeschrieben ist. Im Ostschweizer Kinderspital ist die Regierungsrätin (Vorsteherin des Gesundheitsdepartements) im Stiftungsrat vertreten. Auch im Kanton TI, wo die Spitalgruppe Ente Ospedaliero Cantonale als selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt konstituiert ist, muss mindestens ein Regierungsrat im obersten Gremium vertreten sein. Andere Spitalgruppen, z.B. in den Kantonen VS, SO oder TG, verlangen dagegen nicht explizit die Einsitznahme eines Regierungsrates. In den Kantonen mit einem historisch hohen Anteil an gemeindeeigenen Spitälern (wie z.B. GR, VD und ZH) gibt es entsprechend keine Kantonsvertreter in den Spitalräten. In den Kantonen NE und BE sitzen auch nach der Konsolidierung der Spitallandschaft keine Kantonsvertreter in den Spitalräten. In NE sind derzeit noch zwei Gemeinderäte im Spitalrat des Hôpital neuchâtelois vertreten, was allerdings nach Ablauf ihrer Amtsperioden voraussichtlich nicht mehr der Fall sein wird. Im Kanton BE ist der Einsitz von Behördenvertretern bei den Regionalen Spitalzentren im

Rahmen der Spitalverordnung explizit eingeschränkt. Danach gilt, dass die Kantonsvertreter in den Verwaltungsräten nicht der kantonalen Verwaltung angehören dürfen.

Daneben gibt es Kantone, die von Gesetzes wegen vorschreiben, dass mindestens ein Behördenvertreter im strategischen Organ vertreten sein muss – wobei es sich nicht um ein Mitglied des Regierungsrates handeln muss. Zu diesen Kantonen gehören AG (mit den beiden Spitälern Baden und Aarau), AI und JU. In der Praxis allerdings können auch diese Kantone einen Regierungsrat als Behördenvertreter entsenden. Dies trifft zum Beispiel im Kanton AG zu, wo ein Regierungsrat im Verwaltungsrat der Spitäler Baden und Aarau Einsitz nimmt. Allerdings wird in AG die Funktion des Behördenvertreters eingeschränkt: dieser darf weder das Präsidium noch das Vizepräsidium oder das Amt des Delegierten übernehmen.

#### Unabhängige Experten in den Führungsgremien

Bei der Zusammensetzung des Verwaltungs- bzw. Spital- oder Stiftungsrates zeigt sich ein unterschiedliches Bild. Bei den meisten jener Spitäler, die strategisch durch

einen Verwaltungs-, Spital oder Stiftungsrat geführt werden, sind politisch unabhängige Persönlichkeiten in der Mehrheit. Mit anderen Worten: Die Spitäler werden auf strategischer Ebene weniger durch Vertreter der Politik oder der Verwaltung geführt als vielmehr durch Fachpersonen. Diese stammen zudem nicht unbedingt aus den Bereichen Medizin und Gesundheit. Üblicherweise weisen sich die Mitglieder der Verwaltungs- bzw. Spital- oder Stiftungsräte über einen diversifizierten fachlichen Hintergrund aus – was eine höhere Unabhängigkeit garantiert. Im Kanton ZG beispielsweise verfügt die Mehrheit der Personen im Verwaltungsrat über betriebswirtschaftliche Kompetenz. Weder der Regierungsrat noch die Verwaltung ist im Verwaltungsrat der 1999 geschaffenen Zuger Kantons- spital AG vertreten.

Nur gerade bei einem Sechstel der Spitäler sind die Mitglieder der Verwaltungs- bzw. Spital- und Stiftungsräte vorwiegend «Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen». Dabei handelt es sich insbesondere um die Spitäler in den Kantonen FR, NE, SG und SH. Im Kanton SH, wo die Spitäler Schaffhausen erst Anfang 2006 in eine selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt überführt wurden, besteht der Spitalrat aus einem Vertreter des Regierungsrates sowie ausschliesslich medizinischen

Fachkräften. In den Kantonen GR und TI dominiert dagegen die politische Besetzung der Verwaltungs- bzw. Spital- oder Stiftungsräte. Im Kanton TI ist der Verwaltungsrat vorwiegend aus Vertretern der Politik bzw. von Parteien zusammengesetzt. Die sieben Mitglieder werden vom Regierungsrat vorgeschlagen und vom Parlament genehmigt. Darunter dürfen keine medizinischen Fachpersonen sein.

#### Politische Gremien auf dem Rückzug

Lediglich in den Kantonen AR, BL, GL und LU wird heute die Mehrzahl der Spitäler (noch) direkt vom Regierungsrat geführt. Das ist wenig überraschend, weil diese Spitäler Teil der öffentlichen Verwaltung bzw. unselbständige Anstalten sind. Interessant ist, dass auch im Falle einer unselbständigen Anstalt ein eigenständiges Führungsorgan mit strategischen Kompetenzen geschaffen werden kann. Das kantonale Spital und Pflegeheim Appenzell (AI) ist heute eine unselbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts. Damit obliegt die Aufsicht über das Spital grundsätzlich dem Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements. Nach dem Appenzeller Spitalgesetz (Art. 4) wird diese Aufsicht allerdings eingeschränkt durch den Nachtrag «soweit

diese Aufgabe nicht einem anderen Organ übertragen wird». Tatsächlich verfügt das Spital über einen eigenständigen Spitalrat als oberstes Führungsorgan. Darin vertreten sind eine externe Fachperson, der Spitaldirektor, ein Vertreter des Gesundheits- und Sozialdepartements, ein Vertreter des Finanzdepartements sowie ein Vertreter der Ärzteschaft. Das Kantonsspital Obwalden ist ein weiteres Beispiel einer unselbständigen Anstalt, die über ein eigenständiges Gremium mit Geschäftsführungskompetenzen verfügt (Aufsichtskommission). Nicht in allen Fällen handelt es sich bei Gremien mit der Bezeichnung «Spitalrat» um ein eigentliches Führungsorgan. Im Kanton AR (Spitalverbund) ist der Spitalrat eher ein beratendes Organ für den Regierungsrat.

### Hohe Kompetenzen bei Joint Ventures und Outsourcing

Unterschiede gibt es allerdings nicht nur bei der personellen Ausgestaltung des strategischen Führungsorgans. Auch dessen Kompetenzen sind unterschiedlich ausgeprägt. Gemäss den Angaben von Kantons- und Spitalvertretern geniessen die von den politischen Exekutiven unabhängigen strategischen Führungsorgane beträchtliche Entscheidungskompetenzen bei Joint

Ventures, Outsourcing und/oder Unternehmensbeteiligungen (beispielsweise in Bereichen wie Wäscherei, Reinigung, Labor, Radiologie, Hotellerie/Verpflegung, Informatik, Gutachtenzentrum). Allerdings räumen die befragten Experten ein, dass bei Entscheidungen grösserer Tragweite ein politischer Entscheid notwendig sei. Zwar kann die «grössere Tragweite» in der Regel nicht quantifiziert werden, allerdings gelten politische Einschränkungen offenbar vor allem dann, wenn der Leistungsauftrag tangiert wird. In der Praxis können diese Einschränkungen kaum verglichen werden, zumal Leistungsaufträge mehr oder weniger eng definiert werden können. Ferner könnten Joint Ventures, Outsourcing und/oder Unternehmensbeteiligungen auch Umnutzungen von Gebäuden nötig machen. Beim Kanton AG wurde darauf hingewiesen, dass der Kanton als Eigner der Immobilien in solchen Fällen indirekt mitentscheiden müsste.

## Strategische Führung: Mehrheitlich durch unabhängige Organe

## Zentrumsversorgung

	Handlungsfreiheit		
	tief	hoch	
<b>A</b>	2 (1)	11 (2)	13 (3)
<b>B</b>	2 (1)	3 (1)	5 (2)
<b>C</b>	■	2 (2)	2 (2)
<b>D</b>	7		7
	<b>Total:</b>		<b>27</b>

## Organ der strategischen Führung:

- A** Mit Vertretern unterschiedlicher Bereiche (Wirtschaft, Medizin usw.) besetzter Verwaltungsrat/Spitalrat/Stiftungsrat
- B** Vorwiegend mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen besetzter Verwaltungsrat/Spitalrat/Stiftungsrat
- C** Vorwiegend mit Vertretern aus Politik/Parteien besetzter Verwaltungsrat/Spitalrat/Stiftungsrat
- D** Direkt durch den Staats- bzw. Regierungsrat/Bezirksrat/Gemeinderat besetzt

In Klammern: davon Verwaltungs-/Spital-/Stiftungsräte, in denen zwingend ein Kantonsvertreter (ggf. ein Regierungsrat) sein muss.

## Handlungsfreiheit:

Hohe bzw. tiefe Autonomie in Bezug auf das Eingehen von Joint Ventures, Outsourcing oder Unternehmensbeteiligungen (Unabhängigkeit von politischen Entscheidungsträgern wie z.B. Regierungsrat).

In der Mehrzahl der Kantone dominiert bei der strategischen Führung das Modell eines separaten, von der Politik getrennten Organs (Spitalrat/Verwaltungsrat/Stiftungsrat). Nur in wenigen Kantonen dominiert dagegen das Modell einer direkten strategischen Führung durch den Regierungsrat (AR, LU, GL, BL). In wenigen Kantonen ist der Einsitz eines Kantonsvertreters zwingend vorgeschrieben. Die Mehrzahl aller Verwaltungs-, Stiftungs- und Spitalräte wird durch unabhängige Fachpersonen besetzt – meist aus unterschiedlichen Fachbereichen, also nicht einzig aus dem Bereich der Medizin. Parallel mit der rechtlichen Verselbständigung und/oder der Schaffung eines eigenständigen Führungsorgans wurden den Spitalern auch höhere Vollmachten in Bezug auf Joint Venture, Outsourcing oder Unternehmensbeteiligungen eingeräumt. Allgemein weisen die Spezialkliniken ein höheres Mass an Führungsautonomie auf – nicht zuletzt, weil es sich dabei mehrheitlich um private Institutionen handelt.

\* Spitäler mit fehlenden Angaben wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

## Grundversorgung

	Handlungsfreiheit		
	tief	hoch	
<b>A</b>	3 (1)	39 (1)	42 (2)
<b>B</b>	4 (4)	9 (5)	13 (9)
<b>C</b>	1	21 (4)	22 (4)
<b>D</b>	9		9
	<b>Total:</b>		<b>86</b>

## Spezialkliniken

	Handlungsfreiheit		
	tief	hoch	
<b>A</b>	■	8 (1)	8 (1)
<b>B</b>	■	2	2
<b>C</b>	■	1	1
<b>D</b>	■		■
	<b>Total:</b>		<b>11</b>

## Gesamt

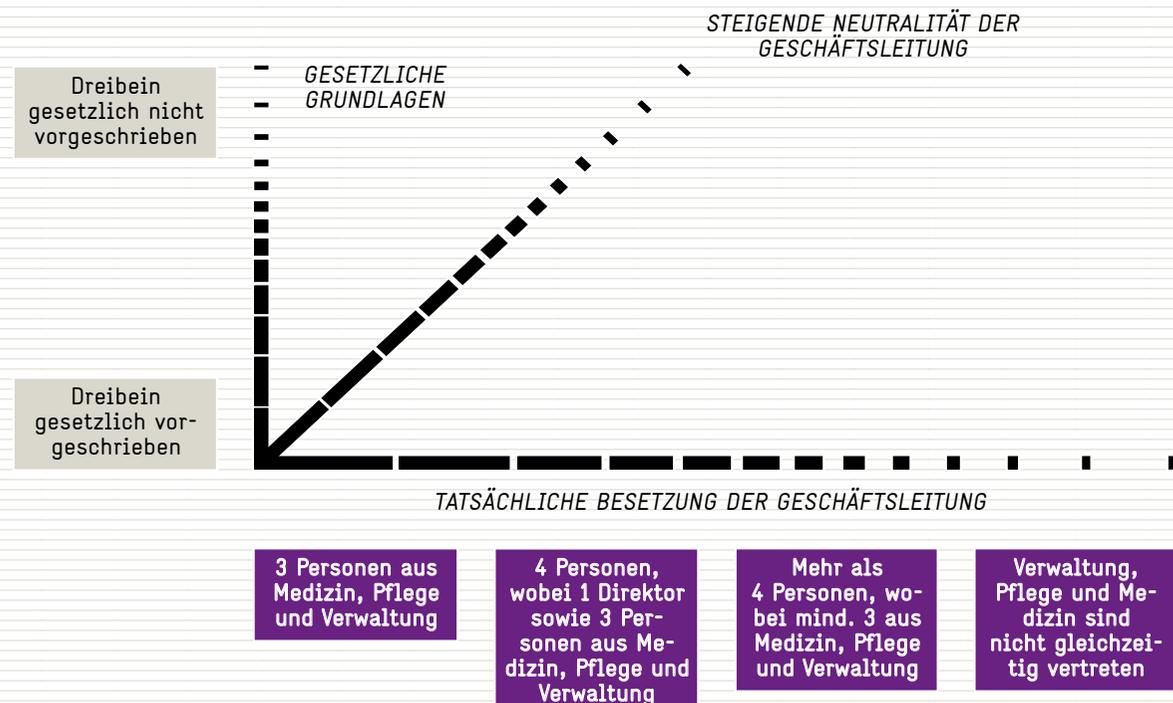
	Handlungsfreiheit		
	tief	hoch	
<b>A</b>	5 (2)	58 (4)	63 (6)
<b>B</b>	6 (5)	14 (6)	20 (11)
<b>C</b>	1	24 (6)	25 (6)
<b>D</b>	16		16
	<b>Total:</b>		<b>124*</b>

### Grundlagen und Analysefokus

Bei der Zusammensetzung der Spitalleitung bzw. des Direktoriums stehen oftmals die Interessen von Stakeholdern (wie z.B. Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung) im Vordergrund. Die gleichmässige Verteilung von «Macht» soll zu einem Interessensausgleich zwischen den Gruppen führen. Vor allem in älteren Führungsmodellen war daher ein kollegiales Direktorium mit entsprechenden Vertretern vorgesehen (sog. Dreibein). Eine solche Form der «korporatistischen» Führung wird dazu neigen, Veränderungen im Spitalbetrieb zu verhindern, insbesondere wenn es sich um Veränderungen mit negativen Konsequenzen für die vertretenen Gruppen bzw. die Zahl der Beschäftigten handelt. Für die Analyse wurde daher erfasst, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen ein Dreibein explizit vorschreiben. Darüber hinaus wird die tatsächliche Zusammensetzung der Spitalleitung analysiert und festgestellt, ob die drei Bereiche Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung – auch ohne gesetzliche Vorgabe – vertreten sind. Dabei wird differenziert, ob es sich um ein reines Dreiergremium, ein Vierergremium mit Direktor sowie den Vertretern aus den drei Bereichen oder um ein Gremium mit mehr als vier Personen handelt.

Um die Beeinflussung durch spitalinterne Interessengruppen zu beschränken, kann die operative Spitalführung analog einem privatwirtschaftlichen Führungs-

### Operative Geschäftsleitung: Gesetzliches und implizites Dreibein



modell organisiert werden. In diesem Modell steht ein CEO, Geschäftsführer oder leitender Direktor der Spital- bzw. Geschäftsleitung vor. Er nimmt nicht die Funktion eines Vertreters von internen Partikularinteressen wahr, sondern agiert als neutraler Spitalmanager. In dieser Funktion muss er weniger über medizinische Fachkenntnisse als vielmehr über Managementfähigkeiten verfügen. In den USA beispielsweise zeigt sich in jüngster Zeit ein Trend, dass Spitäler ihre CEO bei «aussermedizinischen» Industrieunternehmen rekrutieren. Sie sollen Ansätze wie z.B. das Lean Manufacturing systematisch im Spitalmanagement anwenden, um die Qualität zu steigern und Kosten einzusparen (vgl. MAMBERTO 2007). Bei der Besetzung des CEO-Postens sind mehrere Varianten denkbar. Die betriebswirtschaftliche Autonomie der operativen Führung ist dabei umso eher gewährt, je unabhängiger der CEO von spezifischen (ärztlichen) Interessen ist und je mehr Management-Kompetenzen er mitbringt.

#### Trend zum CEO-Modell

Bei der operativen Führung dominiert in allen Kantonen das Modell eines vollamtlichen Geschäftsführers bzw. Direktors oder CEO. Dieser Geschäftsführer verfügt in

#### Chefarzt versus Manager



den meisten Fällen über einen betriebswirtschaftlichen Hintergrund. In lediglich fünf der 125 betrachteten Spitäler handelt es sich um eine Person mit primär medizinischer Fachkompetenz. Und in nur drei Spitälern<sup>12</sup> ist der CEO ein Chefarzt mit eigener medizinischer Abteilung. Die tatsächlichen Geschäftsleitungskompetenzen des CEO, Geschäftsführers oder Direktors eines Spitals dürften in der Praxis allerdings sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Auch wenn die Spitäler angeben, dass sie offiziell keine «Dreibein»-Führung mehr anwenden, zeigt sich, dass in den meisten Geschäftsleitungen die drei Bereiche Verwaltung, Pflege und Medizin vertreten sind.

#### Operative Führung: Implizites «Dreibein»

Hinweise auf eine geteilte Geschäftsführung gibt es beispielsweise beim Universitätsspital Zürich (USZ), wo dem Vorsitzenden der Spitaldirektion auch im neuen Führungsmodell keine eigentlichen CEO-Kompetenzen übertragen werden. Noch bis Mitte 2007 wurde die Geschäftsleitung durch drei Personen wahrgenommen: Vorsitzende der Spitaldirektion, ärztlicher Direktor sowie Pflegedirektorin. Neu wird dieses Gremium durch einen Finanz- sowie einen Betriebsdirektor ergänzt. Ein gesetzlich fundiertes «Dreibein» findet sich im Kanton GL, wo

die Verordnung über die Organisation des Kantonsspitals verlangt, dass die Spitalleitung ihre Entscheide grundsätzlich im Konsens zu fällen hat. Der Spitalleitung gehören neben dem Verwaltungsdirektor und dem Leiter des Pflegedienstes auch vier hauptamtliche Chefärzte an.

Nur in wenigen Kantonen verlangt die kantonale Gesetzgebung ausdrücklich, dass in einem oder mehreren Spitälern des Kantons die Bereiche Pflege, Medizin und Verwaltung in der Geschäftsleitung vertreten sein müssen. Dazu gehören neben GL auch die Kantone GE, UR und ZH (für USZ und Kantonsspital Winterthur). Ungeachtet der gesetzlichen Anforderungen können die Spitäler natürlich aus eigenem Antrieb die Ausgestaltung ihrer Geschäftsleitung an ein «Dreibein» anlehnen. Tatsächlich zeigt sich, dass die Schweizer Spitäler mehrheitlich Geschäftsleitungsmodelle aufweisen, bei denen die Bereiche Pflege, Medizin und Verwaltung in der Geschäftsleitung repräsentiert sind. In den meisten Fällen handelt es sich allerdings um Geschäftsleitungen mit mehr als vier Personen, d.h., neben einem Vorsitzenden der Geschäftsleitung sowie den Vertretern von Pflege, Medizin und Verwaltung nehmen noch weitere Personen Einsitz. Dabei handelt es sich in der Regel um zusätzliche medizinische Fachleute oder um Personen aus der Verwaltung (Personal, Finanzen oder Infrastruktur).

## Operative Führung: CEO und implizites Dreibein

## Zentrumsversorgung

	Chefarzt <sup>❶</sup>	GL-Vorsitzender		
		CEO (MED) <sup>❷</sup>	CEO (BW) <sup>❸</sup>	
<b>A</b>	■	■	3	3
<b>B</b>	■	1 (1)	22 (2)	23 (3)
<b>C</b>	■	■	1	1
<b>D</b>	■	■	■	■
	■	1 (1)	26 (2)	27

## Grundversorgung

	Chefarzt <sup>❶</sup>	GL-Vorsitzender		
		CEO (MED) <sup>❷</sup>	CEO (BW) <sup>❸</sup>	
<b>A</b>	■	■	8	8
<b>B</b>	■	4	57 (2)	61 (2)
<b>C</b>	■	■	4	4
<b>D</b>	1	■	3	4
	1	4	72 (2)	77

## Spezialkliniken

	Chefarzt <sup>❶</sup>	GL-Vorsitzender		
		CEO (MED) <sup>❷</sup>	CEO (BW) <sup>❸</sup>	
<b>A</b>	■	■	1	1
<b>B</b>	1	■	6	7
<b>C</b>	■	■	■	■
<b>D</b>	■	■	1	1
	1	■	8	9

## Geschäftsleitung (Gremium):

- A** In der Geschäftsleitung sind die Bereiche Verwaltung, Pflege und Medizin nicht gleichzeitig vertreten.
- B** Das Führungsorgan besteht aus mehr als 4 Personen mit mindestens einem Vertreter aus Medizin, Pflege und Verwaltung.
- C** Das Führungsorgan besteht aus 4 Personen, einem Vorsitzenden sowie je einem Bereichs-Vertreter aus Medizin, Pflege und Verwaltung.
- D** Das Führungsorgan besteht aus 3 Personen, welche die Bereiche Medizin, Pflege und Verwaltung repräsentieren.

## Vorsitzender der Geschäftsleitung:

- <sup>❶</sup> Das Spital wird durch einen Chefarzt geführt, der eine eigene medizinische Abteilung leitet; ihm untersteht ein administrativer Direktor.
- <sup>❷</sup> Modell eines vollamtlichen Geschäftsführers (CEO, Geschäftsführer, Direktor) mit medizinischer Fachkompetenz.
- <sup>❸</sup> Modell eines vollamtlichen Geschäftsführers (CEO, Geschäftsführer Direktor) mit betriebswirtschaftlicher Fachkompetenz.

## In Klammer:

Gesetzliche Vorgaben verlangen explizit ein Dreibein.

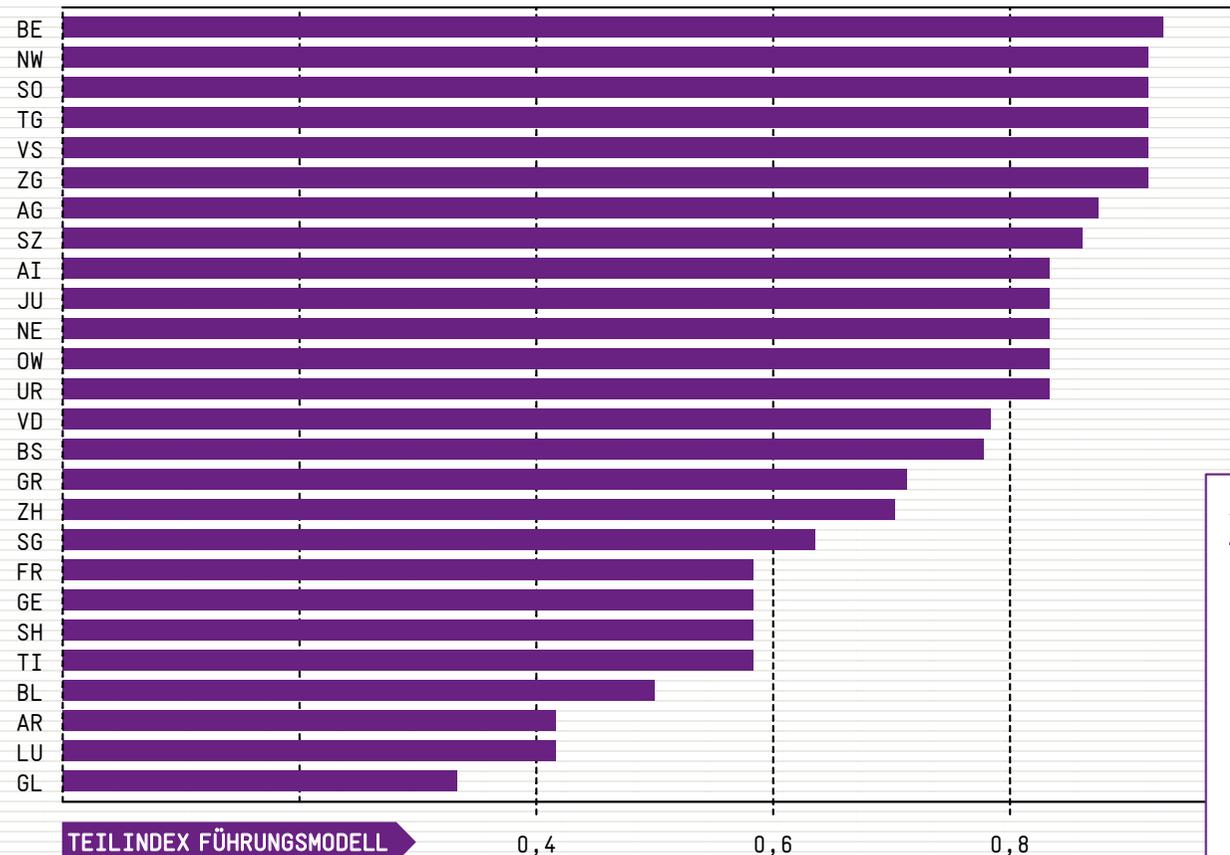
## Gesamt

	Chefarzt <sup>❶</sup>	GL-Vorsitzender		
		CEO (MED) <sup>❷</sup>	CEO (BW) <sup>❸</sup>	
<b>A</b>	■	■	12	12
<b>B</b>	1	5 (1)	85 (4)	91 (5)
<b>C</b>	■	■	5	5
<b>D</b>	1	■	4	5
	2	5 (1)	106 (4)	113*

Fast alle Spitäler werden heute durch einen Direktor bzw. CEO geführt, der nicht gleichzeitig als Arzt eine Abteilung führt. Zudem handelt es sich dabei in den meisten Fällen um eine Person, die in erster Linie über betriebswirtschaftliche Fachkompetenz, also Managementfähigkeiten, verfügt. Nur in einer Minderheit aller Spitäler verlangt das Gesetz explizit, dass in der operativen Führung (Geschäftsleitung, Direktorium) Vertreter aus den Bereichen Pflege, Medizin und Verwaltung vertreten sein müssen. In den meisten Fällen sind de facto aber alle Bereiche in der Spitalleitung vertreten, so dass das Dreibein implizit vorherrscht. Zwischen den Spital-Typen zeigen sich dabei keine systematischen Unterschiede.

\* Spitäler mit fehlenden Angaben wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

## Führungsmodell: Formelle Autonomie schafft tendenziell Führungsautonomie



Beim Teilindex «Führungsmodell», der die Ausgestaltung der strategischen und operativen Führung abbildet, weisen vor allem die Kantone BE, NW, SO, TG, VS und ZG einen relativ hohen Wert auf. Im Durchschnitt geringe Führungsautonomie haben dagegen Spitäler in den Kantonen GL, LU und AR. Dabei zeigt sich, dass die Führungsautonomie vor allem dann gering ist, wenn ein Spital über geringe formelle Autonomie verfügt, also als Teil der Verwaltung oder als unselbständige Anstalt betrieben wird. Mit der rechtlichen und eigentumsmäßigen Privatisierung geht in der Regel auch eine höhere Führungsautonomie einher. Ausnahmen bestätigen jedoch die Regel: in den Kantonen AI und OW verfügen die unselbständigen Anstalten über einen verwaltungsratsähnlichen Spitalrat. Beide Kantone weisen eine mittlere Führungsautonomie auf.

**Teilindex «Führungsmodell»****Analysierte Governance-Variablen:**

- Existenz eines separaten strategischen Führungsorgans
- Zusammensetzung des (separaten) strategischen Führungsorgans
- Existenz einer gesetzlichen Vorschrift, wonach ein Regierungsrat oder ein Behördenvertreter im strategischen Führungsorgan vertreten sein muss
- Kompetenzen des strategischen Führungsorgans bez. Joint Venture/Outsourcing/Beteiligungen
- Existenz einer gesetzlichen Vorschrift, wonach Verwaltung, Ärzteschaft und Pflege in der operativen Geschäftsleitung vertreten sein müssen
- Zusammensetzung der operativen Geschäftsleitung (implizites Dreibein)

Bei der Finanzierung werden ausschliesslich die Subventionen für den laufenden Spitalbetrieb sowie die Investitionen durch die Kantone betrachtet. Die Abgeltung durch die Versicherer wird dagegen ausgeklammert. Das Gleiche gilt für die finanziellen Mittel für die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen, das sind solche, die nicht mit dem Spitalbetrieb im engeren Sinne zusammenhängen, wie z.B. Lehre und Forschung, Blutspenden, Cafeteria, Rettungsdienst oder Personalunterkünfte – diese und ähnliche Leistungen können ggf. über separate Subventionen oder auch selbsttragend finanziert werden.

#### Grundlagen und Analysefokus

Stationäre Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung werden einerseits durch die öffentliche Hand und andererseits durch die Krankenversicherer finanziert. Die Krankenversicherer übernehmen heute maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten, der Rest sowie die gesamten Investitionskosten entfallen auf die Kantone (und zum Teil die Gemeinden). Bei der Finanzierung der Betriebskosten kennen die Kantone unterschiedliche Subventionierungsmodelle, die sich in ihren Anreizeffekten unterscheiden.

Im Falle der Defizitdeckung übernimmt der Staat alle Ausgaben, die nicht durch Erträge, z.B. von Seiten der Krankenversicherer, gedeckt wurden. Diese Finanzierung hat die offensichtliche Schwäche, dass steigende Aufwendungen automatisch höhere Subventionen nach sich ziehen. Allerdings geht mit der reinen Aufwandfinanzierung in der Regel auch geringere Flexibilität einher. Im Rahmen des Voranschlags werden einem Amt spezifische Kredite zugeteilt, die nach ihrer Art (Personal- und Sachkredite) sowie nach dem Ort ihres Anfalls (pro Abteilung) festgelegt werden. Aufgrund der «sachlichen Spezifikation» kann die Spitalleitung nicht frei über die Kredite verfügen, sie z.B. nicht nach Bedarf verschieben.

Zur Steigerung von Effizienzanreizen erfolgt im Rahmen des New Public Management (NPM, in der Schweiz oft auch als Wirkungsorientierte Verwaltungsführung WOV bezeichnet) die Finanzierung mittels Globalbudgets. Ähnlich wie beim «Privatisierungsmodell mit Leistungsauftrag» nehmen die politischen Entscheidungsträger verstärkt die Rolle des Leistungseinkäufers ein. Sie verzichten auf ein direktes Lenken der operativen Abläufe durch enge budgetäre Vorgaben. Die Steuerung erfolgt vielmehr über einen Leistungsauftrag. Parallel zur globalen Mittelvergabe werden Leistungs- bzw. Wirkungsziele festgelegt (Outputsteuerung). Mit dem

Globalbudget wird einerseits eine höhere Autonomie bei der Mittelverwendung eingeräumt, andererseits entstehen Anreize für Effizienzsteigerungen bzw. Kostensenkungen. Mit den Globalbudgets geht in der Regel die Möglichkeit der Reservebildung ähnlich einer Gewinnerwirtschaftung einher – eingesparte Mittel können für andere Zwecke, ggf. erst in der kommenden Periode, verwendet werden. So gibt es Evidenz aus dem Kanton ZH, wonach durch die Einführung von Globalbudgets das Wachstum der Ausgaben für den medizinischen Bedarf (v.a. Medikamente und Implantate) gebremst werden konnte (vgl. auch WIDMER et al. 2007).

Die Festlegung des Globalbudgets kann grundsätzlich auf zwei Arten erfolgen. Einerseits kann sich die Kalkulation an den bisherigen Kosten orientieren. Dabei entspricht das Globalbudget dem Vorjahresbudget, welches auf der Basis von Inflation und erwarteten Änderungen der Anzahl Patienten korrigiert wird. In der Praxis liefert die (Plan-)Kostenrechnung die dazu nötige Datengrundlage. Andererseits kann die Kalkulation des Globalbudgets von den früheren Kosten abgekoppelt werden, indem pro Patient ein pauschaler Tarif entrichtet wird. Dieser Tarif orientiert sich nicht an den tatsächlichen Kosten des Spitals, sondern beispielsweise an den durchschnittlichen Kosten im Kanton oder an den Kosten des effizientesten Spitals (Benchmarking). Die

### Spitalfinanzierung mittels Diagnosis Related Groups

*In Anlehnung an privatwirtschaftliche Preismodelle können Spitäler auch auf Basis eines pro Patient fixierten Tarifs subventioniert werden. Weil Patienten aufgrund ihres Krankheitsbildes unterschiedliche Kosten verursachen, ist es sinnvoll, diesen Patiententarif je nach Schweregrad des Falls zu differenzieren. Hierzu werden die Patienten in sogenannte diagnosebezogene Fallgruppen (im Englischen auch als Diagnosis Related Groups bezeichnet, DRG) eingeteilt. Die Fallgruppe kann anhand der medizinischen Diagnose, der Nebendiagnose, der nötigen Behandlungen, des Behandlungsstadiums sowie demographischer Werte wie Alter und Geschlecht definiert werden. Für ein Spital, dessen Leistungen nach Fallpauschalen finanziert werden, ergeben sich Anreize für Kosteneinsparungen. Weil die Fallpauschale unabhängig von den eigenen Kosten ausgerichtet wird, erzielen überdurchschnittlich effiziente Spitäler Gewinne. Aufgrund der linearen Tarife können diese auch durch eine Erhöhung der Fallzahlen generiert werden. Weil sich der DRG-Tarif an den Durchschnittskosten orientiert, entstehen – nach Deckung der Fixkosten – durch jeden weiteren Fall Gewinne im Umfang des Tarifs minus die Grenzkosten (vgl. MOUGEOT und MARECHAL 2006). Aufgrund dessen kann ein Kanton seine Subventionierungspraxis anpassen: Im Falle von Abweichungen von den Planmengen entrichtet er lediglich die tatsächlichen Grenzkosten statt den fixierten Tarif der Fallpauschalen.*

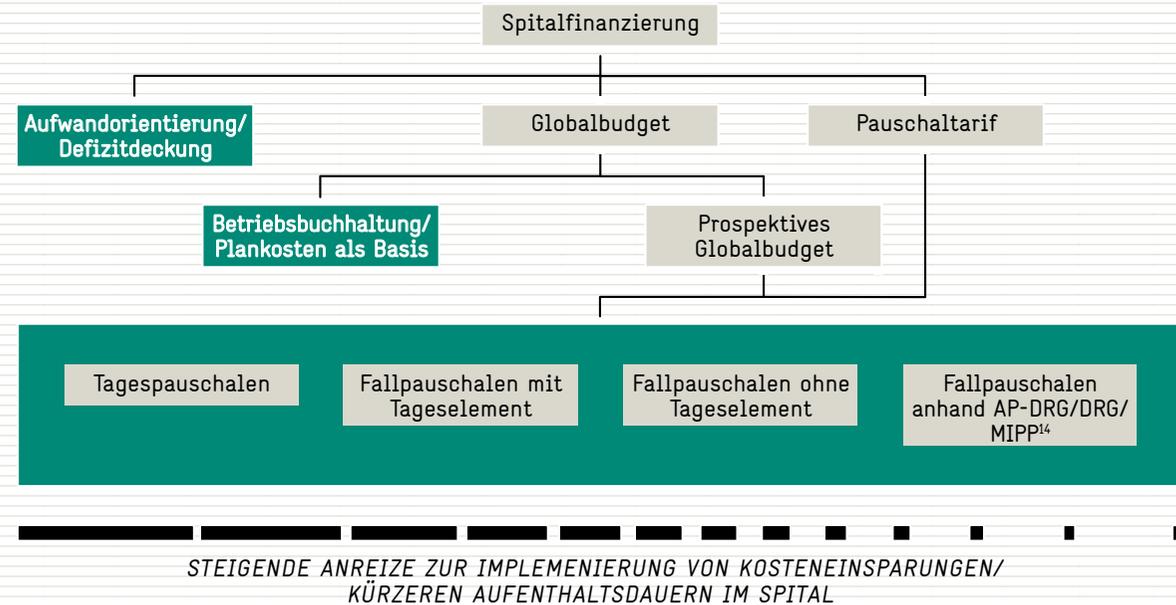
*Voraussichtlich ab dem Jahr 2011 wird in der Schweiz das Finanzierungsmodell der Fallpauschalen flächendeckend eingeführt. Dabei wird ein schweizweit einheitliches System mit der Bezeichnung Swiss DRG implementiert. Das System basiert auf dem in Deutschland bereits seit 2003 zur Spitalfinanzierung eingesetzten Modell. Dort jedenfalls sind die Wirkungen mit DRG zufriedenstellend angelaufen. So ist die Bettenbelegung aufgrund der Abnahme der Verweildauer sowie der Verlagerung von Patienten in den ambulanten Bereich tendenziell rückläufig (vgl. auch NEUE ZÜRCHER ZEITUNG 2006 und HANDELSZEITUNG 2007).*

*Die Finanzierung via DRG hat in der Praxis auch Nachteile. So könnten für ein Spital Anreize entstehen, Patienten, welche überdurchschnittliche Kosten verursachen, rasch loszuwerden. Ausserdem garantiert DRG noch keine Behandlungsqualität, im Gegenteil könnten Anreize entstehen, durch tiefere Qualität Kosteneinsparungen zu erzielen. Ein weiteres Problem bei DRG-Tarifen ist der Spielraum bei der Codierung bzw. Klassifizierung eines Patienten durch den behandelnden Arzt. So kann der Spielraum genutzt werden, um finanziell möglichst interessante Fälle zu codieren. Grösseren Missbrauch bei der Klassifizierung gab es beispielsweise in Norwegen. 2003 stellte die Regierung in einer Untersuchung fest, dass mehr als 40 Prozent der Codierungen nicht dem tatsächlichen Krankheitsbild entsprachen<sup>13</sup> (für eine detaillierte Analyse der Spitalfinanzierungsreform in Norwegen vgl. auch LAEGREID et al. 2005; HAGEN, 2004; CHRISTENSEN et al. 2004).*

Gestaltung der Tarife bewegt sich in einem Spektrum zwischen reinen Tagespauschalen und AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups). Bei den Tagespauschalen wird ein fixer Betrag pro Patient und Tag ohne Differenzierung des Krankheitsbildes ausgerichtet. Bei den sogenannten Fallpauschalen wird ein pauschaler Tarif pro Patient festgelegt, unabhängig von seiner tatsächlichen Aufenthaltsdauer. Fallpauschalen können gemäss Abteilung differenziert werden, in einem Regionalspital etwa zwischen Chirurgie und Medizin. Die Abteilungsfallpauschale kann durch ein Tageselement zur Abdeckung variabler Aufenthaltskosten ergänzt werden. Dabei werden aber wieder negative Anreize ins Spiel gebracht. Durch eine (künstliche) Verlängerung der Aufenthaltsdauer der Patienten kann das Spital sein Budget vergrössern. Die beste Kombination von Effizienzanreizen und Falldifferenzierung bieten die Fallpauschalen auf Basis von AP-DRG.

Bereits heute rechnen verschiedene Schweizer Spitäler ihre Betriebskosten gegenüber den Krankenversicherern gemäss einem System von Fallpauschalen ab, dem sogenannten AP-DRG. Einige Kantone haben auch ihre Subventionierungspraxis auf dieses System umgestellt. Erste Pilotversuche mit AP-DRG wurden bereits 2001 gemacht. Einige Kantone setzen das AP-DRG System auch für die Abrechnung der kantonalen Subventionen

### Finanzierungsformen: Vielfältige Gestaltung der Subventionierung



ein. In der Regel wird dabei ein prospektives auf AP-DRG-Basis kalkuliertes Globalbudget als Finanzierungsgrundlage verwendet. Im Nachhinein wird das Globalbudget auf Basis der Ist-Mengen-Werte korrigiert.

#### **Trend zur höheren Autonomie und zu Effizianzen**

Insgesamt zeichnen sich bei der Spitalfinanzierung deutliche Trends zu höherer betriebswirtschaftlicher Autonomie sowie zu anreizorientierten Finanzierungsformen ab. Zahlreiche Kantone wenden bereits heute für die Ausrichtung ihrer Subventionen fixierte Fallpauschalen auf Basis von AP-DRG an – analog der Finanzierung durch die Versicherer. Nur wenige Kantone sind allerdings bereit, Abweichungen von den in den Budgets angenommenen Fallzahlen auf Basis der vollen Pauschaltarife nachträglich zu vergüten – in der Regel gelten hierfür Grenzkostenabgeltungen, weil diese keinen Gewinnbeitrag enthalten.

#### **Globalbudget als dominierendes Instrument**

In der Mehrzahl aller Kantone werden heute die

Finanzen im Rahmen eines Globalbudgets vergeben. Wie oben skizziert, gibt es aber in der Praxis vielfältige Ausgestaltungen dieser Globalbudgets.

So wenden z.B. die Kantone OW und NW seit Anfang 2006 Fallpauschalen auf Grundlage von AP-DRG für die Verrechnung von Betriebsaufwendungen gegenüber den Krankenversicherern an. Die kantonale Finanzierung erfolgt aber mittels Globalbudgets, die auf Basis einer allgemeinen, an der Vorperiode orientierten Kostenschätzung kalkuliert werden. Für die Budgetierung des Kantonsanteils sind Tarife gemäss AP-DRG nicht relevant. Die Diskrepanz begründen die beiden Kantone insbesondere damit, dass sie jeweils lediglich über ein Spital verfügen. Die komplexe Kostenkontrolle via AP-DRG würde für die Kantone zu Mehraufwendungen führen. Sowohl in OW als auch in NW erfolgt am Ende jeder Rechnungsperiode eine im Rahmen von NPM übliche Analyse von Budgetabweichungen. Dabei wird im Nachhinein eine Anpassung des Globalbudgets vorgenommen, falls Mehr- oder Minderkosten entstanden, welche das Spitalmanagement nicht selber beeinflussen konnte (sog. exogene Faktoren). Eine solche Budgetkorrektur erfolgt insbesondere bei einer Abweichung von der Zahl der geplanten Patientenbehandlungen oder bei Änderungen der Krankenversicherertarife. Bei Budget-

abweichungen aufgrund «endogener Faktoren», die das Spitalmanagement durch seine Entscheidungen selber beeinflussen kann (z.B. tiefere bzw. höhere betriebliche Effizienz), teilen sich Spital und Kanton Defizit bzw. Überschuss hälftig. Die dadurch entstehenden Überschüsse kann das Spital als Reserven äufnen und zur Finanzierung von Investitionen verwenden. Allerdings ist in der Praxis die Unterscheidung zwischen endogenen und exogenen Faktoren bei Budgetabweichungen oftmals schwierig, so dass entsprechender Diskussionsbedarf entsteht.

#### **Pauschale Tarife als Basis der Kalkulation**

Verschiedene Kantone kalkulieren ihre Globalbudgets auf Basis von pauschalen Abgeltungen pro Patient. Das System einer Tagespauschale kennen die Kantone SO und LU sowie mindestens partiell die Kantone BL (Universitätskinderspital) und BS (Privatspitäler). Der Globalkredit wird dabei auf Basis der erwarteten Patienten- bzw. Pflgetage und des Tagetarifs berechnet. Unterschiede zeigen sich insbesondere bei der Korrektur des Globalbudgets am Ende der Rechnungsperiode. Im Kanton SO gilt folgende Regel: Weichen die tatsächlichen Patiententage um mehr als fünf Prozent von

den im Globalkredit geplanten ab, erfolgt eine nachträgliche Aufstockung des Kredits, um den entstehenden Mehraufwand zu decken. Allerdings erfolgt diese Aufstockung nicht gemäss der Tagespauschale, sondern anhand der Granzkosten, so dass die zusätzlichen Patientenbehandlungen keine Überschüsse generieren. Auch im Kanton LU wird das Globalbudget auf Basis von Tagespauschalen berechnet. Allerdings gibt es am Ende der Rechnungsperiode keine systematische Budgetanpassung auf der Basis von Patiententagen. Wird der Globalkredit nicht ausgeschöpft, gehen die Mittel zurück an den Kanton, reichen die Mittel nicht aus, ist ein Nachtragskredit nötig. Damit gleicht das heute gültige System im Kanton LU faktisch eher der Defizitdeckung. Ab 2008, wenn die Spitäler im Kanton LU als selbständig öffentlich-rechtliche Anstalt geführt werden, sollen allerdings schrittweise Änderungen beim Finanzierungsmodell eingeführt werden. Auch der Kanton SO stellt in Aussicht, dass die Betriebskostenfinanzierung voraussichtlich ab 2009 auf AP-DRG umgestellt wird.

Um dem Spital keine oder geringe Anreize zu geben, Patienten länger in den Betten zu halten, haben verschiedene Kantone statt einer reinen Tagespauschale Fallpauschalen eingeführt. Diese fixen und von der

Verweildauer unabhängigen Tarife werden allerdings in der Praxis bisweilen durch ein Tageselement wieder abgeschwächt. Das Tageselement entspricht einem zusätzlichen Preis pro Übernachtung und soll die Grenzkosten für Hotellerie abdecken. Das Modell der Abteilungsfallpauschalen mit einem Tageselement kennt beispielsweise der Kanton SG – der Tarif wird analog zu jenem der Versicherer definiert. Die Definition des Globalbudgets erfolgt anhand der geplanten Fallzahlen und der ausgehandelten Pauschalen, die Leistungsabrechnung erfolgt anhand der tatsächlichen Mengen. Abteilungsfallpauschalen mit Tageselement verwenden auch die Kantone GL, TG, dessen Modell eng an jenes von SG angelehnt ist, und SH. Auch in diesen Modellen finden sich Unterschiede bei der Abwicklung der nachträglichen Budgetanpassung. Eine Grenzkostenabrechnung – ähnlich dem Modell SO – sieht der Kanton GL vor. Im Kanton SG dagegen erfolgt Ende Jahr eine Abrechnung der effektiven Anzahl Fälle, wobei jeder Fall gleich entschädigt wird – es gibt also keine Deckelung des Kantonsbeitrags.<sup>15</sup>

#### **Betriebskosten: Vormarsch von DRG-Systemen**

Abteilungsfallpauschalen ohne Tageselement finden

bei der Subventionierung der Spitäler kaum Anwendung. Lediglich das Kantonsspital Baden wird über so genannte Fachbereichspauschalen finanziert. Bei den anderen Spitälern im Kanton AG erfolgt die Finanzierung über ein DRG-System: beim Kantonsspital Aarau über das AP-DRG-ähnliche System MIPP und bei den Regionalspitälern über AP-DRG – ab 2008 werden voraussichtlich auch die Kantonsspitäler zum letzteren System wechseln. Im Verlaufe der vergangenen sechs Jahre sind neben dem Kanton AG zahlreiche Kantone dazu übergegangen, die Spitalfinanzierung an den AP-DRG-basierten Fallkosten auszurichten. Derzeit sind dies die Kantone BE, GR, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG und ZH. Als erster Kanton hatte VD im Jahr 2002 ein System der AP-DRG-Tarife eingeführt, 2004 folgten die Kantone SZ und ZG, wobei der Kanton ZG erst 2005 auch die Vergabe der Kantonsbeiträge auf AP-DRG umstellte. Zuvor basierten die Kantonsbeiträge auf Tagespauschalen. Erst seit einem Jahr werden im Kanton BE die Kantonsbeiträge auf Basis von AP-DRG ausgerichtet. Zuvor galt grundsätzlich eine Defizitgarantie, allerdings machten die meisten Spitäler freiwillig Gebrauch von der Möglichkeit eines Globalbudgets.

Analog zu den oben dargestellten Systemen mit Tages- und Fallpauschalen kann auch im Falle von AP-DRG

ein prospektives Globalbudget vergeben werden. Im Rahmen der Budgetierung erhält das Spital ein Globalbudget, das aufgrund der Anzahl erwarteter Behandlungsfälle und der vorgegebenen AP-DRG-Tarife kalkuliert wird. Die erwarteten Behandlungsfälle orientieren sich beispielsweise am Case Mix Index (CMI) einer Vorperiode, wobei der CMI die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle eines Spitals angibt. Wiederum wird das Globalbudget am Ende der Rechnungsperiode nachkalkuliert. Falls mehr Patienten als erwartet behandelt wurden, kann das Budget ex post aufgestockt werden, im umgekehrten Fall erfolgt eine Budgetkürzung. Das Vorgehen wäre grundsätzlich äquivalent mit einem in «Realtime» angewendeten fallpauschalen Tarif, sofern die zusätzlichen Fälle exakt nach AP-DRG abgerechnet würden. Analog zu den oben dargestellten Abrechnungsformen werden aber auch bei diesem System zusätzliche Fälle häufig anhand von Grenzkosten abgerechnet. So gilt im Kanton BE, dass bei einer Über- oder Unterschreitung der vereinbarten Anzahl Fälle der Kanton ausschliesslich die variablen Kosten der Leistungserbringung berücksichtigt (vgl. Artikel 33 der Spitalversorgungsverordnung). Eine solche Regelung findet auch im Kanton SZ Anwendung. In der Praxis erfolgt die Berechnung dieser variablen Kosten wie folgt: bei zusätzlichen Patienten (bis zu fünf Prozent

über der Planmenge) vergütet der Kanton SZ 25 Prozent des kantonalen Anteils am Normpreis, multipliziert mit dem Kalkulations-CMI (exklusive Investitionszuschlag). Bei mehr als 5 Prozent gelten 50 Prozent. Analog ist das Vorgehen bei einer Kürzung des Budgets aufgrund geringerer Fallzahlen.<sup>16</sup>

#### AP-DRG als Basis für Benchmarking-Systeme

Im Kanton ZH gilt eine Art hybride Lösung: zwar werden die Globalbudgets auf Basis von allgemeinen, an der Vergangenheit orientierten Kostenschätzungen berechnet, jedoch werden diese Budgets im Rahmen eines AP-DRG-basierten Benchmarking-Verfahrens nachträglich angepasst. Das Verfahren soll den Spitälern zusätzliche Anreize für Kosteneinsparungen geben. Am Ende einer Rechnungsperiode erfolgt einerseits eine Nachkalkulation des Globalbudgets anhand endogener und exogener Faktoren, ähnlich wie sie auch in OW oder NW stattfindet. Andererseits werden die Betriebskosten eines Spitals mit jenen der anderen Spitäler verglichen. Liegen die Kosten pro Fall über dem festgelegten repräsentativen Benchmark, werden am Budget Kürzungen vorgenommen. Zwei Drittel der Differenz zwischen den eigenen Kosten und dem

Benchmark muss das ineffiziente Spital selber tragen. Liegen beispielsweise die eigenen Fallkosten bei 8000 und der Benchmark bei 7000 Franken, erhält das Spital lediglich einen Budgetausgleich von 7333 Franken. Die Finanzierung der Differenz erfolgt über die eigenen Reserven. Damit beim Vergleich der Kosten nicht Äpfel mit Birnen verglichen werden, müssen die Betriebskosten anhand der Art der Behandlungen standardisiert werden. Hierzu wird der im Rahmen von AP-DRG-Tarifen übliche CMI verwendet.

Ein ähnliches System des innerkantonalen Benchmarkings kennt der Kanton GR. Dabei legt der Grosse Rat den AP-DRG-basierten Tarif von vornherein fest, so dass er die Grundlage für die Globalbudgets darstellt. Zur Berechnung des Tarifes werden in einem ersten Schritt die durchschnittlichen (mittels CMI) standardisierten Fallkosten der subventionierten Spitäler festgestellt. Weil sich die Fallkosten auf eine Vorperiode beziehen, kann der Grosse Rat diesen Durchschnittswert unter Berücksichtigung der Teuerung sowie von exogenen Faktoren korrigieren und damit den standardisierten Fallaufwand für das kommende Jahr festlegen. Im Rahmen dieser Modifikation kann er zusätzlich eine Kostensenkung von maximal fünf Prozent anordnen – beispielsweise um Effizienzsteigerungen zu berücksichti-

gen oder einfach Kostensenkungsmassnahmen zu induzieren. Im Rahmen der Nachkalkulation am Ende einer Rechnungsperiode werden auch im Kanton GR nicht die gesamten zusätzlichen Fälle auf Basis des festgelegten Tarifs linear abgerechnet. Vielmehr gilt, dass der Tarif reduziert wird, sofern die vom Grosse Rat im Voraus festzulegende Hospitalisationsrate überschritten wird.

#### Defizitdeckung bei verwaltungsnahen Spitälern

Eine reine Defizitdeckung kennen heute lediglich die Kantone AI, BL, GE und BS (nur Universitätsspital). Nicht überraschend handelt es sich dabei insbesondere um Spitäler, die als Teil der öffentlichen Verwaltung oder als unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt geführt werden. Bei Spitälern in der engeren öffentlichen Verwaltung handelt es sich um das Universitätsspital Basel sowie die Kantonsspitäler Liestal, Laufen und Bruderholz (alle BL). Der Kanton BL wird ab Anfang 2008 zu einer Finanzierung auf Basis eines Globalbudgets übergehen. Im Kanton AI gilt die Defizitdeckung für das Kantonale Spital und Pflegeheim Appenzell (unselbständige Anstalt) und im Kanton GE für die Hôpitaux Universitaires sowie die Klinik Jolimont (beide selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten).

## Finanzierung Betriebskosten: Trend zu DRG

	2003	2007
<b>A</b> Die Finanzierung basiert auf Fallpauschalen gemäss APDRG/DRG/MIPP bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis von Fallpauschalen berechnet wird	VD, ZH	AG, <sup>1</sup> BE, GR, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH
<b>B</b> Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Spital- oder Abteilungsfallpauschalen ohne Tageselement bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde	UR, VS	
<b>C</b> Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Spital- oder Abteilungsfallpauschalen mit einem Tageselement bzw. auf einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde	GL, SG, TG	GL, SG, SH, TG
<b>D</b> Die Finanzierung erfolgt auf Basis eines Globalbudgets, das aufgrund einer allgemeinen Kostenschätzung (z.B. auf Basis der Kostenrechnung) erstellt wurde	AR, FR, JU, NW, OW	AR, FR, JU, NE, NW, OW
<b>E</b> Die Finanzierung erfolgt auf Basis von Tagespauschalen bzw. von einem Globalbudget, welches auf Basis dieser Pauschalen berechnet wurde	BS, <sup>3</sup> LU, SO, TI, ZG	BS, <sup>3</sup> LU, SO
<b>F</b> Finanzierung erfolgt als reine Defizitdeckung (Subventionierung gemäss Aufwand bzw. Defizit; kein Globalbudget)	AG, AI, BE, BL, <sup>2</sup> GE, GR, NE, SH, SZ	AI, BL, <sup>2</sup> GE

Bei der Spitalfinanzierung zeichnet sich ein Trend zur Schaffung höherer betriebswirtschaftlicher Autonomie bzw. ein Trend zur Stärkung anreizorientierter Finanzierungsformen ab. Zahlreiche Kantone wenden bereits heute für die Ausrichtung ihrer Subventionen Fallpauschalen auf Basis von AP-DRG an. Eine reine Defizitgarantie kennen nur noch wenige Kantone, darunter AI, BL, BS und GE – dabei handelt es sich mit Ausnahme von GE vor allem um Kantone, in denen die Spitäler als Teil der engeren Verwaltung geführt werden.

1) Kantonsspital Baden: Fachbereichspauschalen (B), Kantonsspital Aargau: MIPP (A), ab 2008 wechseln auch diese beiden auf AP-DRG

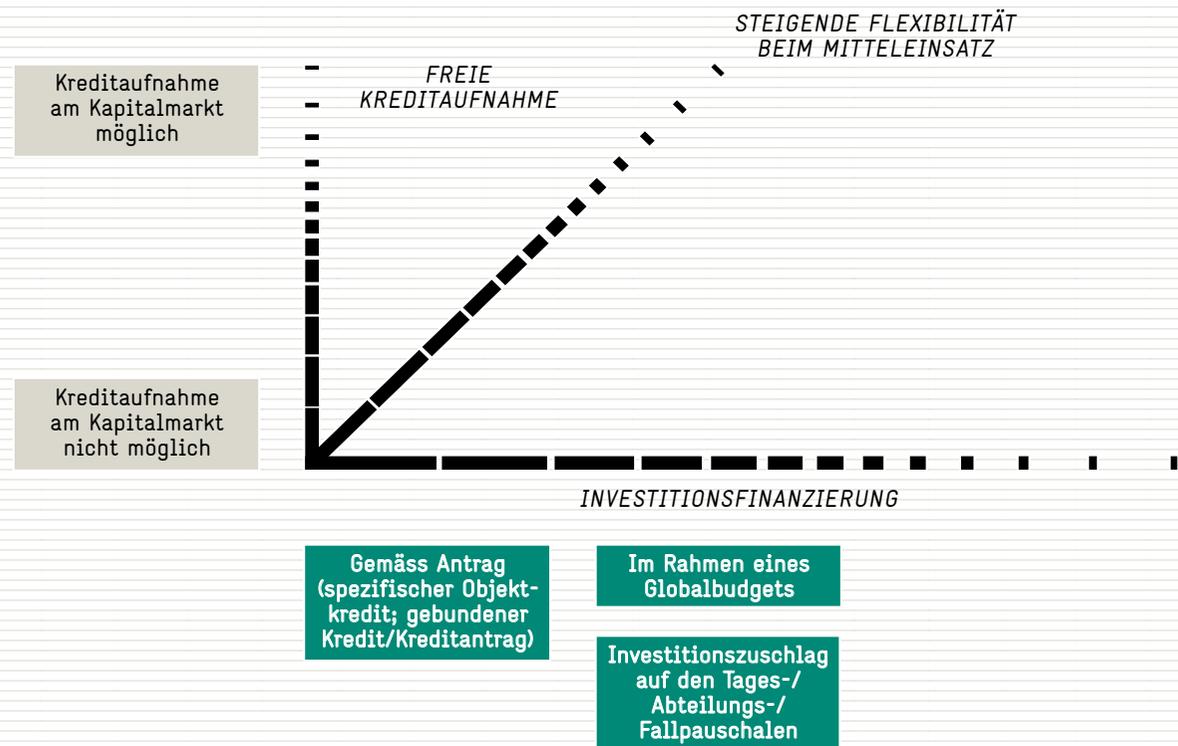
2) Universitäts-Kinderspital beider Basel: Tagespauschalen (E)

3) Trifft zu für die Privatspitäler. Universitätsspital: Defizitdeckung (F). Gemeindespital Riehen: Globalbudget (D) der Gemeinde

### Grundlagen und Analysefokus

Von noch grösserer Bedeutung für die betriebswirtschaftliche Autonomie ist die Investitionsfinanzierung. Sie stellt für die Politik ein geeignetes Instrument dar, um Einfluss auf das (künftige) Angebot eines Spitals zu nehmen – schliesslich sind Investitionen oft mit konkreten Änderungen des Leistungsportfolios verbunden. Besonders direkt ist die Einflussnahme, wenn ein Spital einen spezifischen Kreditantrag (Objektkredit) beim Kanton stellen muss. Die Flexibilität und die Autonomie werden in zweifacher Hinsicht eingeschränkt. Einerseits dauert der Prozess vom Kreditantrag bis zur Finanzierung oft mehr als ein Jahr, weil der beantragte Kredit erst im Voranschlag des nächsten Jahres berücksichtigt werden kann. Andererseits muss der kantonale Voranschlag inklusive des darin enthaltenen Objektkredits des Spitals durch das Parlament explizit bewilligt werden. Eine höhere Autonomie hat das Spital, wenn Globalkredite bzw. jährliche Investitionspauschalen zur Verfügung stehen. Zwar müssen auch Globalkredite vom Parlament bewilligt werden, jedoch entscheidet das Parlament nicht explizit über eine objektbezogene Anschaffung. Mit Hilfe eines prozentualen Zuschlags auf den Fallpauschalen dürfte die Freiheit in der Praxis ähnlich sein – zumal diese Art der Investitionsfinanzierung den Tarifstrukturen in einem freien Markt nahe kommt.

### Investitionsbudget: Investitionsfinanzierung und Kreditaufnahme



Die vorliegende Analyse fokussiert Investitionen in medizinische Gerätschaften sowie Mobiliar; Immobilien werden ausgeklammert, zumal Investitionen oft direkt durch die Kantone als Eigner finanziert werden. Schliesslich kann es für ein Spital vorteilhaft sein, wenn es am Kapitalmarkt bzw. bei einer Finanzinstitution eigenständig Kredite aufnehmen darf. Die Autonomie erhöht sich, wenn die Kreditmittel nicht durch eine politische Instanz genehmigt werden müssen. Erfolgt die Finanzierung dagegen zwingend über das Kantonsbudget, erhält der Investitionsentscheid fast automatisch politischen Charakter. In der Analyse wird daher auch die Möglichkeit der direkten Kreditaufnahme erfasst.

#### Geringere Flexibilität mit Objektkrediten

Auch bei der Investitionsfinanzierung weisen jene Spitäler den geringsten finanziellen Handlungsspielraum auf, die als Teil der öffentlichen Verwaltung bzw. als unselbständige Anstalten geführt werden. Dazu gehören insbesondere Spitäler in den Kantonen AI, BL (ausser Universitäts-Kinderspital beider Basel), BS (Universitätsspital) und LU. Trotz ihrer höheren rechtlichen Autonomie verfügen auch die Spitäler in den Kantonen VD, VS, ZG, ZH und GE bei den Investitionen über

einen eher geringen Spielraum. Grundsätzlich müssen Spitäler in diesen Kantonen die Investitionsmittel separat beim Kanton beantragen (Objektkredite). Der Kanton entscheidet daher faktisch im Rahmen der Budgetierung über die Investitionsvorhaben. Auch im Kanton ZH – wo die Betriebskosten über einen Globalkredit finanziert werden – müssen die Spitäler separate Investitionskredite beantragen.

#### Pauschalen für Anschaffungen bis 100 000 Franken

Globale Investitionskredite (Investitionspauschalen) erhalten vor allem die Spitäler in den Kantonen AG, AR, FR, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SH, SO, TG, TI, UR. Der Globalkredit räumt den Spitälern höhere Autonomie bei der materiellen und auch zeitlichen Verwendung der entsprechenden Mittel ein. Oftmals werden lediglich «kleinere» Investitionsbeträge bis 100 000 Franken über das Globalbudget abgedeckt, bei grösseren Beträgen werden hingegen spezifische Kreditanträge nötig. Solche Regelungen kennen beispielsweise der Kanton JU oder auch UR. In FR liegt diese Grenze bei 250 000 Franken. In der Regel gilt, dass so genannte Kreditverschiebungen zwischen den Budgetmitteln für Investitionen und jenen für Betriebsaufwendungen nicht

möglich sind. Beispielsweise können nicht gebrauchte Investitionsmittel nicht alternativ für höhere Betriebsaufwendungen benutzt werden. Zeitliche Verschiebungen sind dagegen oft möglich. In OW gilt, dass jener Teil des Globalkredites, der im Rahmen der Rechnungsperiode nicht ausgeschöpft wird, in eine Rückstellung für spätere Investitionen gelegt werden kann.

#### Investitionszuschlag nach privatwirtschaftlicher Praxis

In Anlehnung an die höhere betriebswirtschaftliche Freiheit bei Systemen mit Globalkrediten kann die Finanzierung der Investitionen auch durch einen prozentualen Aufschlag auf die Fallpauschalen erfolgen. Wiederum spricht der Kanton die entsprechenden Mittel pauschal, ohne direkt auf die Investitionsvorhaben einzugehen. Weil es sich aber um einen fixierten prozentualen Aufschlag handelt, könnte in der Praxis eine höhere Kontinuität gewährleistet sein als im Falle eines jährlich zu vergebenden Globalbudgets. Einen solchen Aufschlag auf den Abteilungsfallpauschalen kennt beispielsweise der Kanton SG. Dabei können die Spitäler über die erhaltenen Mittel frei verfügen – d. h., Mittel, die für betriebliche Aufwendungen vorgesehen waren, können theore-

tisch auch für Investitionen verwendet werden und vice versa. Für grössere Investitionen – v.a. im Immobilienbereich – werden dagegen separate Kredite gesprochen. Im Kanton BS gilt für die Privatspitäler die Investitionsfinanzierung durch einen Zuschlag auf den Tagespauschalen. Für das Universitätsspital dagegen gelten Objektkredite, und beim Gemeindespital Riehen kommt ein Globalbudget zur Anwendung.

In den AP-DRG-Tarifen ist grundsätzlich kein Investitionsanteil enthalten, allerdings werden kleinere Anschaffungen bis 3000 Franken mitfinanziert. Der geringe Betrag impliziert aber, dass es sich dabei eher um medizinisches Verbrauchsmaterial handelt, das in der Regel auch im Jahr der Anschaffung abgeschrieben wird. Die Kantone müssen also mit der AP-DRG Finanzierung zusätzliche Mittel für Investitionen bereitstellen. Die Kantone BE und SZ finanzieren Investitionen für medizinische Anlagen und Gerätschaften über einen prozentualen Investitionszuschlag auf den AP-DRG-Tarifen. Der Betrag steht den Spitalern frei zur Verfügung für die Beschaffung der entsprechenden Gerätschaften. Erst im Falle von sehr grossen Investitionsvolumen sind gegebenenfalls zusätzliche, objektbezogene Mittel zu beantragen.

Im Kanton BE gilt, dass die Spitäler mit dem Zuschlag

alle Investitionen im Umfang von weniger als 500 000 Franken finanzieren müssen, beim Insepsital beträgt der massgebliche Höchstbetrag 2 Millionen Franken. Mit dem Investitionszuschlag finanzieren die Berner Spitäler Ersatzanschaffungen bzw. Erneuerungen medizinischer und technischer Einrichtungen und Neuanschaffungen, sofern diese «zur Erfüllung der Aufgaben gemäss Rahmenleistungsvertrag erforderlich» sind (vgl. Spitalversorgungsverordnung, Art. 45). Damit schränkt der Staat offensichtlich die Möglichkeiten des Spitals beim Mitteleinsatz ein. Zudem können die pauschalen Investitionszuschläge nicht für andere Zwecke – also z.B. betriebliche Aufwendungen – verwendet werden. Finanzielle Mittel für grössere Investitionsvorhaben (also insbesondere für Investitionen im Bereich Immobilien) sind separat und objektbezogen beim Kanton zu beantragen. Der Kanton kann einen solchen Kreditantrag bewilligen, wenn dieser der «Investitionsplanung des Leistungserbringers sowie der Versorgungsplanung des Regierungsrates entspricht» (Art. 50 Abs. 3). Im Kanton SZ werden dagegen sämtliche Investitionen über den Investitionszuschlag finanziert. Nicht verwendete Mittel müssen in einem spezifischen Reservefonds (einem gegenüber dem Kanton zu verzinsenden Erneuerungsfonds) zugefügt werden. Auch sie können – analog den Regeln im Kanton BE – nicht für andere Zwecke als Investitionen verwendet werden.

#### **Beharren auf Objektkrediten trotz AP-DRG**

Trotz AP-DRG-Tarifen bei der Betriebskostenfinanzierung gelten in den Kantonen ZG und VD restriktive Regimes bei der Investitionsfinanzierung. Weil kein pauschaler Investitionszuschlag oder Globalkredit ausgerichtet wird, müssen in der Regel spezifische Kreditanträge gestellt werden. Im Kanton ZG gilt, dass diese bei einem Volumen von 3000 bis 10000 Franken im Rahmen des leistungsunabhängigen Budgets der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert werden – der Betrag wird im Anschaffungsjahr sofort abgeschrieben. Ab einem Volumen von 10000 Franken erfolgt die Finanzierung über einen zusätzlich beantragten Kredit, der 60 Prozent der Anschaffungskosten sofort finanziert – die restlichen 40 Prozent werden aktiviert und jährlich über das Budget der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgeschrieben. Auch im Kanton VD gilt analog dem Kanton ZG grundsätzlich eine separate Investitionsfinanzierung über Objektkredite. Kleinere Beträge allerdings sind über eigene Rückstellungen zu finanzieren. Die Höhe der Beträge geben die Spitäler unterschiedlich an. Sie variieren zwischen 3000 (Universitätsspital Waadt) und 50000 Franken (Hôpital Riviera).

**Freie Kreditaufnahme erhöht die Autonomie**

Die Beschränkung durch das kantonale Parlament kann umgangen werden, wenn das Spital über die Möglichkeit der Aufnahme von Krediten am Kapitalmarkt bzw. bei einer Bank verfügt. Insbesondere im Falle von Investitionen, die sich beispielsweise über Erträge im Privatkundensegment amortisieren, kann diese freie Kreditaufnahme sinnvoll sein. Allerdings muss die formelle Möglichkeit zur Kreditaufnahme relativiert werden, wenn der Kanton beispielsweise die Investitionsplanung separat bewilligt oder wenn er im strategischen Führungsorgan vertreten ist. Für private Spitäler gilt generell, dass sie selbständig über die Aufnahme von Krediten entscheiden können. Entsprechend weisen die Kantone mit einem hohen Anteil an Spitälern im Privateigentum durchschnittlich eine höhere Autonomie auf. Dazu gehören insbesondere die Kantone SZ und BL. Im Kanton SZ verfügt das einzige Spital im öffentlichen Eigentum (Spital Lachen) daneben auch über die Möglichkeit der direkten Kreditaufnahme. Grundsätzlich steht es auch den meisten Spitälern in den Kantonen AG, AR, BS, GR, JU, NE, SO, TG, TI, VD (mit Ausnahme des Universitätsspital Waadt), ZG und ZH offen, eigene Kredite aufzunehmen. Allerdings werden in der Praxis oft Einschränkungen gemacht. So gilt beispielsweise im Kanton AR, dass die Kreditauf-

nahme im Falle einer Erweiterung des Leistungsspektrums nicht möglich wäre. Allerdings könnte die freie Kreditaufnahme ab 2008 wieder abgeschafft werden – das Kantonsspital Heiden hat bislang ohnehin noch nie davon Gebrauch gemacht. Im Kanton AG gilt in Analogie zur Regelung in AR, dass «strukturbildende Investitionen» eine Genehmigung des Regierungsrates voraussetzen. Mit anderen Worten: sobald die Kreditaufnahme eine Investition finanziert, die das Leistungsspektrum ergänzt, ist wieder die Politik zuständig.

Im Kanton NE wurde der neuen Spitalgruppe Hôpital neuchâtelois ab 2006 die Möglichkeit eingeräumt, direkt Kredite aufzunehmen. In der «Start-up-Phase» in den Jahren 2006/07 sollten dem Spital möglichst grosse Freiheiten gewährt werden. Die Finanzierung eines Kredites über rund 300 Millionen Franken wurde sogar über eine ausländische Bank sichergestellt. Im Kanton ZH kann rund die Hälfte aller Spitäler frei über die Kreditaufnahme befinden. Dabei handelt es sich in erster Linie um jene Spitäler, die als Stiftungen/Vereine organisiert sind. Die öffentlichen Stadtspitäler (Triemli und Waid) sowie die Kantonsspitäler (Winterthur und USZ) können dagegen keine eigenen Kredite aufnehmen. Bei den Gemeinde- bzw. Zweckverbandsspitälern ist das Bild dagegen unterschiedlich.

## Investitionen in medizinische Gerätschaften/Mobiliar: Mehrheitlich Pauschalabgeltungen

## Zentrumsversorgung

	Freie Kreditaufnahme		
	Nein <sup>❶</sup>	Ja <sup>❷</sup>	
A	4	■	4
B	1	10	11
C	12	■	12
	17	10	27

## Finanzierung Investitionen:

- A** Investitionszuschlag auf Tages-/Abteilungs-/Fallpauschalen
- B** Im Rahmen eines Globalbudgets
- C** Gemäss Antrag (spezifischer Objektkredit; gebundener Kredit/Kreditantrag)

## Möglichkeit freier Kreditaufnahme:

- <sup>❶</sup> Nein, Investitionen werden ausschliesslich durch den Kanton (bzw. Gemeinden/Bezirke) finanziert
- <sup>❷</sup> Ja, das Spital kann als Kreditnehmer auftreten

## Grundversorgung

	Freie Kreditaufnahme		
	Nein <sup>❶</sup>	Ja <sup>❷</sup>	
A	15	5	20
B	9	32	41
C	12	14	26
	36	51	87

## Spezialkliniken

	Freie Kreditaufnahme		
	Nein <sup>❶</sup>	Ja <sup>❷</sup>	
A	2	■	2
B	■	3	3
C	■	5	5
	2	8	10

## Gesamt

	Freie Kreditaufnahme		
	Nein <sup>❶</sup>	Ja <sup>❷</sup>	
A	21	5	26
B	10	45	55
C	24	19	43
	55	69	124*

Investitionen in medizinische Gerätschaften bzw. Mobiliar werden mehrheitlich durch pauschale Abgeltungen (Globalbudgets) finanziert. Das heisst, die Spitäler haben bei der Verwendung der Finanzmittel einen gewissen Spielraum. Verschiedene Kantone mit einer Betriebskostenfinanzierung auf Basis von Fallpauschalen gingen dazu über, die Finanzierung der Investitionen durch prozentuale Aufschläge auf den Fallpauschalen abzugelten (z.B. BE, SG, SZ). Sowohl bei den Globalkrediten als auch bei den Aufschlägen auf den Fallpauschalen gilt meist, dass im Falle von sehr grossen Beträgen separate sogenannte Objektkredite beantragt werden müssen – allerdings handelt es sich dann in der Regel um Investitionskredite im Bereich der Immobilien, die hier nicht analysiert werden. Objektkredite auch für medizinische Gerätschaften müssen in der Regel Spitäler in den Kantonen AI, BL, GE, LU, VD, VS, ZG und ZH beantragen. Die Autonomie bei der Investitionsfinanzierung kann durch die Möglichkeit der direkten Aufnahme von Krediten am Kapitalmarkt gestärkt werden. Über solch eine Möglichkeit der direkten Kreditaufnahme verfügen naturgemäss v.a. private Spitäler, bei öffentlichen Spitälern bestehen meist Einschränkungen. Weil Spezialkliniken mehrheitlich privat sind, verfügen sie auch eher über die Möglichkeit der freien Kreditaufnahme.

\* Spitäler mit fehlenden Angaben wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

## Finanzierung: Pauschale Abgeltungen schaffen Autonomie



Beim Teilindex Finanzierung, der die Ausgestaltung der Betriebs- und Investitionsfinanzierung abbildet, weisen vor allem die Kantone GR, SZ, TI und AG relativ hohe Werte auf. Dabei handelt es sich um Kantone, welche den Kantonsanteil für die Betriebskosten auf Basis von AP-DRG finanzieren. Die Investitionen werden über Globalkredite (TI, GR, AG) oder pauschale Investitionszuschläge auf den AP-DRG-Tarifen (SZ) finanziert. Tiefe Indexwerte weisen dagegen die Spitäler GE, BL und AI auf, bei denen das Prinzip der Defizitdeckung vorherrscht und Investitionen über spezifische Objektkredite finanziert werden.

## Teilindex «Finanzierung»

## Analysierte Governance-Variablen:

- Form der Betriebskostenfinanzierung
- Form der Investitionsfinanzierung
- Möglichkeit der Kreditaufnahme

### Grundlagen und Analysefokus

Die Anstellungsbedingungen beeinflussen die Flexibilität bei den Arbeitszeiten, bei der Entlohnung oder auch bei Fragen des Kündigungsschutzes. Privatrechtliche Anstellungsverträge erlauben den Spitälern, flexibler auf den Arbeitsmarkt zu reagieren, zumal von den fixierten öffentlich-rechtlichen Anstellungs- und Besoldungsverordnungen abgewichen werden kann. Für die Analyse der betrieblichen Autonomie wurde deshalb geprüft, welche Vertragsformen (öffentlich oder privat) Anwendung finden. Es bestehen in der Praxis jedoch auch Mischformen. Beispielsweise kommen für Chefärzte und Management privatrechtliche Verträge zur Anwendung, während für das übrige Personal öffentlich-rechtliche gelten. Dieses Modell kann insbesondere in einer frühen Phase der Verselbständigung sinnvoll sein. Es vereinfacht zum Zeitpunkt der Überführung die Administration, weil kein neues Personal- und Lohnreglement erarbeitet werden muss, zudem kann es die Akzeptanz auf Seiten des Personals erhöhen.

### Mehrheitlich privatrechtlicher Natur

In einer knappen Mehrzahl aller Spitäler basieren die Anstellungsbedingungen auf ausschliesslich privatrechtlichen Arbeitsverträgen. Privatrechtliche Anstel-

lungsverträge dominieren in den Kantonen AG, BE, BS, NE, SZ, TG, TI, UR, VD, VS und ZG. Dabei handelt es sich – was nicht überrascht – insbesondere um jene Kantone, in denen die Spitäler mehrheitlich als Aktiengesellschaften, als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten oder auch als Stiftungen/Vereine geführt werden. Im Kanton ZH werden bei rund der Hälfte aller Spitäler privatrechtliche Arbeitsverträge angewandt. Lediglich in den Kantonen OW, SH, VD und ZH gibt es Spitäler, die unterschiedliche vertragliche Grundlagen für ihr Personal anwenden. Im Universitätsspital des Kantons Waadt sind ausschliesslich die Professoren nach öffentlichem Recht angestellt. Das Kantonsspital Schaffhausen führte im Jahr 2006 privatrechtliche Arbeitsverträge nur für das Management ein. Im Kanton OW dagegen verhält es sich umgekehrt. Dort heisst es in der Spitalverordnung (Art. 4): «Das Dienstverhältnis mit dem Spitaldirektor oder der Spitaldirektorin, den Chefärzten und Chefärztinnen, den Leitenden Ärzten und Ärztinnen sowie dem Leiter oder der Leiterin des Pflegedienstes wird im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften durch einen öffentlich-rechtlichen Vertrag begründet.» Allerdings lässt die Verordnung zu, dass von den allgemeinen Vorschriften über den Staatsdienst abgewichen werden kann, sofern «besondere Verhältnisse des Spitalbetriebes» dies erfordern.

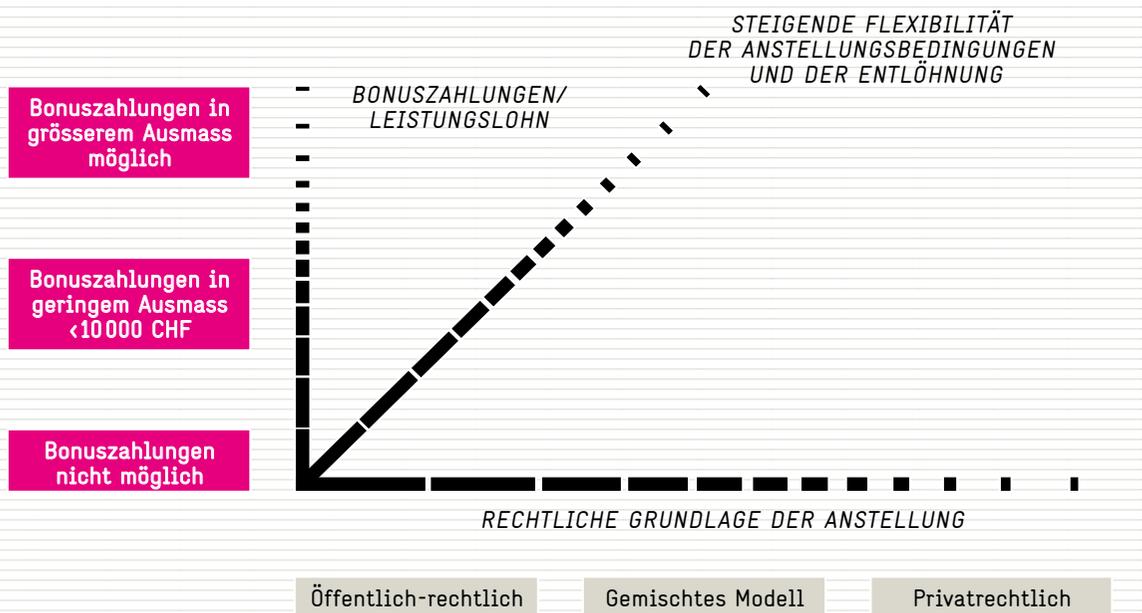
### Grundlagen und Analysefokus

Neben der rechtlichen Ausgestaltung der Arbeitsverträge wird auch die Möglichkeit von leistungsorientierten Bonuszahlungen analysiert. Solche Bonuszahlungen sind wahrscheinlicher, wenn privatrechtliche Arbeitsverträge bestehen. In der Praxis allerdings kann – beispielsweise durch entsprechende Statuten – die Möglichkeit von Bonuszahlungen auch bei Privatverträgen stark eingeschränkt werden. Weil das Thema sensitiv ist und Spitäler ungern darüber Auskunft geben, erfolgt im Rahmen der Untersuchung lediglich eine sehr grobe Klassifikation der Bonuszahlungen (keine Bonuszahlungen, geringe Bonuszahlungen, d.h. <10 000 Franken, bzw. grössere Bonuszahlungen).

### Bonus möglich bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften

Bonuszahlungen sind in einer deutlichen Mehrheit aller Spitäler möglich, wobei es sich mehrheitlich um vergleichsweise kleinere Beträge handelt (unter 10 000 Franken pro Jahr und Person). Interessanterweise zeigt sich, dass leistungsabhängige Bonuszahlungen auch ohne privatrechtliche Arbeitsverträge möglich sind; umgekehrt garantieren privatrechtliche Arbeitsverträge

### Anstellungsbedingungen: Anreize und Flexibilität



keineswegs, dass ein Spital auch Bonuszahlungen, z.B. für Chefarzte oder das Management, vornimmt.

Bonuszahlungen im fünfstelligen Bereich (also ab 10 000 Franken) können Spitäler in den Kantonen AG, GR, NE, NW, OW, TG, ZG und ZH ausrichten. Entgegen der Annahme, dass vor allem Aktiengesellschaften grössere Bonuszahlungen vorsehen können, sind im Kanton AG in beiden Kantonsspitalern Baden und Aarau lediglich Boni von unter 10 000 Franken möglich. Im Kanton GR lag die Obergrenze sogar unter 10 000 Franken pro Person und Jahr. Im Jahr 2005 entfiel diese Obergrenze, so dass es den Spitalern grundsätzlich möglich ist, höhere Bonuszahlungen vorzunehmen, allerdings müssen diese zulasten der Privatversicherten bzw. der Trägerschaft eines Spitals gehen. Im Kanton NE wurden 2006 mit der Zusammenfassung der Spitäler unter die Gruppe «Hôpital neuchâtelois» (selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt) privatrechtliche Arbeitsverträge eingeführt, die auch höhere Bonuszahlungen möglich machen. Zuvor hatten die beiden grossen Spitäler Neuchâtel und La Chaux-de-Fonds öffentlich-rechtliche Arbeitsverträge, während es in den anderen fünf Spitalern (Stiftungen) privatrechtliche Arbeitsverträge gab – Bonuszahlungen waren überhaupt nicht vorgesehen. Mit einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) versucht die Spitalgruppe die Anstel-

lungsbedingungen zu harmonisieren. Gemäss Angaben der Spitalleitung wirken die Vorgaben des GAV eher beengend. Der separate GAV für Ärzte beschränkt deren Jahresgesamteinkommen auf max. 400 000 Franken, was die Rekrutierung von Talenten erheblich erschwert. Bonuszahlungen im fünfstelligen Bereich sind offensichtlich auch in den Kantonen OW und NW möglich – trotz öffentlich-rechtlichen Anstellungsbedingungen. Das Reglement für Chefarzte, das für beide Kantone OW und NW Gültigkeit hat, erlaubt entsprechende Boni.

#### **Restriktivere Westschweiz**

Grössere Bonuszahlungen sind auch bei der Spital AG Zug möglich, wobei diese betont, dass es sich dabei zwar um fünfstellige Beträge, aber um geringe Lohnanteile handeln könne.

Im Kanton ZH gaben folgende Spitäler an, dass fünfstelligen Bonuszahlungen grundsätzlich möglich seien: Sanitas (Stiftung), Balgrist (Verein), Bülach, Männedorf (beide Zweckverband), Limmattal (unselbständige Anstalt) und Schulthess-Klinik (privatrechtliche Stiftung mit privater Trägerschaft). Beim Spital Zollikerberg sind zwar Bonuszahlungen möglich, allerdings wollte die

Spitalleitung keine Auskunft darüber geben, ob sich diese im fünfstelligen Bereich bewegen können. Die beiden Spitäler Winterthur und Universitätsspital können lediglich kleinere Bonuszahlungen vornehmen.

Eher restriktiv zeigt sich die Westschweiz bei der Vergabe von Bonuszahlungen. Grundsätzlich keine Bonuszahlungen gibt es in den Spitälern der Kantone FR, GE, JU und VS. Das Walliser Gesundheitsnetz, das über privatrechtliche Arbeitsverträge verfügt, stellt allerdings ein System mit Bonuszahlungen in Aussicht. Keine Bonuszahlungen gibt es ausserdem in den Kantonen AI, BL und UR.

## Anstellungsbedingungen: Privatrechtlich, wenig Bonus

## Zentrumsversorgung

	Nein <sup>1</sup>	Bonuszahlungen		
		<10000 CHF <sup>2</sup>	>10000 CHF <sup>3</sup>	
<b>A</b>	2	6	4	12
<b>B</b>	1	■	■	1
<b>C</b>	5	8	1	14
	8	14	5	27

## Vertragliche Anstellungsbedingungen:

- A** Für das gesamte Personal privatrechtliche Verträge
- B** Gemischtes Modell (z.B. unterschiedlich für Pflegepersonal/ Administration und Management/Ärzte)
- C** Öffentlich-rechtliche Arbeitsverträge (z.B. Kantonale Personal- bzw. Besoldungsverordnung)

## Bonuszahlungen:

- <sup>1</sup> Bonuszahlungen nicht vorgesehen
- <sup>2</sup> Kleinere Bonuszahlungen (bis 10000 CHF) möglich
- <sup>3</sup> Grössere Bonuszahlungen (ab 10000 CHF) möglich

## Grundversorgung

	Nein <sup>1</sup>	Bonuszahlungen		
		<10000 CHF <sup>2</sup>	>10000 CHF <sup>3</sup>	
<b>A</b>	14	23	10	47
<b>B</b>	0	2	1	3
<b>C</b>	7	15	14	36
	21	40	25	86

In einer knappen Mehrheit aller Spitäler gelten für alle Mitarbeiter privatrechtliche Arbeitsverträge. Privatrechtliche Arbeitsverträge dominieren – nicht überraschend – bei den Aktiengesellschaften aber auch den selbständigen Anstalten. Zwar kann die Mehrzahl aller Spitäler leistungsabhängige Bonuszahlungen vornehmen, allerdings handelt es sich vor allem um kleinere Beträge unter 10000 CHF. Die Bonuszahlungen setzen allerdings keineswegs zwingend privatrechtliche Arbeitsverträge voraus. Bonuszahlungen können grundsätzlich auch ohne privatrechtliche Arbeitsverträge geleistet werden; umgekehrt werden bei privatrechtlichen Arbeitsverträgen nicht mit Sicherheit (höhere) Bonuszahlungen vorgenommen. Bei Betrachtung der Spitaltypen zeigt sich, dass grössere Bonuszahlungen bei Spezialkliniken tendenziell eher üblich sind. Bei den Arbeitsverträgen zeigen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Spitaltypen.

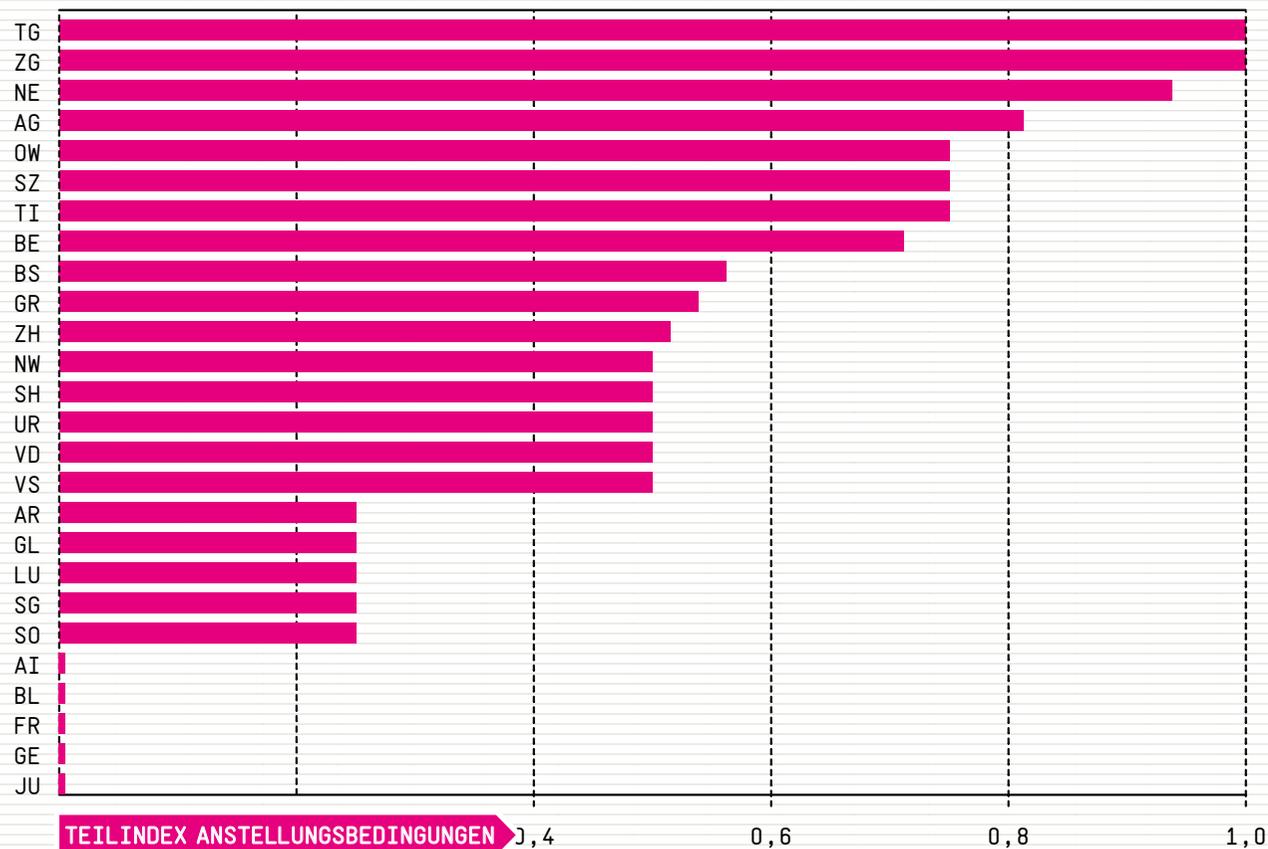
## Spezialkliniken

	Nein <sup>1</sup>	Bonuszahlungen		
		<10000 CHF <sup>2</sup>	>10000 CHF <sup>3</sup>	
<b>A</b>	2	1	3	6
<b>B</b>	■	■	■	■
<b>C</b>	1	2	2	5
	3	3	5	11

## Gesamt

	Nein <sup>1</sup>	Bonuszahlungen		
		<10000 CHF <sup>2</sup>	>10000 CHF <sup>3</sup>	
<b>A</b>	18	30	17	65
<b>B</b>	1	2	1	4
<b>C</b>	13	25	17	55
	32	57	35	124

## Anstellungsbedingungen: Restriktive Westschweiz



Beim Teilindex Anstellungsbedingungen, der die Ausgestaltung der Arbeitsverträge sowie die Möglichkeiten der leistungsabhängigen Bonuszahlungen abbildet, weisen vor allem die Kantone TG, ZG und NE hohe Indexwerte auf. In all diesen Kantonen gelten vornehmlich privatrechtliche Arbeitsverträge, Bonuszahlungen im fünfstelligen Bereich sind bei allen Institutionen möglich. Geringe Indexwerte haben dagegen die Kantone JU, GE, FR, BL und AI. Höhere Bonuszahlungen sind gerade bei Spitälern, die in der engeren Kantonsverwaltung sind oder als unselbständige Anstalten geführt werden, eher selten. Ausserdem zeigen die Daten, dass tendenziell in der Westschweiz höhere Bonuszahlungen selten sind.

Teilindex «Anstellungsbedingungen»

Analysierte Governance-Variablen:

- Rechtliche Grundlagen der Anstellung
- Möglichkeit von Bonuszahlungen

### Grundlagen und Analysefokus

Die Immobilien der Schweizer Spitäler gehören vielfach der öffentlichen Hand. Verselbständigte Spitäler sind lediglich Mieter. Hierdurch ergeben sich weit reichende Konsequenzen. Haben strategische Entscheidungen eines Spital-Verwaltungsrates Einfluss auf das Leistungsportfolio oder die Bettenkapazitäten, sind damit nicht selten bauliche Massnahmen verbunden. Weil die baulichen Veränderungen durch den Eigentümer bewilligt werden müssen, kann die Politik explizit Einfluss auf die Entscheidungen des Verwaltungsrates einer Spital AG nehmen. Durch Rückweisung der beantragten baulichen Veränderungen können solche Entscheidungen durch den Regierungsrat oder gar das Parlament aufgehoben werden.

Offensichtlich nehmen die betriebswirtschaftlichen Freiheiten zu, wenn das Eigentum an den Immobilien bei der Spitalgesellschaft ist. Eine selbständige Anstalt mit Eigentum an den Immobilien kann durchaus eine höhere betriebliche Flexibilität aufweisen als eine Spital AG, welche die Immobilien von der kantonalen Verwaltung mieten muss. Im Rahmen der Analyse wurde ausschliesslich das Eigentum an den Spitalgebäuden betrachtet. Nicht untersucht wurden die Grundstücke – nur in einzelnen Fällen sind diese im Rahmen von Baurechtsverträgen eigentumsässig vom Boden separiert.

### Öffentliche Hand hält oft am Eigentum fest

Insgesamt verfügt rund die Hälfte aller betrachteten Betriebe über das Eigentum an ihren Immobilien. Eigentum an ihren Gebäuden haben insbesondere die Spitäler in den Kantonen AG, BE, BS, GR, JU, NE, SZ, VD und ZH. Nicht überraschend zeigt sich, dass die privaten Spitäler Immobilieneigentümer sind – dabei handelt es sich mehrheitlich um Stiftungen, deren Kapital im Wesentlichen in der Liegenschaft gebunden ist. Neben den privaten Institutionen sind es auch Spitäler, bei denen im Rahmen der Verselbständigung eine Übertragung der Spitalliegenschaften vorgenommen wurde. Dazu gehören die Kantone BE und GR.

In GR beispielsweise besitzt der Kanton heute keine Spitalimmobilien mehr. Grundsätzlich gehören die Immobilien direkt den Spitalern (bzw. den Stiftungen). Ausnahmen stellen jene Spitäler dar, die im Eigentum der Gemeinden sind und keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen – also die Spitäler Davos, Oberengadin und Bregaglia, die als unselbständige Anstalten geführt werden. Im Kanton SZ, der mit einer Aktiengesellschaft, einem Verein mit privater Trägerschaft und einer privatrechtlichen Stiftung eine sehr heterogene Spitallandschaft aufweist, sind alle Immobilien im Eigentum der Spitäler. Die Immobilien des Spitals Lachen, das den

beiden Bezirken March und Höfe gehört und als AG betrieben wird, waren vor der rechtlichen Privatisierung in direktem Eigentum der Bezirke. Dann wechselten die Immobilien auf Basis eines Baurechtsvertrags in das Eigentum des Spitals.

#### Westschweizer Spitäler als Eigentümer, hybride Lösung im Wallis

In der Westschweiz verfügen auch zahlreiche selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten über das Eigentum an ihren Immobilien. Dazu gehören das Hôpital du Jura und das Hôpital neuchâtelois. Im Kanton NE war der Kanton Eigner der Immobilien der beiden grossen Spitäler Neuchâtel und La Chaux-de-Fonds. Bei den anderen Spitälern waren dagegen in der Regel die Stiftungen Eigentümer. Seit Anfang 2006 ist die Spitalgruppe direkte Eignerin der Immobilien, der Boden allerdings ist Eigentum des Kantons.

Beim Gesundheitsnetz Wallis hat der Kanton eine Art hybride Lösung gewählt. Vor der Überführung in das Gesundheitsnetz waren die zehn eigenständigen Spitäler vor allem als privatrechtliche Stiftungen bzw. Vereine mit öffentlicher Trägerschaft organisiert. Die Überführung in

die Anstalt bedurfte daher auch einer Übertragung der Spitalimmobilien an den Kanton. Weil die Stiftungen bzw. Vereine zuvor Eigner der Immobilien waren, stellt der Kanton diese dem Gesundheitsnetz Wallis (GNW) kostenlos zur Verfügung. Formell gehören heute die Immobilien dem Kanton, faktisch allerdings verfügt das GNW über relativ hohe Kompetenzen. Es ist verantwortlich für die Verwaltung, den Unterhalt, die Renovationen und Umbauten und trägt damit alle Lasten und Verpflichtungen eines Eigentümers. Das GNW ist zudem auch Bauherr für sämtliche Arbeiten, die an den Infrastrukturen ausgeführt werden. Allerdings hat das Spital alle vier Jahre dem Kanton einen Rahmenplan für die Infrastrukturentwicklung zu übermitteln, der Staatsrat entscheidet schliesslich über die Integration in die mehrjährige Budgetplanung. Auch für eine Vermietung der Immobilien an Dritte bedarf das Gesundheitsnetz einer Bewilligung durch die Kantonsverwaltung – Erträge aus der Vermietung gehen allerdings an das Gesundheitsnetz.

Nur wenige Spitäler, die von den Kantonen in rechtlich eigenständige Aktiengesellschaften eingebracht wurden, verfügen heute auch über das Immobilieneigentum. Die Spitalgruppe Thurgau AG (Aktiengesellschaft seit 2000), die Kantonsspitäler Aarau und Baden (AG seit 2004),

die Solothurner Spitäler AG (AG seit 2006) oder das Zuger Kantonsspital (AG seit 1999) sind noch heute nicht Eigner ihrer Immobilien. Eigentümer der Immobilien ist dagegen die Spitäler Chur AG.

#### Kreditaufnahme als ergänzendes Element

In der Praxis garantiert das Eigentum an den Spitalimmobilien nicht in jedem Fall volle Freiheiten bei deren Bewirtschaftung. Weil der Kanton gegebenenfalls über Investitionsbeiträge die Spitalgebäude (mit)finanziert, kann er Einschränkungen bei deren Nutzung machen. Höhere Unabhängigkeit hat ein Spital dann, wenn es durch direkte Kreditaufnahme bei einer Bank Neu- und Umbauten der Gebäude selber finanzieren kann. Die Daten zeigen, dass dies bei 46 Spitalern zutrifft.

Beim Spital Brugg (AG), welches bis ins Jahr 2005 existierte, waren die Immobilien im Eigentum der Spitalstiftung. Träger der Stiftung waren neben dem Kanton auch verschiedene Gemeinden. Weil das neue medizinische Zentrum Immobilien an andere Anstalten vermietet, erhebt der Kanton aufgrund seiner Investitionsbeiträge entsprechenden Anspruch auf die Einnahmen. Ähnliche Unklarheiten gibt es offenbar auch

beim Spital Muri. Dort stellt sich der Kanton AG auf den Standpunkt, dass er durch seine Mitfinanzierungen ein Mitspracherecht bei der Art der Gebäudenutzung hat.

#### Immobilien und Kreditaufnahme: Komplementäre Elemente

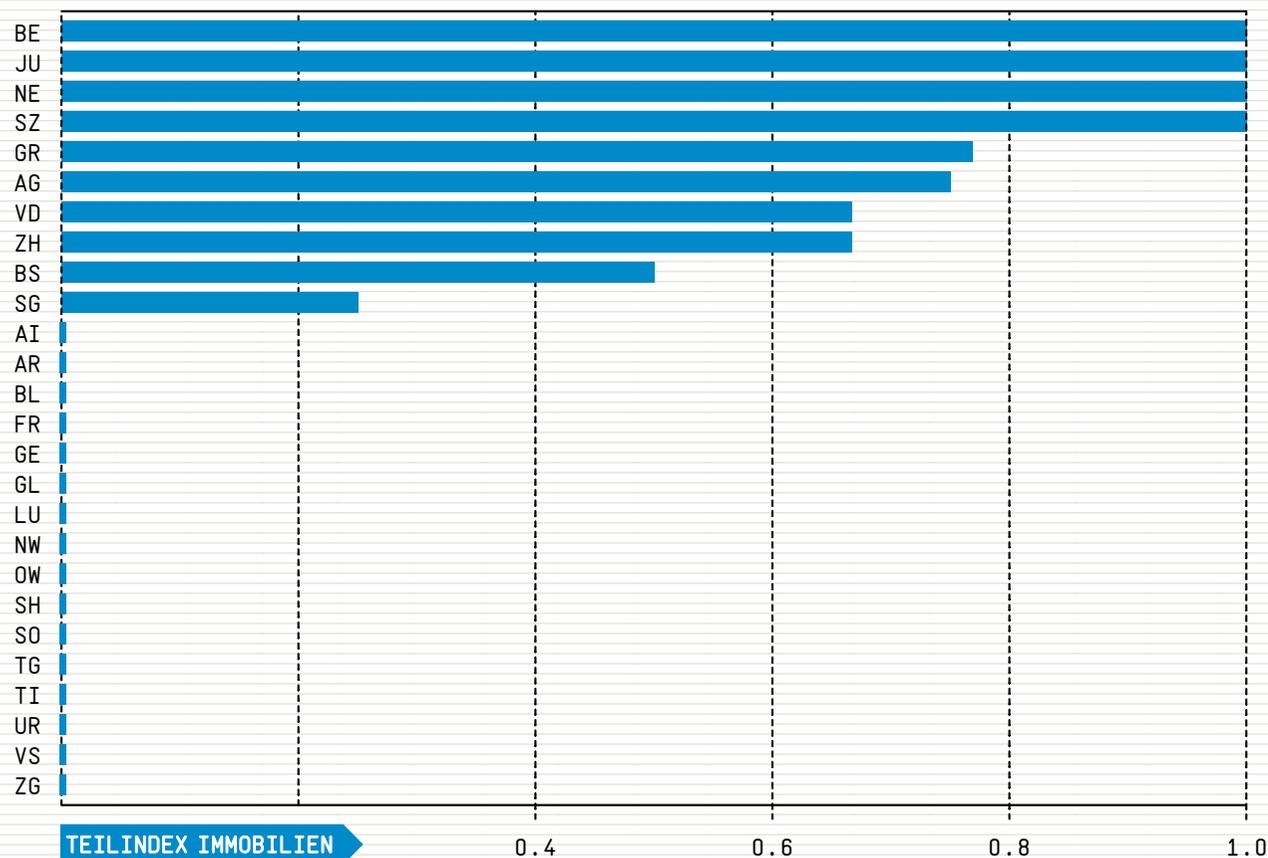
		Immobilienbesitz		
		öff. Hand	Spital	
Freie Kreditaufnahme	Ja	23	46	69
	Nein	38	17	55
		61	63	124

#### Immobilien: Fest in öffentlicher Hand

	Eigentum an Spitalimmobilien			
	öff. Hand	Spitalbetrieb		
Zentrumsversorgung	21	6	27	
Grundversorgung	40	47	87	
Spezialkliniken	1	10	11	
		62	63	125

Eigner ihrer Immobilien sind vor allem die privaten Spitäler, also vorwiegend private Vereine und Stiftungen. Bei den öffentlichen Spitalern hingegen dominiert das staatliche Eigentum. Trotz rechtlicher Verselbständigung der Spitäler bleiben in der Regel die Kantone oder ggf. die Gemeinden selber Eigner der Spitalliegenschaften. Im Zuge der rechtlichen Verselbständigung kam es einzig in den Kantonen BE und GR zur Übertragung der Spitalliegenschaften. Aufgrund des höheren Anteils an Privatkliniken sind vor allem die Spezialkliniken im Eigentum ihrer Gebäude, Spitäler der Zentrumsversorgung dagegen sind nur in wenigen Fällen Eigner ihrer Immobilien.

## Immobilien: Der Staat redet mit



Der Teilindex Immobilien erfasst lediglich die Tatsache, ob die Spitalgebäude im Eigentum des Spitals oder der öffentlichen Hand sind, so dass die Gebäude vom Spitalbetrieb angemietet werden müssen. Aufgrund seiner Eindimensionalität zeigt der Index an, wie hoch der Anteil Spitäler ist, welche über das Eigentum an den Liegenschaften verfügen. Der Teilindex ist von hoher Relevanz, zumal viele strategische Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Leistungsportfolio Auswirkungen auf die Nutzung der Gebäude haben und damit ggf. politische Entscheide nach sich ziehen. Über Eigentum an den Immobilien verfügen jeweils alle Spitäler in den Kantonen BE, JU, NE und SZ. Die Daten zeigen, dass mit einer rechtlichen Privatisierung, wie sie z.B. in den Kantonen TG, SO, ZG oder AG (Kantonsspitäler) vollzogen wurde, nur selten auch ein Übergang des Immobilieneigentums erfolgt.

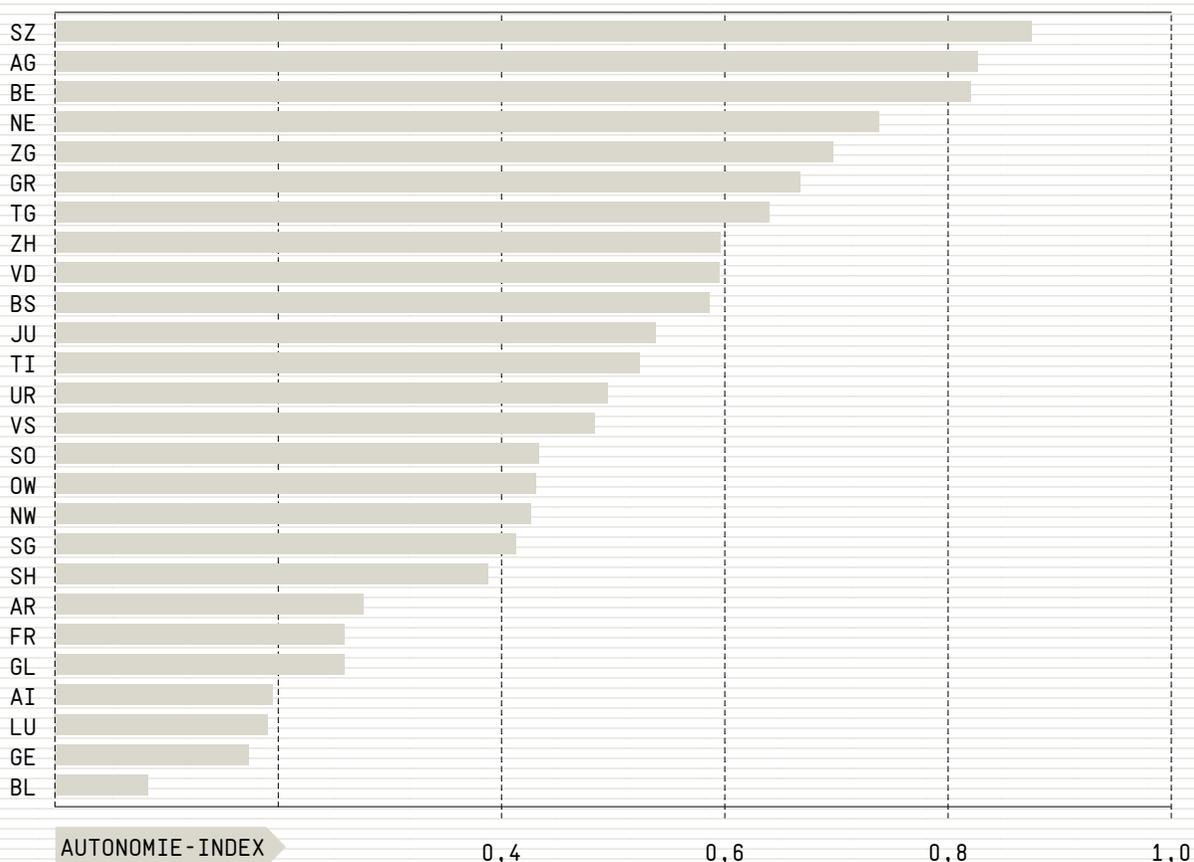
**Teilindex «Immobilien»**  
 Analysierte Governance-Variablen:  
 - Immobilieneigentum

### Hoher Index-Wert in SZ, AG, BE, NE und ZG

Die fünf Dimensionen der betrieblichen Unabhängigkeit lassen sich zu einem Gesamtindex aggregieren. Ein solcher Autonomie-Index stellt ein Mass für die Unabhängigkeit der Spitäler von der kantonalen Verwaltung bzw. der kantonalen Politik dar. Der Index wird durch eine einfache Aggregation der Teilindizes aus dem Kapitel 3 berechnet. Weil die Studie keine Aussagen zur relativen Bedeutung der fünf Dimensionen macht, werden sie im Autonomie-Index gleich gewichtet. Es ist daher einzuschränken, dass aufgrund dieser ungewichteten Aggregation die Index-Differenzen zwischen den Kantonen kein genaues Mass für die relative betriebswirtschaftliche Autonomie darstellen.

Der Autonomie-Index erlaubt dennoch eine einfache Rangierung der durchschnittlichen betriebswirtschaftlichen Autonomie anhand der betrachteten Governance-Dimensionen. Dabei zeigt sich, dass die Kantone SZ, AG und BE die Autonomie-Spitzenreiter sind, gefolgt von den Kantonen NE, ZG und GR. Am Ende der Skala der betrieblichen Unabhängigkeit rangieren die Kantone BL, GE, LU, AI, GL, FR und AR. Die andere Hälfte der Kantone und Halbkantone bewegt sich im Mittelfeld.

Autonomie-Index: Grosse Differenzen

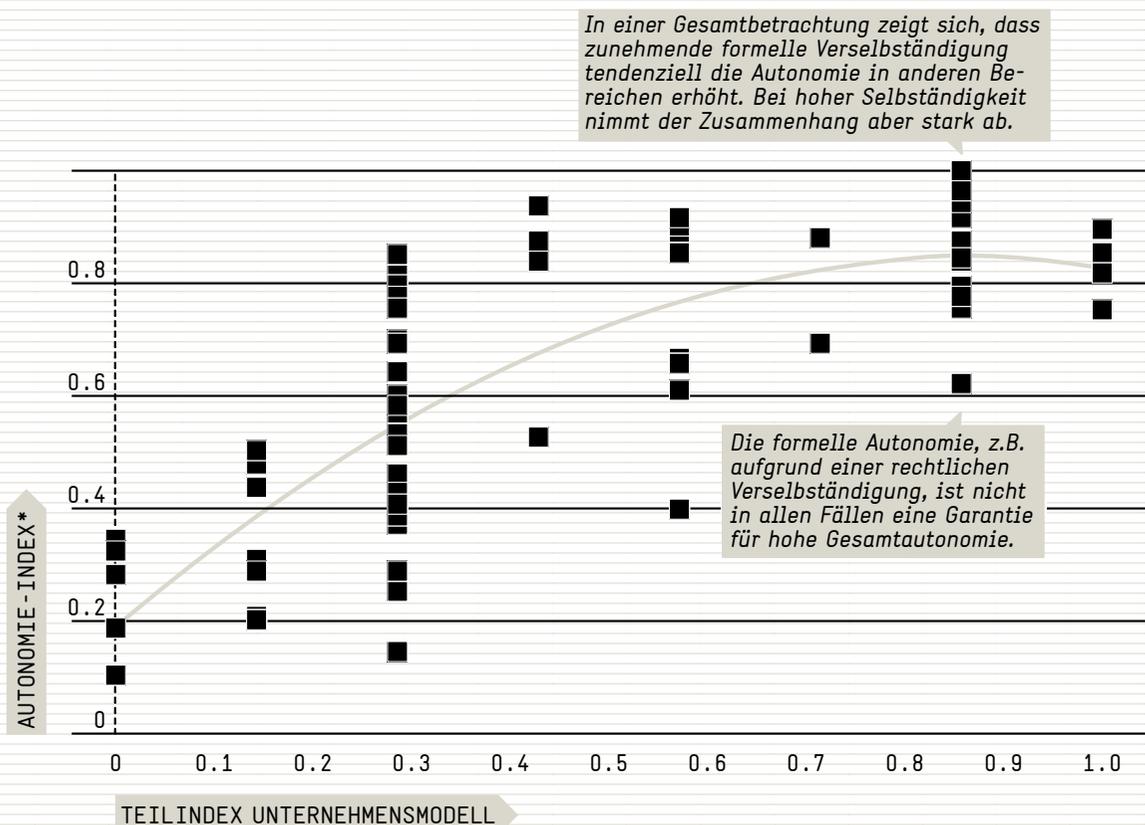


### Unternehmensmodell als wichtiger Treiber der Autonomie

In einer Gesamtbetrachtung zeigt der Autonomie-Index weder ein auffälliges Gefälle zwischen grossen und kleinen Kantonen noch zwischen Stadt- und Landkantonen oder zwischen der West- und der Ostschweiz. Nicht überraschend zeigt sich dagegen eine starke Korrelation zwischen den oben diskutierten Governance-Dimensionen. Der Teilindex «Unternehmensmodell» korreliert relativ deutlich mit den übrigen Teilindizes: Je eher ein Spital rechtlich und eigentumsmässig privatisiert ist, desto höher ist tendenziell auch die Autonomie bei den anderen betrachteten Governance-Dimensionen.

Entsprechend weisen vor allem privat organisierte Spitäler eine höhere Autonomie auf als jene, die in irgendeiner Form Teil der öffentlichen Hand sind. Private weisen v.a. bei der Führung grössere Unabhängigkeit von Politik und Verwaltung auf. Daneben gelten in der Regel private Arbeitsverträge, und die Immobilien sind meist Eigentum des Spitals – vielfach handelt es sich um Stiftungs- oder Vereinseigentum. Ein Vergleich des Autonomie-Indexes zwischen vollständig oder teilweise öffentlichen Spitätern einerseits und gänzlich privaten Institutionen andererseits zeigt deutlich, dass private

### Autonomie und Unternehmensmodell: Korrelation



\*exklusiv Teilindex Unternehmensmodell

Spitäler im Durchschnitt eine deutlich höhere Unabhängigkeit aufweisen.

Angesichts dieses Vergleichs ist es wenig überraschend, dass der Kanton SZ den höchsten durchschnittlichen Autonomie-Index aufweist. Zwei von drei Spitälern im Kanton sind privat – das dritte ist zwar in öffentlichem Eigentum, aber rechtlich als Aktiengesellschaft verselbständigt. Der Kanton weist aber nicht nur einen hohen Autonomie-Teilindex bei den Unternehmensmodellen auf. Auch bei den andern Dimensionen der betrieblichen Unabhängigkeit stehen die Schwyzer Spitäler weit oben. Beispielsweise sind die Spitalliegenschaften im Eigentum der Spitäler, die Finanzierung der Betriebskosten wird über AP-DRG sichergestellt und der Investitionen über pauschale Zuschläge, die Kreditaufnahme ist möglich, und die Arbeitsverträge sind durchwegs privatrechtlicher Natur.

### Formelle Autonomie als wichtiger, aber nicht hinreichender Faktor

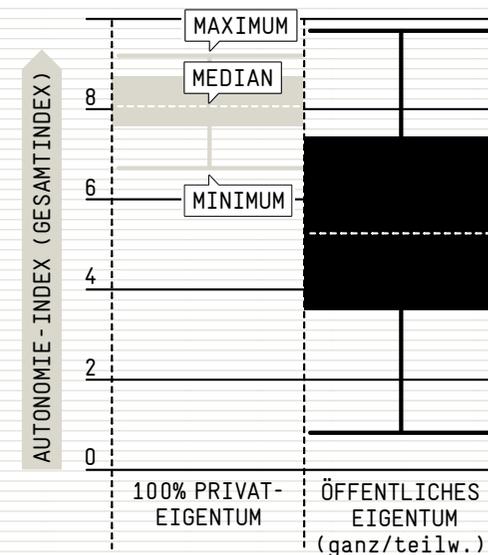
Klammert man die Frage des Eigentums aus und betrachtet einzig die Rechtsform, also die formelle Privatisierung, zeigt sich noch immer ein relativ robuster

Zusammenhang mit dem Autonomie-Index. Verwaltungseinheiten und unselbständige Anstalten weisen im Durchschnitt deutlich geringere Autonomie-Indizes auf als privatrechtliche Institutionen. Allerdings schneiden die als Aktiengesellschaft organisierten Spitäler nicht erkennbar besser ab als Stiftungen und Vereine. Bei Letzteren handelt es sich meist um private Institutionen. Wichtiger als die Rechtsform ist für die betriebliche Unabhängigkeit vielmehr das Gewicht des privaten Elements.

Der Zusammenhang zwischen Rechtsform und der Rangierung auf dem Autonomie-Index scheint auf den ersten Blick offensichtlich, allerdings ist er nicht in jedem Fall zwingend. Bei Spitalreorganisationen wurden in der Westschweiz in den vergangenen Jahren vor allem selbständige Anstalten geschaffen (z.B. FR, JU, NE oder VS), während in der Deutschschweiz tendenziell eher Aktiengesellschaften gebildet wurden (z.B. AG, BE, TG, ZG). Der Kanton NE zeigt dabei, dass auch im Falle einer mittleren formellen Unabhängigkeit eine hohe faktische Unabhängigkeit resultieren kann. In NE wird die Spitalgruppe Hôpitaux neuchâtelois als selbständige Anstalt geführt. Einen hohen Autonomie-Index hat die Gruppe nicht zuletzt aufgrund der Indikatoren in den Bereichen Personal und Immobilien.

*Privat versus öffentlich:*

*Privateigentum stärkt Autonomie*

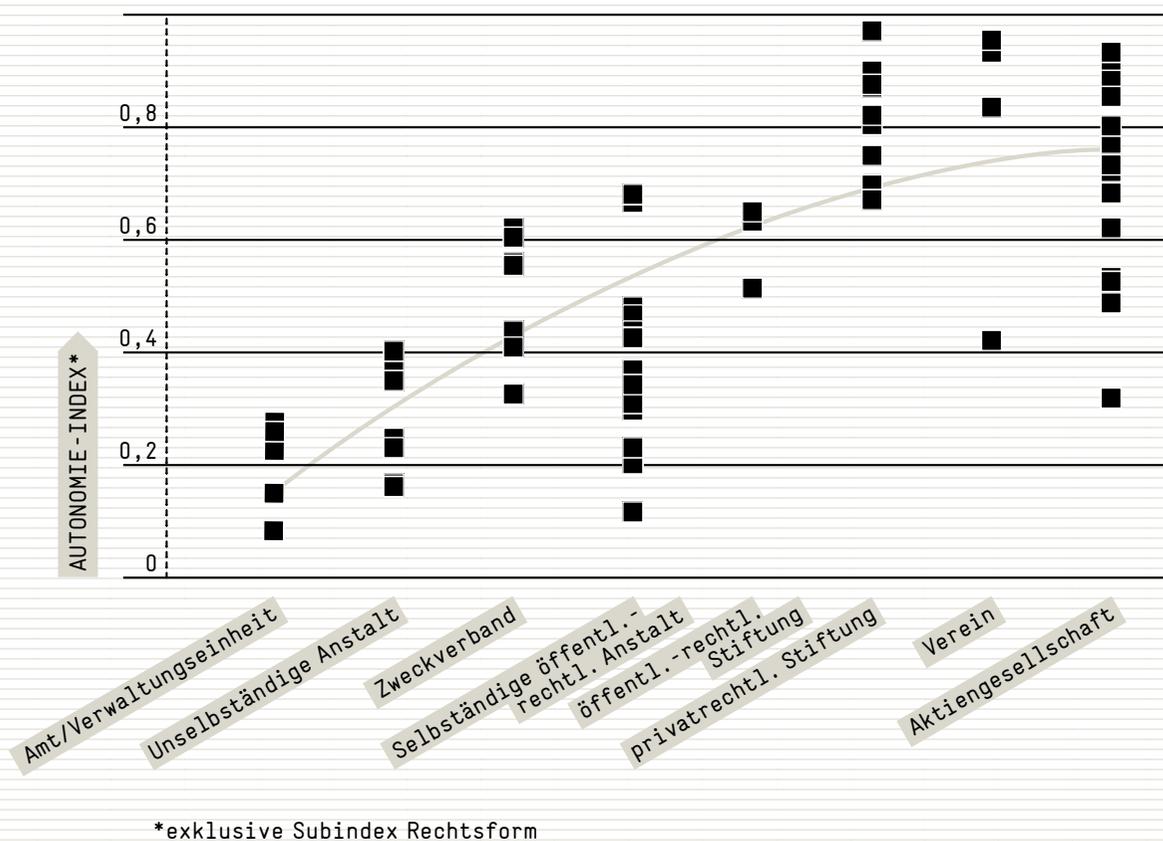


Privatrechtliche Arbeitsverträge, die Möglichkeit von Bonuszahlungen sowie Immobilieneigentum verleihen der Spitalgruppe relativ höhere betriebswirtschaftliche Unabhängigkeit.

Interessant ist der direkte Vergleich mit den Genfer Spitälern, die im Gesamtindex eine weit geringere Autonomie aufweisen. Zwar sind auch sie selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten, die übrigen erfassten Governance-Strukturen zeigen jedoch sehr restriktive Regelungen. Beispielsweise gelten konsequent öffentlich-rechtliche Anstellungsbedingungen, leistungsabhängige Boni sind nicht möglich, die Immobilien sind in Kantonseigentum, und bei der Subventionierung durch den Kanton gilt die Defizitdeckung.

Spitäler mit einer sehr geringen formellen Autonomie weisen dagegen selten eine signifikante Gesamtautonomie auf. Auf den geringsten Autonomie-Index kommen die Kantone BL, LU, AI und GL. In all diesen Kantonen werden alle oder zumindest eine Mehrzahl aller Spitäler als Einheiten der engeren Kantonsverwaltung bzw. als unselbständige Anstalten geführt. Diese Organisationsformen lassen in der Regel kaum einen betriebswirtschaftlichen Spielraum zu, weder im Personal- noch im Immobilienbereich. Eine rechtliche Verselbstän-

Rechtsform: Treiber der Autonomie



digung stellt also alleine noch keine Garantie für betriebswirtschaftliche Autonomie dar. Die tatsächliche Autonomie kann durch die Ausgestaltung weiterer Governance-Strukturen beeinflusst werden. Die Schaffung einer minimalen rechtlichen Selbständigkeit, beispielsweise durch die Schaffung einer eigenständigen Rechtspersönlichkeit, ist dafür aber eine notwendige Voraussetzung.

### Höhere formelle Autonomie, doch der Staat bleibt dominierend

Insgesamt zeichnet sich bei der Mehrzahl der Kantone ein deutlicher Trend in Richtung höhere formelle Autonomie ab. Spitäler werden vermehrt aus der Verwaltung ausgegliedert und mit einer eigenständigen Rechtsform versehen. Neben der selbständigen Anstalt findet vor allem die Aktiengesellschaft Anwendung. Parallel zur rechtlichen Verselbständigung verfügen die Spitäler über eigenständige Führungsgremien (Verwaltungs-/Spitalräte), die mehrheitlich mit unabhängigen Fachpersonen besetzt werden.

Bei genauerem Hinsehen relativiert sich die Unabhängigkeit der Spitäler von der Politik und der Verwaltung allerdings sehr. So ist das Ausmass des privaten Engagements noch immer bescheiden. Kantone und Gemeinden sind die bedeutendsten Eigner und Betreiber somatischer Akutspitäler. Und bei den rechtlich privatisierten Spitälern bleibt in der Regel die öffentliche Hand alleinige Eignerin – obschon das Gesetz private Aktionäre zulassen würde. Dabei ist davon auszugehen, dass eine Beteiligung für Private ohnehin unattraktiv ist. Einerseits sind die Spitalbetriebe auch im Falle von Aktiengesellschaften nicht gewinnorientiert. Andererseits ist es Privaten meist verwehrt, eine Mehrheitsbeteiligung

zu übernehmen, um so auch strategisch Einfluss auszuüben.

Daneben wird die betriebswirtschaftliche Autonomie durch weitere Faktoren eingeschränkt. So verfügen die öffentlichen Spitäler nur in wenigen Fällen über Eigentum an den Immobilien. Als eine zum Bau und zur Lokalisierung ermächtigte Autorität und als Vermieterin der Spitalgebäude kann die öffentliche Hand bei strategischen Entscheiden weiterhin Einfluss nehmen. Daneben wird die Autonomie auch durch die Instrumente der Finanzierung eingeschränkt. Zwar werden die Globalbudgets vermehrt auf Basis von AP-DRG berechnet, doch gelten bei der tatsächlichen Leistungsabrechnung am Ende der Rechnungsperiode unterschiedliche und komplexe Systeme, welche die Möglichkeiten und Anreize der Gewinnerwirtschaftung durch Effizienzsteigerungen oder durch Marktanteilsgewinne tendenziell reduzieren. Noch deutlicher wird die betriebswirtschaftliche Autonomie bei den Investitionen eingeschränkt. Oftmals müssen Spitäler spezifische Objektkredite beantragen. Damit wird jede Anschaffung im Rahmen des kantonalen Voranschlags zur politischen Entscheidung. Auch ist es vielen Spitälern verwehrt, direkt Kredite am Kapitalmarkt bzw. bei Finanzinstituten aufzunehmen, um grössere Anschaffungen selber zu finanzieren. Falls

der Kanton günstigere Kreditkonditionen erhält, kann dies durchaus sinnvoll sein. Allerdings ist dieser Umstand gleichzeitig ein Nachteil für private Spitalbetreiber, die ihre Leistungen in Konkurrenz zu den öffentlichen Spitälern anbieten.

### Die Rolle des Wettbewerbs

Bei den subventionierten somatischen Akutspitälern gibt es heute nur geringen Wettbewerb. Ein Mindestmass an Wettbewerb entsteht dann, wenn mehrere unabhängige Spitalbetriebe pro Kanton existieren, zwischen denen die grundversicherten Patienten auswählen können. Dies ist bedingt in grösseren Kantonen wie z.B. ZH, GR oder VD der Fall. Die unterschiedlichen Spitalbetriebe stehen insofern in einer Art Wettbewerb zueinander, weil sie bei der Vergabe der kantonalen Subventionen miteinander in Konkurrenz stehen. Kantone mit einer hohen Anzahl Spitäler können eine Art künstlichen Wettbewerb durch Benchmarking-Systeme bei der Vergabe von Betriebsmitteln einführen. Im Angelsächsischen wird diese Form des Wettbewerbs als «Yardstick Competition» bezeichnet.

In Kantonen mit jeweils einem Spital wie z.B. NW, OW, SH, UR oder ZG ist die freie Spitalwahl zusätzlich ein-

geschränkt. Die fehlenden Alternativen innerhalb des Kantons machen die Spitäler nahezu zu Monopolbetrieben. Vor diesem Hintergrund muss auch die Konsolidierung von Spitalbetrieben unter einer Rechtsform und Geschäftsleitung im Rahmen der Gruppenbildung, wie sie z.B. in den Kantonen FR, SO, VS und TI stattgefunden hat, relativiert werden. Zwar können durch die Gruppenbildung eher Skaleneffekte erzielt werden, die Möglichkeit von Wettbewerbsmodellen innerhalb des Kantons wird jedoch reduziert.

Sowohl der fehlende Wettbewerb innerhalb der Kantone als auch die eingeschränkten Möglichkeiten der Nutzung von Skaleneffekten (insbesondere in den kleineren Kantonen) unterstreichen die Notwendigkeit eines kantonsübergreifenden Spitalmarktes, der sowohl Wettbewerb als auch betriebliche Konsolidierungen über die Kantonsgrenzen hinaus möglich macht. Insofern ist die vom Parlament im Dezember 2007 verabschiedete neue Spitalfinanzierung ein wichtiger Baustein für effektiven Wettbewerb. Danach dürfen die Grundversicherten in Zukunft in der ganzen Schweiz unter den Listenspitalern frei wählen, wobei allerdings der Wohnkanton und die Krankenkassen eine ausserkantonale Spitalbehandlung höchstens zu jenem Tarif bezahlen, der am Wohnort des Patienten gilt. Daneben soll die kantonale Spitalfinan-

zierung gänzlich auf Fallpauschalen umgestellt werden. Ausserdem erfolgt eine Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler auf der kantonalen Spitalliste.

Noch allerdings fokussiert diese Art von Wettbewerb einzig die unterschiedlichen Qualitätsniveaus – Patienten wählen das Spital gemäss ihren Informationen über die Behandlungsqualität. Ein effektiver Spitalmarkt müsste jedoch zwingend auch den Preis berücksichtigen. Sowohl die Kantone als auch die Versicherer könnten jene Spitäler als Vertragspartner aussuchen, welche die tiefsten Preise bzw. Fallpauschalen offerieren. Im eigenen Interesse würden sie dabei Anforderungen an die Qualität stellen, zumal schlechte Qualität mit kostentreibender Rehospitalisierung einhergehen könnte. Ausserdem haben Patienten bzw. Versicherte ein vitales Interesse daran, dass ihre Versicherung mit guten Leistungserbringern zusammenarbeitet.

Damit allerdings echter Wettbewerb zwischen den privaten und öffentlichen Spitälern entstehen kann, müsste der Staat als neutrale Partei auftreten. Solange der Staat als Spitalplaner, -betreiber, Leistungseinkäufer und Regulator auftritt, wird dies nicht der Fall sein. Möglicherweise werden die Kantone aus politischen Gründen versuchen, ihre Spitäler im zunehmenden

Wettbewerb besser zu stellen – z.B. durch versteckte Subventionen bei der Finanzierung der Immobilien. Konsequenterweise muss sich der Staat von seinem Engagement als Betreiber von Spitälern zurückziehen und sich auf die Rolle des Regulators und Leistungseinkäufers konzentrieren. Die Praxis zeigt bereits heute, dass auch Private erfolgreich ein Spital betreiben können. Ob es sich dabei um gewinnorientierte oder um gemeinnützige Institutionen handelt, ist dabei nicht entscheidend – beide Unternehmensverfassungen können in einem freien Markt vorteilhaft sein. Das aber heisst, dass sich Kantone und Gemeinden mittelfristig von ihrem Spital Eigentum trennen müssten – eine Forderung, welche auch von den Gesundheitsökonomern WIDMER, BECK, BOOS STEINMANN und ZEHNDER in ihrer jüngsten Reformskizze für das Schweizer Gesundheitswesen gestellt wurde (vgl. WIDMER et al. 2007).

#### **Mangel an Transparenz**

Ohne Transparenz bei der Leistungsqualität machen sowohl betriebswirtschaftliche Autonomie als auch Elemente des Wettbewerbs im Spitalmarkt wenig Sinn. Weil objektive Qualität für den Patienten nur schwer erkennbar und messbar ist, könnte ein Spitalmanagement

versucht sein, kurzfristige Gewinnsteigerungen durch tiefere Qualität zu erzielen. Beispielsweise würde die Behandlungsintensität bei Patienten, die aufgrund ihres spezifischen Krankheitsbildes Kosten über den AP-DRG-Tarifen verursachen, tendenziell zurückgefahren.

Längerfristig sind tiefe Kosten und hohe Behandlungsqualität aber durchaus miteinander vereinbar, beispielsweise durch hohe Spezialisierung und hohe Fallzahlen. Allerdings müssen diese Zusammenhänge für Patienten und Versicherer transparent gemacht werden. Möchte man Elemente des Wettbewerbs in den Spitalmarkt bringen, sind daher auch interkantonal vergleichbare Qualitätsdaten auf Ebene der Spitäler notwendig – Wettbewerb funktioniert heute weder über den Preismechanismus noch über die Transparenz der Behandlungsqualität.

Heute fehlen öffentlich zugängliche Informationen. Zwar wurden bei den Spitälern mit Unterstützung von Facharztgruppen oder auch der Stiftung Patientensicherheit diverse Projekte im Bereich der Qualitätssicherung initialisiert. Die dabei erhobenen Daten sind allerdings nicht für die Öffentlichkeit bestimmt. Ein grosser Schritt in Richtung einer höheren Transparenz dürfte eine neue Publikation des Bundesamtes für Gesundheit

(BAG) darstellen. Auf Basis der medizinischen Statistik werden noch im Jahr 2008 Daten bezüglich Mortalität oder auch Fallzahlen pro Spital veröffentlicht. Bislang wurden entsprechende Daten nur aggregiert ausgewiesen. Das BAG wird diese Rohdaten aufbereiten müssen, um sie aussagekräftig zu machen (z.B. Risikoadjustierung). Daneben verfolgt auch der Spitalverband H+ ein Projekt zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und -vergleichbarkeit.

Natürlich ist bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten Vorsicht geboten. Fehlinterpretationen oder Fehlreize auf Seiten der Spitäler sind zu verhindern. Beispielsweise müssten Fallzahlen auch in Zusammenhang mit der Anzahl operierender Ärzte bzw. Operationsteams gebracht werden, ansonsten sind kaum Aussagen über die Erfahrung bzw. Routine möglich. Ausserdem müsste verhindert werden, dass Spitäler ihre Statistiken beispielsweise durch die frühzeitige Entlassung von Patienten mit hohem Sterberisiko schönfärben. Hierzu sind entsprechende Controlling-Mechanismen nötig.

Unter Berücksichtigung dieser Herausforderungen ist die Veröffentlichung von standardisierten und kantonsübergreifenden Qualitätsdaten ein zentrales Element für einen funktionierenden Spitalmarkt. Gemeinsam mit

der freien Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus werden damit wichtige – wenn auch noch nicht hinlängliche – Grundlagen für effektiven Wettbewerb geschaffen. Auf dem Weg zu einem gesamtschweizerischen Spitalmarkt dürften weitere Entscheide auf Bundesebene zu treffen sein, dazu gehört z.B. der Wegfall des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Und schliesslich benötigen Spitäler betriebswirtschaftliche Autonomie, um sich im Wettbewerb zu positionieren. Wie aber die vorliegende Untersuchung zeigt, bestehen hier noch grosse Defizite. Für den freien Markt sind die heutigen Governance-Strukturen vieler Spitäler kaum geeignet.

Für die Schweiz ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Arbeitgeber und damit von grosser ökonomischer Bedeutung. Versorgungsdichte und -qualität sind hochstehend. Die Kosten steigen kontinuierlich an, unsere Ansprüche ebenso. Gesunde und Kranke setzen sich mit den Kosten allerdings erst dann auseinander, wenn sie direkt betroffen sind – entweder im Frühsommer im Rahmen der Diskussionen um die Prämien des Folgejahres oder im Falle von Krankheit und der damit zusammenhängenden Selbstbeteiligung an den Kosten. Die Tatsache, dass der Zuwachs an Angestellten im Gesundheitswesen höher ist als derjenige in der gesamten Wirtschaft, spricht dafür, dass die Effizienz zu wünschen übrig lässt. Eine Mengenausweitung in allen Bereichen (ambulant, teilstationär und stationär) dürfte einer der Gründe dafür sein.

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Finanzierung der Spitäler auch heute noch sehr unterschiedlich ist und dass in vielen Fällen Fehlanreize bestehen. Obschon die Spitäler in den vergangenen Jahren ihre Steuerungsinstrumente wesentlich verbessert haben, fehlt heute noch immer Transparenz bezüglich der Kosten und der Qualität, obschon dies die entscheidenden Faktoren für das Bestehen in einem Wettbewerb sind. Es ist deshalb zwingend, dass die Spitäler ihre Erträge nicht über die

Vergütung von Kosten generieren, sondern über Preise für erbrachte Leistungen. Oder anders ausgedrückt: Spitäler müssen als Unternehmen bestehen. Wichtig ist deshalb auch, dass das Unternehmen Spital aus der öffentlichen Verwaltung herausgelöst wird, damit es eine eigene Rechtspersönlichkeit und damit mehr Autonomie sowie Handlungsspielraum erhält. Die Autonomie soll für öffentliche Spitäler nicht bedeuten, dass sie einen Freipass erhalten, um sich den Leistungsauftrag selber zu gestalten. Vielmehr sollen sie bezüglich Governance, Investitionen und Immobilien wie ein Unternehmen handeln und entscheiden können. Strukturen müssen so definiert sein, dass Entscheide dort, wo notwendig, rasch und unbürokratisch getroffen werden können. Mit einem Verwaltungsrat und einer Geschäftsleitung, deren Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten analog der Privatwirtschaft klar definiert sind, ist das möglich.

Wesentliche Aspekte sind die strategische Ausrichtung und die Frage nach Allianzen. Die Bemühungen auf politischer Ebene, die hoch spezialisierte Medizin zu konzentrieren und zu koordinieren, werfen für Spitalräte Fragen im Zusammenhang mit der Leistungserbringung und dem Investitionsbedarf auf. Zu beantworten gilt es unter anderen folgende Fragestellungen: Wie viel

wollen und müssen wir selber machen? Können wir das auch finanzieren? Welche Leistungen sind Teil des Auftrags und welche sind es nicht? Erste Erfahrungsberichte und Ergebnisse zeigen, dass zum Beispiel die Bildung von Spitalgruppen auch über die Kantonsgrenzen hinaus eine deutliche Effizienzsteigerung bewirkt, wobei die Ausbeute betreffend die Schaffung von Synergien durch das Erreichen kritischer Mengen noch verstärkt werden kann. Weitere Qualitätsverbesserungen einerseits sowie Kostensenkungen andererseits sind dadurch möglich. Viel versprechend sind beispielsweise auch Verträge zwischen öffentlichen und privaten Institutionen, die einen gemeinsamen Betrieb von kostenintensiven Geräten bezwecken. Die Auslastung der Geräte kann so deutlich verbessert und die Versorgung regional und/oder überregional sichergestellt werden.

Regulierung und Planung werden künftig vermehrt über Kosten und Qualität erfolgen. Es ist deshalb zwingend, dass die Spitäler ihre Qualitätsdaten offenlegen, und zwar so, dass sie für die verschiedenen Anspruchsträger aussagekräftig und verständlich sind. Es werden schon heute viele Daten erhoben; entscheidend ist aber, wie sie aufbereitet werden und wie aussagekräftig bzw. vergleichbar sie sind. In jedem Fall müssen sie für die beteiligten Gruppen eine brauchbare Grundlage für wichtige

Entscheidungen darstellen. Ein Patient muss beurteilen können, welches Spital für sein Leiden das richtige ist. Die Politiker müssen darüber entscheiden, ob einem Spital ein Leistungsauftrag vergeben werden kann, und die Versicherer, zu welchen Bedingungen die Leistungen finanziert werden.

Die Einführung von DRG und damit die Finanzierung über Fallkostenpauschalen wird die Spitäler auf drastische Art zwingen, ihre Patientenprozesse zu überprüfen und zu optimieren. Dazu gehört auch die Frage, welche Leistungen selber angeboten werden und wo Synergiepotenzial im Verbund mit anderen Leistungserbringern besteht. Das viel gerühmte Outsourcing muss dabei aber nicht die Lösung aller Probleme sein. Bereits der Prüfungsprozess interner Abläufe sowie die Evaluation möglicher Outsourcing-Potenziale können geeignet sein, die eigene Leistungsfähigkeit und Effizienz zu verbessern.

*Dr. Christiane Roth*

- BIERSACK, Ortrud** (2005): Spitalplanung und Spitalisten in der Krankenversicherung: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen, Berlin.
- BIRKMEYER, J.D. et al.** (2002): Hospital Volume and Surgical Mortality in the U.S.; *New England Journal of Medicine*, 346, 15: 1128–1137.
- BOOS, Leo und Rolf ZEHNDER**: Zürcher Spitäler sollten Ketten bilden; in: *Neue Zürcher Zeitung*, 3. Juli 2007.
- Bundesamt für Statistik** (2007): Krankenhausstatistik, Bern.
- Bundesamt für Statistik** (2006): Beschäftigungsstatistik, Bern.
- BUSCHOR, Ernst** (2006): Entfesselt die Spitäler, in: *H-Competence* 7-8/06.
- CHRISTENSEN, Tom; Per LAEGREID und Inger Marie STIGEN** (2004): Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform, Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen.
- FARSI, Mehdi und Filippini MASSIMO** (2005): An Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals, Eidgenössische Technische Hochschule, Zürich.
- FROIDEVAUX, Yves und Peter BUCHER** (2000): Integrationsstrategien für Spitäler; in: *Der Schweizer Treuhänder* 3/2000.
- HAGEN, Terje P.** (2004): The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals; Department of Economics, University of Bergen.
- Handelszeitung**: Mit Fallpauschale Kosten senken; 17.–23. Oktober 2007.
- KOHLER, Marc** (2006): Spital Thurgau AG: Die Selbständigkeit hat Erfolg; in: *H-Competence* 7-8/06.
- LAEGREID, Per; Stale OPEDAL; Inger Marie STIGEN** (2005): The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 6, Dec. 2005.
- MAMBERTO, Carola** (2007): What factory managers can teach hospitals wards; in: *The Wall Street Journal*, July 2.
- MOUGEOT, Michel und Francois MARÉCHAL** (2006): Cost Variability, Quality of Care and Hospitals' Payment Systems; in: *Bulletin de la Société D'Etudes Economiques et Sociales*, Special Issue Vol. 64 June 2006.
- Neue Zürcher Zeitung** (2007): Für Richtungsentscheid im Gesundheitswesen; 7. Dezember 2007.
- Neue Zürcher Zeitung** (2006): Wenn die Blinddarm-Operation überall gleich viel kostet; 26. April 2006.
- POLEDNA, Thomas** (2006): Verselbständigte Spitäler: Wie viel Freiheit haben sie? in: *H-Competence* 7-8/06.
- RÜEFLI, Christian** (2005): Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen, Büro Vatter im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- SCHEDLER, Kuno** (2002): Corporate Governance bei Staatbetrieben, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 19. März 2002, S. 29.
- STEINMANN, Lukas; Gunnar DIETRICH; Alexander KARMANN und Peter ZWEIFEL** (2004): Measuring and comparing the (in)efficiency of German and Swiss hospitals; in: *The European Journal of Health Economics*, 2004, 5: 216–226.
- OECD** (2007): OECD-Gesundheitsdaten, Paris.
- Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK)** (2007): Zusammenstellung der Spitaltarifstrukturen in allen Kantonen, Bern.
- WIDMER, Werner; Konstantin BECK; Leo BOOS; Lukas STEINMANN und Rolf ZEHNDER** (2007): Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität; Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, No. 91.

## Übersicht Spitäler

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
AG	Kantonsspital Aarau	■	K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	1.00	0.75	0.00	0.65
	Kantonsspital Baden	■	K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.85	0.85	0.75	0.00	0.60
	Gesundheitszentrum Fricktal	■	K122	priv. Stiftung	0.45	0.75	1.00	0.75	1.00	0.80
	Bezirksspital Zofingen	■	K122	Aktiengesellschaft	1.00	0.85	1.00	0.75	1.00	0.90
	Kreisspital für das Freiamt Muri	■	K122	priv. Stiftung	0.45	0.75	1.00	1.00	1.00	0.85
	Spital Menziken	Asana-Gruppe	K123	Aktiengesellschaft	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	0.95
	Regionalspital Leuggern		K123	Aktiengesellschaft	0.85	1.00	1.00	1.00	1.00	0.95
	Klinik Barmelweid	■	K235	Aktiengesellschaft	1.00	0.90	1.00	0.50	1.00	0.90
AI	Kantonales Spital und Pflegeheim Appenzell	■	K123	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.85	0.00	0.00	0.00	0.20
AR	Kantonsspital Herisau	Spitalverbund Appenzell	K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.40	0.55	0.25	0.00	0.30
	Kantonsspital Heiden		K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.40	0.55	0.25	0.00	0.30
BE	Inselsspital	■	K111	priv. Stiftung	0.85	0.90	0.85	0.25	1.00	0.80
	Spitalzentrum Biel	■	K112	Aktiengesellschaft	0.70	0.90	0.85	0.75	1.00	0.85
	Spital Thun-Simmental AG	Spital Thun-Simmental AG	K112	Aktiengesellschaft	0.55	1.00	0.85	0.75	1.00	0.85
	Bezirksspital Saanen		K123	Aktiengesellschaft	0.55	1.00	0.85	0.75	1.00	0.85
	Spital Ziegler	Spitalnetz Bern (inkl. Spital Münsingen)	K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	Spital Tiefenau		K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	Spital Aarberg		K122	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	Spital und Altersheim Belp		K123	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	Spital Riggisberg		K123	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	SRO Spital Region Oberaargau AG		■	K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00
	Regionalspital Emmental AG	■	K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
	Spitäler FMI AG	■	K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80

## Übersicht Spitäler

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
	Hôpital du Jura Bernois SA	■	K122	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.85	0.75	1.00	0.80
<b>BL</b>	Kantonsspital Bruderholz	■	K112	Teil Verwaltung	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00	0.10
	Kantonsspital Liestal	■	K112	Teil Verwaltung	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00	0.10
	Kantonsspital Laufen	■	K122	Teil Verwaltung	0.00	0.40	0.00	0.00	0.00	0.10
	Universitäts-Kinderspital beider Basel	■	K233	selb. öff. Anstalt	0.30	0.75	-	0.00	0.00	-
<b>BS</b>	Universitätsspital Basel	■	K111	Teil Verwaltung	0.00	0.50	0.00	0.25	0.00	0.15
	St.-Clara-Spital AG	■	K121	Aktiengesellschaft	1.00	0.85	0.45	0.75	1.00	0.80
	Bethesda Spital	■	K122	priv. Verein	0.85	1.00	0.45	0.75	1.00	0.80
	Gemeindespital Riehen	■	K123	selb. öff. Anstalt	0.30	-	0.45	0.50	0.00	-
<b>FR</b>	Kantonsspital Fribourg		K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.45	0.00	0.00	0.25
	Hôpital de la Gruyère, Riaz	Hôpital fribougeois (inkl. Billens und Châtel-St-Denis)	K121	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.45	0.00	0.00	0.25
	Spital des Sensebezirks, Tafers		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.45	0.00	0.00	0.25
	Bezirksspital Meyriez		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.45	0.00	0.00	0.25
<b>GE</b>	Hôpital Universitaire de Genève	■	K111	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.00	0.00	0.00	0.15
	Clinique de Jolimont	■	K123	selb. öff. Anstalt	0.30	-	0.00	0.00	0.00	-
<b>GL</b>	Kantonsspital Glarus	■	K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.35	0.55	0.25	0.00	0.25
<b>GR</b>	Kantonsspital Chur		K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	1.00	0.50	1.00	0.80
	Kreuzspital Chur	Kantonsspital Graubünden	K122	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	1.00	0.50	1.00	0.80
	Kantonales Frauenspital Fontana		K232	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	1.00	0.50	1.00	0.80
	Spital Oberengadin		■	K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.40	1.00	0.50	0.00
	Spital Davos	■	K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.25	1.00	0.50	0.00	0.40
	Regionalspital Surselva	■	K122	öff. Stiftung	0.30	0.75	1.00	0.50	1.00	0.70

## Übersicht Spitäler

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
	Regionalspital Prättigau	■	K123	priv. Stiftung	0.45	-	1.00	1.00	1.00	-
	Krankenhaus Thusis	■	K123	öff. Stiftung	0.30	0.65	1.00	0.50	1.00	0.70
	Ospidal Engadina Bassa	■	K123	öff. Stiftung	0.30	-	1.00	0.50	1.00	-
	Ospedale San Sisto	■	K123	öff. Stiftung	0.30	-	1.00	0.50	1.00	-
	Kreisspital Surses	■	K123	öff. Stiftung	0.30	0.75	1.00	0.50	1.00	0.70
	Ospidal Val Müstair	■	K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	1.00	0.50	1.00	0.70
	Ospedale Asilo della Bregaglia Flin	■	K123	unselb. öff. Anstalt	0.15	-	1.00	0.50	0.00	-
<b>JU</b>	Hôpital du Jura	■	K121	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	0.00	1.00	0.55
<b>LU</b>	Kantonsspital Luzern	■	K112	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.40	0.15	0.25	0.00	0.20
	Kantonsspital Sursee-Wolhusen	■	K121	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.40	0.15	0.25	0.00	0.20
<b>NE</b>	Hôpitaux Cadolles-Pourtalès		K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Hôpital de la Ville		K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Hôpital-Maternité de la Béroche & environs		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Hôpital de Val-de-Ruz Landeyeux	Hôpital neuchâtelois	K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Hôpital et Maternité du Val de Travers		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Hôpital du Locle		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	La Chrysalide Centre de soins palliatifs		K235	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.55	1.00	1.00	0.75
	Fondation de l'Hôpital de la Providende	■	K123	priv. Stiftung	0.85	-	0.55	0.50	1.00	-
<b>NW</b>	Kantonsspital Nidwalden	■	K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.45	0.50	0.00	0.45
<b>OW</b>	Kantonsspital Obwalden	■	K122	unselb. öff. Anstalt	0.15	0.85	0.45	0.75	0.00	0.45
<b>SG</b>	Kantonsspital St. Gallen	Kantonsspital St. Gallen <sup>2</sup>	K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.65	0.55	0.25	0.00	0.35

## Übersicht Spitäler

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
	Spital Wil	Spitalregion Fürstenland Toggenburg <sup>3</sup>	K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.65	0.55	0.25	0.00	0.35
	Kantonsspital Grabs		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.65	0.55	0.25	0.00	0.35
	Kantonsspital Walenstadt	Spitalregion Rheintal	K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.65	0.55	0.25	0.00	0.35
	Kantonsspital Altstätten		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.65	0.55	0.25	0.00	0.35
	Kantonsspital Uznach (Spitalregion Linth)	■	K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.35	0.55	0.25	0.00	0.30
	Ostschweizer Kinderspital	■	K233	öff. Stiftung	0.30	0.75	0.55	0.25	1.00	0.55
	Kinder- und Jugendpsychiatri- sches Zentrum Sonnenhof	■	K233	priv. Stiftung	0.85	0.65	0.55	0.25	1.00	0.65
<b>SH</b>	Kantonsspital Schaffhausen	■	K121	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.55	0.50	0.00	0.40
<b>SO</b>	Bürgerspital Solothurn	Solothurner Spitäler AG	K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.45	0.25	0.00	0.45
	Kantonsspital Olten		K121	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.45	0.25	0.00	0.45
	Spital Grenchen		K122	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.45	0.25	0.00	0.45
	Soloturnische Höhenklinik Allerheiligenberg		K123	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.45	0.25	0.00	0.45
	Spital Dornach		K123	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.45	0.25	0.00	0.45
<b>SZ</b>	Spital Schwyz	■	K122	priv. Verein	0.85	0.90	1.00	0.75	1.00	0.90
	Spital Lachen	■	K122	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	1.00	0.75	1.00	0.85
	Regionalspital Einsiedeln	■	K123	priv. Stiftung	0.85	0.75	1.00	0.75	1.00	0.85
<b>TG</b>	Kantonsspital Frauenfeld	Spital Thurgau AG (seit 2000)	K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.70	1.00	0.00	0.65
	Kantonsspital Münsterlingen		K112	Aktiengesellschaft	0.55	0.90	0.70	1.00	0.00	0.65

## Übersicht Spitäler

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
TI	Ospedale Regionale di Lugano	Ente Ospedaliero Cantonale (seit 2000)	K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
	Ospedale San Giovanni, Bellinzona		K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
	Ospedale la Carità, Locarno		K121	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
	Ospedale Beata Vergine, Mendrisio		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
	Ospedale Bleniese, Acquarossa		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
	Ospedale Distrettuale, Faido		K123	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	1.00	0.75	0.00	0.50
UR	Kantonsspital Uri	■	K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.85	0.85	0.50	0.00	0.50
VD	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	■	K111	Teil Verwaltung	0.00	0.40	0.70	0.25	0.00	0.30
	Hôpital Riviera	■	K121	priv. Stiftung	0.85	1.00	0.85	0.50	1.00	0.85
	Centre Hospitalier Yverdon Chamblon	Etablissements Hospitalier du Nord Vaudois	K121	priv. Verein	0.45	-	0.85	0.50	1.00	-
	Reseau des soins hospitaliers		K122	priv. Verein	0.45	-	0.85	0.50	1.00	-
	Ensemble Hospitalier de la Côte	■	K121	priv. Verein	0.85	-	0.85	0.75	1.00	-
	Hôpital intercantonal de la Broye	■	K122	Zweckverband	0.30	0.85	0.85	0.50	0.00	0.50
	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique	■	K122	Aktiengesellschaft	1.00	0.90	0.85	0.50	1.00	0.85
	Hôpital du Chablais	■	K122	priv. Verein	0.45	0.75	0.85	0.50	0.00	0.50
Hôpital du Pays d'Enhaut	■	K123	priv. Verein	0.70	-	0.85	0.50	1.00	-	
VS	Hôpital régional de Sion- Hérens-Conthey (soins aigus)	Gesundheitsnetz Wallis / Réseau Santé Valais	K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50
	Regionalspital St. Maria		K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50
	Hôpital de Sierre		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50
	Hôpital Régional de Martigny		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50
	Hôpital du Chablais VS		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50
	Spital Brig		K122	selb. öff. Anstalt	0.30	0.90	0.70	0.50	0.00	0.50

Kanton	Spital <sup>1</sup>	Bildung einer Spitalgruppe (seit 2003)	BFE- Typologie	Rechtsform	Autonomie (Indexwerte)					Gesamt- Index
					Unternehmens- modell	Führungsstruktur	Finanzierung	Personal	Immobilien	
ZG	Zuger Kantonsspital	■	K121	Aktiengesellschaft	0.70	0.90	0.85	1.00	0.00	0.70
ZH	Universitätsspital Zürich	■	K111	selb. öff. Anstalt	0.30	0.60	0.70	0.25	0.00	0.35
	Kantonsspital Winterthur	■	K112	selb. öff. Anstalt	0.30	0.75	0.70	0.25	0.00	0.40
	Stadtpital Triemli	■	K112	Teil Verwaltung	0.00	0.40	0.70	0.00	0.00	0.25
	Stadtpital Waid	■	K112	Teil Verwaltung	0.00	0.35	0.70	0.25	0.00	0.25
	Spital Limmattal	■	K121	Zweckverband	0.30	0.60	0.70	0.50	1.00	0.60
	Gesundheitsversorgung	■	K121	Zweckverband	0.30	0.65	0.70	0.25	0.00	0.40
	Spital Uster	■	K121	Zweckverband	0.30	0.75	0.85	0.50	1.00	0.70
	Spital Zollikerberg	■	K121	priv. Stiftung	0.85	0.90	0.85	-	1.00	-
	Spital Bülach	■	K121	Zweckverband	0.30	0.65	0.85	0.50	1.00	0.65
	Kreisspital Männedorf	■	K122	Zweckverband	0.30	0.85	0.70	0.50	0.00	0.45
	Schwerpunktpital Zimmerberg	■	K122	priv. Stiftung	0.45	0.75	0.85	0.75	1.00	0.75
	Stiftung Krankenhaus Sanitas	■	K122	priv. Stiftung	0.85	0.65	0.70	1.00	1.00	0.85
	Bezirksspital Affoltern	■	K123	Zweckverband	0.30	0.65	0.85	0.25	1.00	0.60
	Universitätsklinik Balgrist	■	K231	priv. Verein	0.85	0.90	0.85	1.00	1.00	0.95
	Schulthess Klinik	■	K231	priv. Stiftung	0.85	1.00	0.85	1.00	1.00	0.95
	Kinderspital Zürich	■	K233	priv. Stiftung	0.85	-	0.85	0.75	1.00	-
	Schweizerische Epilepsie-Klinik	■	K235	priv. Stiftung	0.85	0.75	0.85	0.50	1.00	0.80
	SuneEgge	■	K235	priv. Stiftung	0.85	-	0.85	0.50	1.00	-

1) Definiert gemäss der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler», Bundesamt für Gesundheit, 2004

2) Spitalregion zusammen mit den Spitälern Rorschach und Flawil

3) Zusammen mit dem Spital Wattwil

- 1) Die Definition eines Spitalbetriebes im Rahmen dieser Untersuchung erfolgt nach der Publikation «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2004» des Bundesamtes für Gesundheit (die wiederum auf der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik 2003 und 2004 basiert). Diese Publikationen bilden grundsätzlich die Situation des Jahres 2003 ab, als die erfassten Spitalbetriebe noch separat geführt wurden. Spitalbetriebe, die nach dem Jahr 2003 in einer Gruppe zusammengefasst wurden, weisen daher automatisch dieselben Governance-Strukturen (Unternehmensmodell, Führungsstruktur, Finanzierung, Anstellungsbedingungen, Immobilien) auf.
- 2) Vgl. Protokoll der 8. Sitzung vom 10. Mai 2004, 08.00 Uhr im Kantonsratssaal in Schaffhausen (<http://grossratsprotokolle.sh.ch/BAND/s%5C2004-05-10.htm>)
- 3) Vgl. SP des Kantons AG (<http://www.sp-aargau.ch/grosser-rat/aktueller-sitzungsbericht/detailansicht/archive/2003/februar/article/selbstaendige-staatsanstalt-oder-privatisieren-in-eine-ag/>)
- 4) Vgl. Statuten der Kantonsspital Baden AG ([http://www.ksb.ch/images/Statuten\\_der\\_KSB\\_AG.pdf](http://www.ksb.ch/images/Statuten_der_KSB_AG.pdf))
- 5) [http://www.so-h.ch/fileadmin/Dateien/soH/Allgemein/soH\\_jb\\_2006.pdf](http://www.so-h.ch/fileadmin/Dateien/soH/Allgemein/soH_jb_2006.pdf)
- 6) Vgl. <http://www.stgag.ch/article/article.php3?art=12>
- 7) Das Hôpital intercantonal de la Broye wird in der Untersuchung dem Kanton VD zugeordnet, analog der Statistik Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2004 vom Bundesamt für Gesundheit (auf Basis der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik 2003 und 2004). Weil das Spital selber keinen eigentlichen Zweckverband darstellt, gilt für den Betrieb vielmehr die einfache Gesellschaft.
- 8) Das Kinderspital beider Basel wird im Rahmen der Analyse dem Kanton BL zugerechnet, analog der Zuordnung des BAG und gemäss Standort Bruderholz.
- 9) Vgl. [http://www.gef.be.ch/site/gef\\_spa\\_gesetz\\_spv\\_g\\_umsetzung\\_eigentuerstrategie\\_rsz.pdf](http://www.gef.be.ch/site/gef_spa_gesetz_spv_g_umsetzung_eigentuerstrategie_rsz.pdf)
- 10) Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ophthalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Dermatologie und Venereologie, Medizinische Radiologie, Geriatrie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, andere Tätigkeitsbereiche.
- 11) Allerdings nur für das Kinderspital beider Basel relevant, zumal es sich bei den übrigen Spitälern im Kanton BL um Institutionen der kantonalen Verwaltung handelt. Im Verwaltungsrat des Kinderspitals sind je ein Vertreter des Regierungsrates von BL und von BS vertreten.
- 12) Weil bei der Zusammensetzung der operativen Führung des Ospidal Engadina Bassa Informationen fehlen, ist das Spital in der Übersichtsgrafik nicht berücksichtigt.
- 13) Mit der verstärkten DRG-basierten Finanzierung entstanden in Norwegen offensichtlich auch Anreize des Missbrauchs, nicht zuletzt, weil es an effektiven Kontroll-Mechanismen fehlte. Im Jahr 2003 wurden erste Fälle von falschen Diagnosen bekannt. Eine

Klinik stellte bei rund 50 Prozent der Patienten krankhaftes Schnarchen fest, das operativ behandelt werden müsste; Gleiches galt für die Notwendigkeit von Mandelentfernungen. Zwischen 1999 und 2003 stiegen in Norwegen die operativen Eingriffe wegen Schnarchens um mehr als 100 Prozent an. Das Wachstum war weniger durch ein sprunghaftes Ansteigen krankhaften Schnarchens begründet, vielmehr waren die entsprechenden Operationen aufgrund ihrer DRG-Klassifizierung finanziell überdurchschnittlich interessant. Ärzte hatten bei der Diagnoseerstellung signifikante Freiheiten, die sie offenbar missbrauchten, um zusätzliche und teurere Krankheitsbilder darzustellen. Spielraum für so genanntes Creative Coding gab auch das Ranking unterschiedlicher Krankheitsbilder im Falle multipler Beschwerden oder die Festlegung der Behandlungsphase.

- 14) MIPP (Modell integrierte Patientenpfade) ist ein vom Kantonsspital Aarau entwickeltes Fallpauschalensystem, basierend auf Patientenpfaden (vergleichbar mit DRG).
- 15) Vgl. auch GDK (2007)
- 16) Der Normpreis stellt einen durchschnittlichen AP-DRG-Tarif pro Fall dar, wobei dieser mit dem Faktor 1 gewichtet wird. Je nach AP-DRG Klassifizierung variiert der tatsächliche Gewichtungsfaktor pro Fall. Die Multiplikation des Normpreises mit dem Fallgewicht ergibt jene Betriebskosten, die einerseits durch den Kanton und andererseits durch den Versicherer (Baserate) getragen werden. Zur Kalkulation eines Globalbudgets aufgrund AP-DRG müssen die geplanten Fallzahlen mit einem geplanten durchschnittlichen Fallgewicht (CMI) multipliziert werden. In der Regel wird für den Gewichtungsfaktor das tatsächliche durchschnittliche Fallgewicht (Kalkulations-CMI) der vorletzten Rechnungsperiode verwendet. Mengenabweichungen von mehr als 5 Prozent werden im Rahmen der Nachkalkulation, mit 50 Prozent des kantonalen Anteils am Normpreis multipliziert, mit dem Kalkulations-CMI abgegolten.

Das vorliegende Kantonsmonitoring zur Autonomie der Spitäler beruht auf einer von Avenir Suisse selbst durchgeführten Datenerhebung und verdankt seine Entstehung somit den Inputs und Kommentaren zahlreicher Mit-helfer und Mitarbeiter. In rund 120 zeitaufwändigen telefonischen Interviews gaben Vertreter von kantonalen Verwaltungen und Spitälern bereitwillig Auskunft über die Governance-Strukturen ihrer Institutionen. Intern wurde der Autor Urs Meister bei der Sammlung und Aufbereitung der Spitaldaten von Alex Stauffacher und Nadja Lévano unterstützt.

Bei der Konzeption des Kantonsmonitoring konnte Avenir Suisse auf Hinweise und Informationen von Felix Ammann (Expertsante), Semya Ayoubi und Michael Jordi (GDK), Arnold Bachmann (Kantonsspital Graubünden), Marcel Egger, Thomas Poledna, Christian Rüefli und Jean-Claude Rey (Verein APDRG Suisse) zurückgreifen. Besonders wichtige Anregungen kamen von Christiane Roth, welche das Projekt von Anfang an begleitete.

Das Lektorat besorgten Ernst Buschor, Lukas Steinmann und – wie immer – Beat Kappeler. Gestaltung und Satz stammen von Yves Winistoerfer (Blackbox AG), Abschlussredaktion und Produktionsvorbereitung lagen in den Händen von Jörg Naumann, das Korrektorat bei Marianne Sievert.

© 2008 Avenir Suisse

**Avenir Suisse**

Giessereistrasse 5

CH-8005 Zürich

T: +41 44 445 90 00

F: +41 44 445 90 01

Antenne genevoise

8, quai du Rhône

CH-1205 Genève

T: +41 22 749 11 00

T: +41 22 749 11 01

[www.avenir-suisse.ch](http://www.avenir-suisse.ch)

Impressum:

Herausgeber: Avenir Suisse, Zürich

Gestaltung, Satz und Produktion: blackbox.ch

Druck: Druckerei Robert Hürlimann AG, Zürich