

Solothurn, Mai 2017

Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025

Kanton Solothurn

vom Regierungsrat genehmigt am 26. Juni 2017

Impressum

Herausgeber: Gesundheitsamt
Ambassadorenhof / Riedholzplatz 3
4509 Solothurn

Produktion: socialdesign ag, Thunstrasse 7, 3005 Bern
Reto Jörg, socialdesign ag
Dr. Regula Ruffin, socialdesign ag



Mitarbeit: Gesundheitsamt
Philipp Brugger, Leiter Spitalversorgung
Dr. Christian Lanz, Kantonsarzt
Dr. Heinrich Schwarz, Chef Gesundheitsamt
Dr. Lukas Widmer, Co-Leiter Rechtsdienst

Korrespondenzadresse: Gesundheitsamt
Ambassadorenhof / Riedholzplatz 3
4509 Solothurn

Redaktionelle Hinweise: Der Austritt eines Patienten aus einem Spital wird in diesem Bericht teilweise als Fall und teilweise als Patient / Behandlung oder als Hospitalisation bezeichnet. Die Bezeichnung Patient ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einem Spital behandeln lassen müssen und damit ein Patient mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden die erwähnten Begriffe als Synonyme verwendet, gemeint sind aber immer die Anzahl Spitalaustritte, also die Anzahl Fälle.

Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils die männliche verwendet.

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Ausgangslage und Ziele	8
1.2	Rechtliche Grundlagen	10
1.2.1	KVG-Revision 2007	10
1.2.2	IVHSM als Sonderregelung	11
1.2.3	Weitere Grundlagen	11
2	Ablauf Spitalplanung	12
2.1	Bedarfsermittlung	14
2.2	Angebotsbestimmung sowie Auswahl des Angebots	14
2.3	Interkantonale Koordination	14
2.4	Sicherung des Angebots	15
2.5	Monitoring Spitalliste	15
2.6	Genehmigung der Spitaltarife und Festlegen der Referenztarife	16
2.7	Evaluation der Spitalplanung inklusive der Grundlagen Spitalplanung	17
3	Planungskriterien	18
3.1	Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung	20
3.1.1	Abdeckungsgrad der Spitalliste	20
3.1.2	Umfassende Abdeckung der Leistungsgruppen	21
3.1.3	Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungserbringer	22
3.1.4	Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungsgruppe	22
3.1.5	Aufnahmebereitschaft	22
3.1.6	Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen	23
3.1.7	Erreichbarkeit der Notfallversorgung	23
3.1.8	Wartezeit bei Wahleingriffen	25
3.2	Qualität	25
3.2.1	Leistungsgruppenspezifische Anforderungen gemäss SPLG Systematik	26
3.2.2	Mindestfallzahlen und geringe Fallzahlen	27
3.2.3	Teilnahme an den ANQ-Qualitätsmessungen	28
3.2.4	Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)	28
3.3	Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	28
3.3.1	Wirtschaftlichkeit	28
3.3.2	Förderung der ambulanten Versorgung	30
3.3.3	Konzentration von Leistungen	30
3.3.4	Rechnungslegung und -kontrolle	30
3.3.5	Kodierrevision	31
4	Bedarfsermittlung	32
4.1	Bedarfsanalyse	32
4.1.1	Inanspruchnahme	33
4.1.2	Patientenströme	35
4.1.3	Abdeckungsgrad der Spitalliste	37
4.1.4	Versorgungsrelevanz	38
4.2	Bedarfsprognose	38
4.2.1	Prognosemodell und Prognosetechnik	38
4.2.2	Übersicht prognostizierter Bedarf 2025	40
5	Wirtschaftlichkeitsvergleich	42
6	Literatur- und Materialienverzeichnis	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Instrumente der kantonalen Spitalplanung.....	12
Tabelle 2: Planungskriterien	19
Tabelle 3: Versorgungsregionen Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn	23
Tabelle 4: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012.....	25
Tabelle 5: Versorgungsrelevanz nach Listenspital 2012-15.....	38
Tabelle 6: Bedarfsprognose 2025 - Fallzahlen, Pflergetage und MAHD	41
Tabelle 7: Vergleich von vier Benchmarks zur Wirtschaftlichkeit	43
Tabelle 8: Vergleich ausgewählter Lagemasse zu diversen Benchmarks.....	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf Spitalplanung Kanton Solothurn	13
Abbildung 2: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012.....	24
Abbildung 3: Hospitalisationen von Solothurner Patienten nach SPLB	33
Abbildung 4: Anzahl Hospitalisationen 2012 vs. 2015 nach SPLB.....	34
Abbildung 5: Abwanderung insgesamt und nach Zielkanton	35
Abbildung 6: Zuwanderung insgesamt und nach Wohnkanton der Patienten	36
Abbildung 7: Versorgungsanteile nach Status des Spitals 2015	37
Abbildung 8: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen.....	39
Abbildung 9: Wirtschaftlichkeitsvergleich	46
Abbildung 10: Benchmarkwerte und Spitaltarife 2016	47

Glossar und Abkürzungen

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Anz.	Anzahl
Baserate / Basispreis	Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Der für einen bestimmten Fall vergütete Betrag wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird.
BM, Benchmark	Benchmarking bezeichnet die vergleichende Analyse von Ergebnissen oder Prozessen mit einem festgelegten Referenz- oder Vergleichswert (Benchmark).
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
Case Mix	Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle, z.B. eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte der einzelnen Behandlungsfälle eines Spitals.
CMI, Case Mix Index	Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index, d.h. den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle z.B. eines Spitals. Oftmals wird unterschieden zwischen dem CMI Brutto und dem CMI Netto. Beim CMI Brutto werden alle Fälle mit dem Kostengewicht der jeweiligen DRG gewichtet, unabhängig davon, ob es sich um Ausreisser handelt oder nicht. Beim Case Mix Index Netto werden Ausreisser speziell gewichtet, wobei das Kostengewicht für die oberen Ausreisser angehoben und für die unteren Ausreisser gesenkt wird.
CHOP	Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) bildet die Grundlage für die Erfassung/Codierung von Operationen und Behandlungen bei stationären Hospitalisationen.
CIRS	Critical Incident Reporting System
DRG, SwissDRG	Diagnosis Related Groups sind diagnosebezogene Fallgruppen. Es handelt sich dabei um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt. In der Schweiz wurde SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) als Fallpauschalen-System und die damit verknüpfte neue Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 eingeführt.
Fallpauschalen	vgl. DRG / SwissDRG

GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GDK NWCH	Gesundheitsdirektorenkonferenz Nordwestschweiz
GD ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 27. Januar 1999 (BGS 811.11)
GesV	Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 28. Juni 1999 (BGS 811.12)
GSV BS	Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt
HSK	Einkaufsgemeinschaft HSK, eigenständige Aktiengesellschaft mit drei beteiligten Versicherungsgesellschaften, namentlich Helsana, Sanitas und KPT
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten zur Codierung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung. Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt. In der Schweiz wird für die Codierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt.
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)
MedStat-Region	Innerhalb der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser wird der Wohnort jeder hospitalisierten Person nach einer Typologie von Regionen (MedStat-Regionen) codiert, die aufgrund der Einwohnerzahlen Anonymität gewährleisten (vgl. BFS, 2013).
MFZ	Mindestfallzahl(en)
OdA	Organisation der Arbeitswelt
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PUE	Preisüberwachung

SOdAS	Stiftung OdA Gesundheit und Soziales im Kanton Solothurn
SpiG	Spitalgesetz des Kantons Solothurn vom 12. Mai 2004 (BGS 817.11)
SpiVO	Verordnung über die Spitalliste des Kantons Solothurn vom 27. September 2011 (BGS 817.116)
SPLG, SPLB	Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GDZH) unter Beizug von über 100 Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Akutsomatik erarbeitet. Die SPLG lassen sich anhand von 23 Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) zusammenfassen (exkl. Bereich «Querschnittsbereiche»).

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Ziele

Mit der per 1. Januar 2009 erfolgten Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) wurde auf den 1. Januar 2012 die trägerschaftsunabhängige und leistungsorientierte Spitalfinanzierung eingeführt. Seither werden alle Spitäler auf den kantonalen Spitallisten gemäss einem fixen Kostenteiler von Krankenversicherern und Kantonen finanziert. Die Kantone – so auch der Kanton Solothurn – waren bis spätestens Ende 2014 verpflichtet, im Rahmen der Spitalplanung das bedarfsgerechte Angebot zu bestimmen und eine Spitalliste zu erlassen.

In Erfüllung des versorgungspolitischen Auftrags erarbeitete das Gesundheitsamt des Kantons Solothurn die dafür notwendigen Grundlagen in enger Zusammenarbeit mit den übrigen Nordwestschweizer Kantonen. Daraus resultierten einerseits die Anpassung der betreffenden gesetzlichen Grundlagen im Hinblick auf eine leistungsorientierte Spitalplanung im Sinne der KVG-Revision sowie andererseits der Versorgungsbericht des Kantons Solothurn mit einer Analyse des aktuellen Angebots und einer Prognose über die Entwicklung des Bedarfs bis 2020¹ sowie die Spitalplanung Kanton Solothurn². Beide Dokumente wurden vom Regierungsrat zur Kenntnis genommen (vgl. RRB Nr. 2011/167 vom 24. Januar 2011). Gestützt auf den Versorgungsbericht und die erarbeiteten Grundlagen erliess der Regierungsrat des Kantons Solothurn die Spitalliste 2012 (vgl. RRB Nr. 2011/2607 vom 13. Dezember 2011).

Mit dem vorliegenden Grundlagendokument werden konkret folgende Ziele verfolgt:

➔ **Transparente Dokumentation der Planungsgrundlagen**

Die notwendigen Grundlagen für die leistungsorientierte Spitalplanung des Kantons Solothurn wurden im Gesundheitsgesetz vom 27. Januar 1999 (GesG; BGS 811.11), in der Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1999 (GesV; BGS 811.12), im Spitalgesetz vom 12. Mai 2004 (SpiG; BGS 817.11) sowie in der Verordnung über die Spitalliste vom 27. September 2011 (SpiVO; BGS 817.116) geschaffen. Mit dem vorliegenden Grundlagendokument sollen das Vorgehen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung sowie die zugrundeliegenden Planungskriterien transparent und nachvollziehbar erläutert werden. Dazu gehört nicht nur die Erarbeitung der Spitalplanung, sondern auch das Monitoring zur Spitalliste, auf dessen Basis die kantonale Versorgungslage periodisch überprüft wird.

In Kapitel 2 des vorliegenden Grundlagendokuments ist der Planungsprozess im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025 des Kantons Solothurn dargestellt. Zudem sind die zentralen Prozessschritte erläutert.

➔ **Konkretisierung der Planungskriterien mit Rücksicht auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sowie die revidierten Empfehlungen der GDK**

Zum Zeitpunkt der Einführung der Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025 des Kantons Solothurn bestanden noch verschiedene Unklarheiten in Bezug auf die konkrete Umsetzung der Bestimmungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Viele offene Fragen wurden nun in der Zwischenzeit durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) und die Konkretisierung innerhalb der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) geklärt. Die bestehenden Erfahrungen und Erkenntnisse seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung wurden im vorliegenden Dokument berücksichtigt.

¹ Gruber et al (2010)

² GESA (2011)

Davon betroffen ist insbesondere die Frage, in welchem Ausmass ausserkantonale Spitäler auf der kantonalen Spitalliste zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung zu berücksichtigen sind. Für den Kanton Solothurn ist diese Frage aufgrund der geografischen Ausgangslage und der sehr hohen Bedeutung ausserkantonaler Leistungserbringer von wesentlicher Bedeutung. Bislang wurde diesem Umstand insbesondere dadurch Rechnung getragen, indem die Referenztarife vergleichsweise hoch sowie nach Leistungsgruppen abgestuft festgesetzt worden sind. Gestützt auf die Empfehlungen der GDK vom 18.Mai.2017³ wurde im vorliegenden Grundlagendokument das Planungskriterium *Abdeckungsgrad der Spitalliste* quantitativ operationalisiert.

Kapitel 3 enthält eine ausführliche Beschreibung der Planungskriterien, die in der kantonalen Spitalplanung Anwendung finden.

Darüber hinaus stellte die angemessene Durchführung eines Wirtschaftlichkeitsvergleichs gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 die Kantone lange vor grosse Herausforderungen. Mitunter durch die Bemühungen innerhalb der GDK, einschliesslich der Schaffung der GDK-Plattform, konnte auch diesbezüglich eine Klärung herbeigeführt werden.

Kapitel 5 widmet sich der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Kontext der kantonalen Spitalplanung und gibt einen Überblick über bestehende Benchmarks zur Wirtschaftlichkeit von akutstationären Leistungserbringern.

➔ **Aktualisierung der Bedarfsprognose in Kohärenz mit der Planungsperiode der kantonalen Spitalplanung**

Gemäss Art. 58b Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV). Die Bedarfsermittlung im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn basiert massgeblich auf der Bedarfsanalyse anhand der effektiven Inanspruchnahme akutstationärer Versorgungsleistungen durch die kantonale Wohnbevölkerung. Nebst der Bedarfsanalyse umfasst die Bedarfsermittlung ebenso eine Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs. Erstmals wurde eine Bedarfsprognose für die Solothurner Wohnbevölkerung im Rahmen des Versorgungsberichts⁴ erstellt. Zusammen mit dem vorliegenden Grundlagendokument wurde auch eine Aktualisierung der Bedarfsprognose veranlasst – einschliesslich einer Erweiterung des Prognosehorizonts auf das Jahr 2025 und somit auf das Ende der aktuellen Planungsperiode der Spitalplanung 2012-2025 des Kantons Solothurn⁵.

In Kapitel 4 sind die zentralen Indikatoren der Bedarfsanalyse sowie das Prognosemodell für die Bedarfsprognose erläutert. Für eine anschauliche Darstellung enthält das Kapitel ebenso einzelne Auswertungen. Die detaillierten Ergebnisse im Zusammenhang mit der Aktualisierung der Bedarfsprognose sind in einem separaten Bericht publiziert.

³ Vgl. GDK (2017a).

⁴ Gruber et al (2010)

⁵ GESA (2017)

1.2 Rechtliche Grundlagen

Die Spitalplanung und somit auch das vorliegende Grundlagendokument stützen sich auf folgende gesetzlichen Grundlagen:

- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG),
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV),
- Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM),
- Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 27. Januar 1999 (GesG),
- Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn vom 28. Juni 1999 (GesV),
- Spitalgesetz des Kantons Solothurn vom 12. Mai 2004 (SpiG),
- Verordnung über die Spitalliste des Kantons Solothurn vom 27. September 2011 (SpiVO).

1.2.1 KVG-Revision 2007

Mit der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 erfolgte im Bereich der Gesundheitsversorgung ein massgeblicher Paradigmenwechsel. Zu nennen ist insbesondere die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung bzw. ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem. Seit 2012 werden alle auf der Spitalliste aufgeführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System entschädigt. Nach dem bisherigen System konnten die Spitäler jeden Eingriff und jeden Aufenthaltstag einzeln verrechnen. Neu werden sie pauschal pro standardisiertem Fall bezahlt. Zudem werden mit der Revision die inner- und ausserkantonale freie Spitalwahl⁶ gefördert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen.

Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen und mittels Spitalplanung die Qualität zu fördern und die Kosten zu dämpfen. Es gilt dabei festzuhalten, dass die kantonalen Spitalplanungen per se kein neues Instrument darstellen, sondern diese bereits seit 1996 erarbeitet werden. Die Änderungen in der Spitalplanung liegen hauptsächlich in der Änderung von Art. 39 KVG begründet.⁷ Darin wird festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen (Abs. 2) und der Bundesrat, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität, einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt (Abs. 2^{ter}). In Art. 58 KVV werden die erwähnten Kriterien für die Spitalplanung konkretisiert:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien;
- Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Darüber hinaus haben sich die Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalplanungen aufgrund von weiteren Neuerungen im Zuge der KVG-Revision geändert. Neu erfolgt die Unterscheidung der Spitäler nicht mehr entlang der Linie privat - öffentlich, sondern es wird zwischen Listen- und Vertragsspitälern unterschieden. Damit verbunden ist die Gleichstellung öffentlicher und privater Trägerschaften in Bezug auf die Finanzierung. Die Leistungen der Listenspitäler

⁶ Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitälern wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherte und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG, aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

⁷ Vgl. Pellegrini et al. (2010, S. 35 f.).

werden nach einem dual-fixem Modus finanziert, wobei die Kantone mindestens 55% und die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) maximal 45% vergüten. Ausgenommen sind hierbei die Vertragsspitäler, bei welchen der kantonale Anteil der Finanzierung wegfällt.

Mit den im Rahmen der Revision neu eingeführten Instrumenten soll mitunter der Wettbewerb verstärkt, jedoch gleichzeitig die Versorgungssicherheit gewährleistet und die hohe Qualität der Leistungserbringung aufrechterhalten werden. In diesem Spannungsverhältnis kommt der öffentlichen Hand weiterhin eine wesentliche Steuerungsfunktion zu, welche massgeblich anhand der kantonalen Spitalplanungen wahrgenommen wird.

Art. 58a KVV hält zudem den Grundsatz fest, dass von der kantonalen Spitalplanung die stationären Behandlungen in Spitälern, Geburtshäusern oder Pflegeheimen betroffen sind. Gemäss Art. 58c KVV hat die Versorgungsplanung im akutsomatischen Bereich leistungsbezogen zu erfolgen. Art. 58d KVV konkretisiert die Anforderungen betreffend die interkantonale Koordination der Planungen.

1.2.2 IVHSM als Sonderregelung

Gemäss Artikel 39 Abs. 2^{bis} KVG ist im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die IVHSM unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse der IVHSM-Organen fest und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als hochspezialisierte Medizin im Sinne der IVHSM zu gelten. Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung. Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM haben die Kantone bisher Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der hochspezialisierten Medizin verabschiedet.⁸

1.2.3 Weitere Grundlagen

Nebst den erwähnten gesetzlichen Grundlagen stützen sich die Grundlagen zur Spitalplanung des Kantons Solothurn insbesondere auf die Empfehlungen der GDK. Zwecks Konkretisierung der Bestimmungen aus KVG und KVV formulierte die GDK Empfehlungen zur leistungsorientierten Spitalplanung,⁹ zur Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts¹⁰ sowie zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.¹¹ Sowohl die Empfehlungen der GDK als auch die Grundlagen zur Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn stützen sich ausserdem auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bzw. des Bundesgerichts (BGer). Eine Übersicht der Entscheide des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts im Kontext kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten kann der Webseite der GDK entnommen werden.¹²

⁸ Vgl. dazu die *Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin* (HSM 2016), den Statusbericht der GDK zum Stand der Umsetzung (GDK 2015) sowie den Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012 (Bundesrat 2016).

⁹ Vgl. GDK (2017, 2009, 2005).

¹⁰ Vgl. GDK (2011).

¹¹ Vgl. GDK (2017b).

¹² Vgl. <http://www.gdk-cds.ch>.

2 Ablauf Spitalplanung

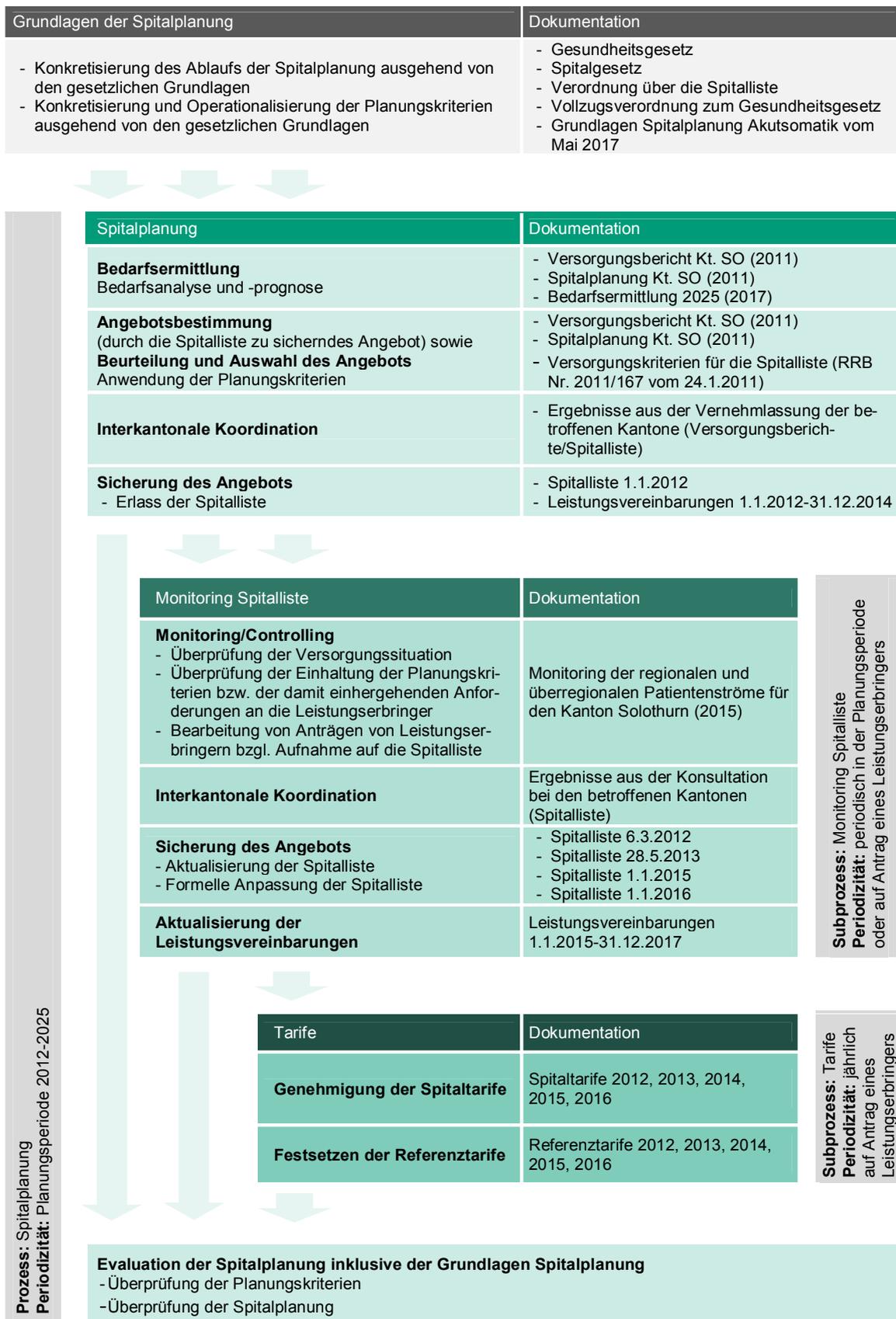
Die KVG-Revision Spitalfinanzierung zielt mitunter auf die Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität ab, wobei die öffentliche Hand und insbesondere die Kantone weiterhin eine zentrale Steuerungsfunktion übernehmen.¹³ Die Kantone nehmen ihre Steuerungsfunktion hauptsächlich über die kantonale Spitalplanung wahr, die Grundlagen der Spitalplanung definieren deren Rahmen. Dazu gehören der Ablauf der Spitalplanung sowie die der Planung zugrundeliegenden Planungskriterien. Die aktuelle Spitalplanung ist auf die Periode 2012 bis 2025 ausgerichtet. Die einzelnen Schritte, Instrumente sowie deren Dokumentation sind in Abbildung 1 dargestellt. Tabelle 1 enthält eine Übersicht der Grundlagen und Instrumente der Spitalplanung mit Verweis auf die jeweiligen Genehmigungsbehörden, Beschwerdemöglichkeiten und Beschwerdeinstanzen. Die Planungskriterien sind anschliessend im Kapitel 3 dargelegt.

Tabelle 1: Instrumente der kantonalen Spitalplanung

Instrument	Genehmigungsbehörde	Beschwerdelegitimation	Beschwerdeinstanz
Gesundheitsgesetz	Kantonsrat	Volk / Kantonsrat mit Referendum	Stimmvolk
Spitalgesetz	Kantonsrat	Volk / Kantonsrat mit Referendum	Stimmvolk
Verordnung über die Spitalliste	Regierungsrat	Verordnungsveto durch Kantonsrat	Kantonsrat
Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz	Regierungsrat	Verordnungsveto durch Kantonsrat	Kantonsrat
Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik	Regierungsrat	keine	-
Versorgungsbericht	Regierungsrat	keine	-
Erlass der Spitalliste	Regierungsrat	alle Spitäler	Bundesverwaltungsgericht
Aktualisierung der Spitalliste	Regierungsrat	betroffene Spitäler	Bundesverwaltungsgericht
Formelle Anpassung der Spitalliste	Regierungsrat	in der Regel keine	-
Spitaltarife	Regierungsrat	betroffene Tarifpartner	Bundesverwaltungsgericht
Referenztarife	Regierungsrat	Sofern ein schutzwürdiges Interesse im Einzelfall gegeben ist. Spitäler sind aber nicht legitimiert, den festgelegten Referenztarif für ausserkantonale Wahlbehandlungen anzufechten (vgl. BVGer 2013/17, E. 3.4).	Bundesverwaltungsgericht

¹³ Vgl. auch Widmer/Tesler (2013, S. 3).

Abbildung 1: Ablauf Spitalplanung Kanton Solothurn



2.1 Bedarfsermittlung

Als Grundlage für eine leistungsorientierte (Art. 58c lit. a-c KVV) und bedarfsgerechte (Art. 58a KVV) Spitalplanung ist in einem ersten Schritt der Leistungsbedarf zu bestimmen. Massgebend ist jeweils der Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung (Art. 58a KVV). Dabei ist der Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu ermitteln (Art. 58b Abs. 1 KVV).

In Erfüllung des gesundheitspolitischen und versorgungsplanerischen Auftrags und in Antizipation der per 1. Januar 2012 in Kraft tretenden massgeblichen Reformen der KVG-Revision erarbeitete der Kanton Solothurn in Zusammenarbeit mit den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft und Basel-Stadt die Grundlagen für eine leistungsorientierte stationäre Versorgungsplanung. Der Versorgungsbericht des Kantons Solothurn¹⁴ zeigte ein detailliertes Bild der stationären Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn und skizzierte den zukünftigen Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der demografischen, medizintechnischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen.

Mit Rücksicht auf die Planungsperiode der solothurnischen Spitalplanung wurde eine Aktualisierung der Prognose inkl. Ausweitung des Planungshorizonts auf das Jahr 2025 in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse dieser Aktualisierung sind im Bericht vom Mai 2017 publiziert.¹⁵ In Kapitel 4 sind die wesentlichen Indikatoren und das Vorgehen der Bedarfsanalyse sowie der Bedarfsprognose beschrieben und anhand von Beispielen erläutert.

2.2 Angebotsbestimmung sowie Auswahl des Angebots

Basierend auf dem ermittelten Leistungsbedarf ist anschliessend das notwendige Angebot zu bestimmen, welches zur Deckung dieses Bedarfs notwendig ist (Art. 58b Abs. 3 KVV). Bei der Auswahl des Angebots bzw. der Leistungserbringer sind insbesondere die bundesrätlichen Planungskriterien gemäss Art. 58b Abs. 4 lit. a-c KVV zu berücksichtigen, welche für die Spitalplanung des Kantons Solothurn, wie in Kapitel 3 dargelegt, konkretisiert wurden. Ausserdem legt das KVG fest, dass private Trägerschaften angemessen in die kantonale Spitalplanung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG).

Grundlage für die Angebotsbestimmung innerhalb der Spitalplanung 2012-2025 bildete die Bedarfsanalyse im Rahmen des Versorgungsberichts¹⁶. In einem ersten Schritt wurden die Spitäler eruiert, welche in einer Leistungsgruppe einen wesentlichen Versorgungsanteil aufwiesen.¹⁷ Anschliessend wurden die betreffenden Leistungserbringer eingeladen, die jeweiligen Leistungsaufträge zu beantragen. Zur Überprüfung der leistungsgruppenspezifischen Anforderungen¹⁸ wurden die innerkantonalen Spitäler aufgefordert, die entsprechenden Nachweise gemäss Vorlage der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs (GD ZH) einzureichen. Bei den ausserkantonalen Spitälern wurde grundsätzlich davon ausgegangen, dass sie die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen erfüllen, wenn sie in der betreffenden Leistungsgruppe auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

2.3 Interkantonale Koordination

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere: (a) die nötigen Informationen über die

¹⁴ Vgl. Gruber et al. (2010).

¹⁵ Vgl. GESA (2017).

¹⁶ Vgl. Gruber et al. (2010).

¹⁷ Der Versorgungsanteil ist der prozentuale Anteil der Solothurner Patienten, die im jeweiligen Spital hospitalisiert sind (jeweils pro Jahr und Leistungsgruppe).

¹⁸ Vgl. dazu Kapitel 3.2.1.

Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Art. 58d lit. a-b KVV). In Anlehnung an die Empfehlungen der GDK¹⁹ berücksichtigt der Kanton Solothurn mindestens (a) die benachbarten Kantone, (b) die Standortkantone ausserkantonaler Listenspitäler sowie (c) Kantone, aus denen eine gewichtige Zuwanderung von Patienten feststellbar ist. Die Auswertungen und der Austausch betreffend die Patientenströme erfolgten im Versorgungsbericht, der dementsprechend publiziert wurde. Die Koordination der Versorgungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen erfolgte massgeblich innerhalb der Gesundheitsdirektorenkonferenz Nordwestschweiz (GDK NWCH)²⁰ anhand der provisorischen Spitalliste.

2.4 Sicherung des Angebots

Die Sicherung des Angebots erfolgte über den **Erlass der kantonalen Spitalliste**²¹, durch den Regierungsrat (vgl. RRB Nr. 2011/2607 vom 13. Dezember 2011). Auf der kantonalen Spitalliste sind die inner- und ausserkantonalen Spitäler aufgeführt, um das notwendige Versorgungsangebot sicherzustellen. Die Leistungsaufträge der betreffenden Spitäler sind nach Leistungsgruppen differenziert. In Ergänzung zur Spitalliste wurden die Leistungsaufträge sowohl der innerkantonalen als auch der ausserkantonalen Listenspitäler in Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kanton Solothurn und den Leistungserbringern konkretisiert. Die Leistungsvereinbarungen sind in der Regel befristet auf drei Jahre. Sie wurden per 1. Januar 2015 letztmals erneuert.

Zur Rechtsnatur eines Leistungsauftrags

In der juristischen Literatur wird in Bezug auf die Rechtsnatur eines Leistungsauftrags ausgeführt, dass dieser Merkmale einer mitwirkungsbedürftigen Verfügung und eines verwaltungsrechtlichen Vertrags kombiniere und ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis regle. Er wirke sowohl einseitig-hoheitlich als auch gegenseitig verpflichtend. Im Übrigen sei die rechtliche Qualifikation des Leistungsauftrags unsicher. Er enthalte Elemente einer Monopolkonzession, einer Konzession des öffentlichen Dienstes und der Beleihung.²²

2.5 Monitoring Spitalliste

Gemäss Art. 58 Abs. 2 KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung periodisch zu überprüfen. Der Kanton Solothurn nimmt diese Pflicht einerseits mit dem **Monitoring Spitalliste** und andererseits mit der **Evaluation der Spitalplanung inklusive Grundlagen der Spitalversorgung** am Ende der Planungsperiode wahr (siehe dazu Abschnitt 0).

Das laufende Monitoring Spitalliste erfolgt grundsätzlich entlang der in Kapitel 3 formulierten Planungskriterien, wobei anhand der verfügbaren Datengrundlagen die Entwicklung des Versorgungsbedarfs sowie die Einhaltung der Leistungsaufträge durch die Leistungserbringer überprüft werden. Zentrale Grundlage für das Monitoring bildet die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie die Reportingdaten, welche von den Leistungserbringern eingeholt werden. Die Ergebnisse werden im Rahmen der regelmässigen Reportinggespräche mit den Leistungserbringern thematisiert. Bei Bedarf resultieren daraus Anpassungen in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern. Der Kanton behält sich vor, jeweils spezifische Schwerpunkte für die Reportinggespräche festzulegen.

¹⁹ Vgl. GDK (2017a, S. 16).

²⁰ Die GDK NWCH setzt sich zusammen aus den für das Gesundheitswesen zuständigen Regierungsräten der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Solothurn, Bern und Luzern.

²¹ Die Unterscheidung zwischen Erlass, Aktualisierung und formeller Anpassung der Spitalliste, orientiert sich an der Definition gemäss den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (vgl. GDK 2017).

²² Vgl. Trüeb & Zimmerli (2012, Kapitel 9) sowie Rütsche (2016, S. 27 f.).

Nebst der Aktualisierung der Leistungsvereinbarungen kann aus dem Monitoring ebenso ein Bedarf für die Anpassung der kantonalen Spitalliste resultieren. Dies erfolgt mittels einer **Aktualisierung der Spitalliste** oder im Rahmen einer **formellen Anpassung der Spitalliste**²³.

Anpassungen der Spitalliste können ebenso von den Leistungserbringern selber ausgehen. In diesem Fall stellt der Leistungserbringer einen schriftlichen Antrag an das Gesundheitsamt des Kantons. Basierend auf dem Antrag prüft der Kanton das Anliegen ausgehend von den in Kapitel 3 formulierten Planungskriterien sowie basierend auf dem laufenden Monitoring. Erforderlichenfalls werden für die abschliessende Entscheidung zusätzliche Unterlagen eingefordert.

Bei einer Aktualisierung der Spitalliste werden die davon betroffenen Kantone vorab konsultiert. Dazu gehören mindestens:

- der Standortkanton eines Spitals, dem ein Leistungsauftrag erteilt oder entzogen wird
- sowie jene Kantone, die ein Spital mit Standort im Kanton Solothurn, dem ein Leistungsauftrag erteilt oder entzogen wird, auf ihrer Spitalliste führen.

Darüber hinaus erfolgt eine intensive Koordination mit den anderen Kantonen über die Gefässe der IVHSM sowie der GDK. Die Regierungsräte der GDK NWCH verfolgen das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Nordwestschweizer Kantonen zu stärken. Mit dem gemeinsamen Projekt Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn²⁴ wurde ferner die Grundlage für das Monitoring im Zusammenhang mit der kantonalen Spitalplanung geschaffen. Das Monitoring bezog sich auf den Zeitraum 2011 bis 2013 und legte dabei einen besonderen Fokus auf die Identifikation und Dokumentation von Entwicklungen, die direkt mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung verknüpft waren, und stellte damit eine Fortsetzung der gemeinsamen versorgungsplanerischen Arbeiten dar, welche bereits mit dem Versorgungsbericht 2010²⁵ aufgegriffen wurden.

2.6 Genehmigung der Spitaltarife und Festlegen der Referenztarife

Das Tarifwesen, namentlich die Genehmigung der Spitaltarife und die Bestimmung der Referenztarife, kann grundsätzlich als eigenständiger Prozess ausserhalb der kantonalen Spitalplanung betrachtet werden. Die Genehmigung der Spitaltarife spielt jedoch eine wesentliche Rolle im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Analog gilt dies für die Referenztarife im Hinblick auf die Rahmenbedingungen betreffend die freie Spitalwahl. Infolgedessen erscheint es als sinnvoll, die kantonalen Zuständigkeiten im Bereich des Tarifwesens ebenfalls als Teil der Spitalplanung zu betrachten, zumal für die Genehmigung der Spitaltarife dieselben Datengrundlagen wie bei der Beurteilung der potentiellen Listenspitäler verwendet werden (Wirtschaftlichkeitsvergleich).

Mit Rücksicht auf den Wettbewerbsgedanken der KVG-Revision werden im Rahmen der Solothurner Spitalplanung die Referenztarife entsprechend dem Angebot auf der kantonalen Spitalliste definiert. Dabei wird der Referenztarif pro Leistungsgruppe jeweils anhand des Tarifs des Listenspitals bestimmt, das die grösste Anzahl an Behandlungen im Kanton durchführt. Dadurch wird die Transparenz in Bezug auf die Kostenfolgen bei ausserkantonalen Behandlungen in Nicht-Listenspitälern sichergestellt und somit die Wirksamkeit der freien Spitalwahl als wettbewerbsförderndes Instrument unterstützt.

²³ Vgl. Fussnote 21.

²⁴ Vgl. Jörg et al. (2015).

²⁵ Vgl. Gruber et al. (2010).

2.7 Evaluation der Spitalplanung inklusive der Grundlagen Spitalplanung

Die laufende Überprüfung der Spitalplanung im Rahmen des Monitorings wurde bereits in Kapitel 2.5 beschrieben. Diese ist zu unterscheiden von der Evaluation der Spitalplanung inkl. der Grundlagen Spitalplanung, in deren Rahmen sowohl der zugrundeliegende Ablauf der Spitalplanung sowie die Planungskriterien überprüft werden. Die Evaluation der Spitalplanung ist für das Jahr 2023 vorgesehen und bildet die Grundlage für die kommende Planungsperiode ab 2026.

3 Planungskriterien

Die Planungskriterien sind ein wesentliches Element der Solothurner Spitalplanung. Anhand der Planungskriterien wird das mittels Spitalliste zu sichernde Angebot bestimmt. Dazu muss unter Zuhilfenahme der Planungskriterien die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung operationalisiert werden. Konkret dienen die Planungskriterien schliesslich als Grundlage für die Beurteilung und Auswahl der Listenspitäler.

Ungeachtet der Planungskriterien bzw. der kantonalen Spitalplanung gelten folgende Voraussetzungen für akutstationäre Leistungserbringer:

Kantonale Zulassung

Nach § 48 GesG bedarf der Betrieb privater Spitäler und teilstationärer Einrichtungen einer Bewilligung des Departements des Innern. Die Bewilligung wird erteilt, wenn (a) die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten sichergestellt ist, (b) die baulichen Verhältnisse und Ausrüstungen der vorgesehenen Verwendung entsprechend und (c) der interne Notfalldienst im Rahmen ihres medizinischen Konzeptes gewährleistet ist (§ 48 Abs. 2 GesG). Mit dem Bewilligungsgesuch sind die notwendigen Unterlagen gemäss § 78 Abs. 2 GesV einzureichen. Eine Betriebsbewilligung ist eine rein gesundheitspolizeiliche Bewilligung. Die Erteilung dieser Bewilligung allein verschafft weder einen rechtlichen Anspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste noch Anspruch auf Ausrichtung von Staatsbeiträgen.

Qualitätssicherungskonzept

Gemäss Art. 77 KVV müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten. Jedes Listenspital muss über ein schriftliches Qualitätssicherungskonzept verfügen und dieses auf Nachfrage hin dem Kanton vorlegen können. Die Qualitätsziele haben Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beinhalten.

Aus- und Weiterbildung

Die quantitativen Anforderungen in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung der Berufe im Gesundheitswesen werden von der Stiftung OdA Gesundheit im Kanton Solothurn (SOdAS) definiert und betreffen ausschliesslich Listenspitäler mit Standort im Kanton Solothurn. Für ausserkantonale Listenspitäler gelten die entsprechenden Bestimmungen der jeweiligen Standortkantone. Die Beteiligungspflicht der Listenspitäler ist in den Leistungsvereinbarungen festgehalten.

Als Ausgangslage dienen die einheitlichen Planungskriterien des Bundesrates gemäss Art. 58 KVV. Die bundesrätlichen Planungskriterien wurden im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn – wie in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt – hinsichtlich der Anwendung im Einzelfall konkretisiert. Tabelle 2 enthält eine Übersicht der Planungskriterien.

Tabelle 2: Planungskriterien

Bereich	Planungskriterium	Ebene		
		Versorgungssystem	Leistungserbringer	Leistungsgruppe
Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung	Abdeckungsgrad der Spitalliste	x		
	Umfassende Abdeckung der Leistungsgruppen	x		
	Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungserbringer		x	
	Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungsgruppe			x
	Aufnahmebereitschaft		x	
	Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen	x		
	Erreichbarkeit der Notfallversorgung	x		
	Wartezeit bei Wahleingriffen		x	
Qualität	Leistungsgruppenspezifische Anforderungen gemäss SPLG Systematik			x
	Mindestfallzahlen			x
	Geringe Fallzahlen			x
	Teilnahme an den ANQ-Qualitätsmessungen		x	
	Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)		x	
Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	Wirtschaftlichkeit		x	
	Förderung der ambulanten Versorgung	x		
	Konzentration von Leistungen	x		
	Rechnungslegung und -kontrolle		x	
	Kodierrevision		x	

Die Planungskriterien können hinsichtlich der Ebene, auf der sie ansetzen, unterschieden werden. Kriterien auf **Ebene Leistungsgruppe** definieren jene Anforderungen, welche zur Erteilung eines Leistungsauftrags in einer spezifischen Leistungsgruppe zu erfüllen sind (z.B. Mindestfallzahlen pro SPLG). Kriterien auf **Ebene Leistungserbringer** bezeichnen die Anforderungen, die für die Berücksichtigung eines bestimmten Leistungserbringers ausschlaggebend sind (z.B. Teilnahme an den ANQ-Qualitätsmessungen). Kriterien auf **Ebene Versorgungssystem** operationalisieren jene Anforderungen, welche durch das Versorgungsangebot bzw. die Spitalliste als Ganzes zu erfüllen sind (z.B. Abdeckungsgrad der Spitalliste).

Die verschiedenen Kriterien können in gewissen Fällen in Konflikt zueinander stehen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass keiner der nicht bereits auf der Spitalliste aufgeführten Leistungserbringer in einer bestimmten Leistungsgruppe das Kriterium der Versorgungsrelevanz erfüllt, für die Erreichung des angestrebten Abdeckungsgrads jedoch ein weiterer Leistungserbringer auf die Spitalliste aufzunehmen wäre. Ferner ist es auch möglich, dass ein Leistungserbringer in einer Leistungsgruppe zwar als versorgungsrelevant einzustufen ist, dieser aber gleichzeitig eine ungenügende Wirtschaftlichkeit aufweist. In Fällen, in denen aus verschiedenen Planungskriterien kontradiktierende Schlussfolgerungen resultieren, liegt es im Ermessen des Kantons, welches Kriterium im Einzelfall höher gewichtet wird. Dabei ist es mög-

lich, dass die Erteilung eines Leistungsauftrags für spezifische Leistungsgruppen aus Bedarfs- sicht und in Kombination mit Überlegungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität verweigert wird. Auch wenn alle Kriterien auf Ebene des Leistungserbringers und auf Ebene der betreffenden Leistungsgruppe erfüllt sind, besteht noch kein Rechtsanspruch auf Aufnahme auf die Spitalliste. Zur Leistungserbringung zulasten der OKP sind nur so viele Spitäler zuzulassen (bzw. Leistungsaufträge zu erteilen) als für die Deckung des Bedarfs erforderlich sind. Dies gilt insbesondere für jene Leistungsbereiche mit hohen Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten. Die mit der KVG-Revision angestrebte Kosteneindämmung setzt eine optimale Ressourcennutzung und somit eine übergeordnete Versorgungs- und Planungsperspektive voraus.²⁶

3.1 Bedarfsgerechte Versorgung und Zugang zur Versorgung

Neben der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in der KVV der Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 KVV) ausdrücklich als Planungskriterium angeführt. Oftmals wird darunter die zeitliche Erreichbarkeit unter Berücksichtigung der geografischen Situation verstanden. Im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurns wird ein breiteres Verständnis des Versorgungszugangs verwendet, welches zusätzlich das Spektrum medizinischer Versorgungsleistungen sowie die quantitative Dimension einer bedarfsgerechten Versorgung gemäss Art. 58a KVV berücksichtigt. Demgemäss wird ein bedarfsgerechter Zugang zur akutstationären Versorgung als gegeben erachtet, wenn:²⁷

- alle relevanten Leistungsangebote über die kantonale Spitalliste und die damit verbundene Aufnahmepflicht der Leistungserbringer abgedeckt sind,
- die Versorgungsleistungen in ausreichendem Ausmass durch die Leistungserbringer gewährleistet sind, um den Bedarf der kantonalen Wohnbevölkerung abzudecken,
- die geografische und zeitliche Erreichbarkeit der Notfallversorgung innert nützlicher Frist sichergestellt ist.

In Ergänzung zu den erwähnten Aspekten strebt der Kanton Solothurn eine angemessene Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen Nord und Süd an, sofern keine Qualitäts- und/oder Wirtschaftlichkeitskriterien dagegensprechen (vgl. Kapitel 3.1.6).

3.1.1 Abdeckungsgrad der Spitalliste

Infolge der geografischen Ausgangslage sind ausserkantonale Versorgungsangebote von wesentlicher Bedeutung für den Kanton Solothurn. Einerseits existieren bestimmte Leistungsangebote innerhalb des Kantons nicht, andererseits sind ausserkantonale Spitäler für die Solothurner Bevölkerung oftmals nähergelegen. Aufgrund dessen wird ein wesentlicher Anteil der Leistungen für Solothurner Patienten durch ausserkantonale Leistungserbringer erbracht (ca. 40%).

Es stellt sich also die Frage, in welchem Umfang ausserkantonale Leistungserbringer auf der kantonalen Spitalliste zu berücksichtigen sind. Gemäss Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmen die Kantone das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVV zu sichern ist, anhand dem nach Art. 58b Abs. 1 KVV ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Art. 58b Abs. 2 KVV ermittelten Angebots, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind. Somit formuliert das KVV den über die Spitalliste abzudeckenden Bedarf in Abhängigkeit des Angebots der Listenspitäler selbst. Es lässt sich folglich daraus nicht ableiten, in welchem Um-

²⁶ Vgl. dazu auch BVGer C-4232/2014.

²⁷ Ein weiterer Aspekt, welcher im Zusammenhang des Zugangs innert nützlicher Frist eine wesentliche Rolle spielt, ist die Verfügbarkeit spezifischer Fachärzte (vgl. dazu Abschnitt 3.2.1 zu den leistungsgruppenspezifischen Kriterien).

fang ausserkantonale Leistungserbringer auf der Spitalliste zu berücksichtigen sind, damit eine bedarfsgerechte Versorgung gemäss Art. 58a Abs. 1 KVV gegeben ist.²⁸

Mit dem Kriterium Abdeckungsgrad der Spitalliste wird der quantitativen Dimension der Versorgungssicherheit Rechnung getragen, ohne dass konkrete (Betten-)Kapazitäten als Planungsgrösse herangezogen werden, was der Intention der KVG-Revision widersprechen würde. Zwecks Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung hat die kantonale Spitalliste in der Regel 70% der Hospitalisationen von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Solothurn abzudecken. Liegt die Abdeckung tiefer, ist sie gemäss Empfehlung der GDK²⁹ zu begründen. Im Kanton Solothurn können Abweichungen in einzelnen Fällen entstehen, weil der Kanton eine ausgeprägte geografische Verzweigung aufweist,³⁰ wodurch sich die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die kantonale Wohnbevölkerung auf überdurchschnittlich viele ausserkantonale Leistungserbringer mit jeweils relativ geringen Versorgungsanteilen verteilt.

Der Kanton Solothurn nimmt Abweichungen aus folgenden Gründen in Kauf:

- **Zusätzliches Aufnahmepotential:** Der Kanton Solothurn legt keine Mengenbeschränkungen in den Leistungsaufträgen fest. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass jedes Spital auf der Solothurner Spitalliste für Solothurner Patienten auch kurzfristig eine höhere Aufnahmekapazität bereitstellen kann. Insbesondere gilt dies für Listenspitäler mit Standort im Kanton Solothurn, die nicht auf einer Spitalliste eines anderen Kantons aufgeführt sind, gleichzeitig aber Leistungen zugunsten ausserkantonalen Patienten erbringen. In diesem Fall ist mit Bezug auf die Gewährleistung der Aufnahmebereitschaft gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG von zusätzlichen Aufnahmekapazitäten auszugehen.
- **Referenztarife:** Die Sicherstellung des Zugangs zu den notwendigen Versorgungsangeboten für die kantonale Wohnbevölkerung wird bei der Festsetzung der Referenztarife weiterhin miteinbezogen. Durch die Abstufung der Referenztarife³¹ wird der Zugang der kantonalen Wohnbevölkerung zu ausserkantonalen Versorgungsangeboten ermöglicht.

Der Abdeckungsgrad wird jährlich anhand der aktuell verfügbaren Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) berechnet, um allfälligen Handlungsbedarf festzustellen. Die Berechnung erfolgt jeweils ausgehend von der effektiven Inanspruchnahme der Solothurner Bevölkerung, wobei die Summe der Hospitalisationen in Listenspitälern mit der Summe aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten ins Verhältnis gesetzt wird. Der Abdeckungsgrad wird auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen und anhand der letzten drei verfügbaren Datenjahre berechnet. Aus praktischen Gründen wird bei Leistungsgruppen mit weniger als 50 Hospitalisationen von Solothurner Patienten pro Jahr davon ausgegangen, dass die Abdeckung sichergestellt ist, wenn in jeder Leistungsgruppe mindestens ein, in der Regel aber zwei Leistungsaufträge vergeben worden sind (vgl. dazu die Kriterien „umfassende Abdeckung der Leistungsgruppen“ sowie „Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen“).

3.1.2 Umfassende Abdeckung der Leistungsgruppen

Das Kriterium betreffend die umfassende Abdeckung aller Leistungsgruppen stellt den Zugang der kantonalen Wohnbevölkerung zum gesamten Spektrum akutstationärer Versorgungsleistungen sicher. Die Sicherung spezialisierter Versorgungsangebote mittels der kantonalen Spitalliste ist insbesondere vor dem Hintergrund der immer noch herrschenden Unterschiede in

²⁸ Vor der KVG-Revision Spitalfinanzierung erfolgte die Sicherstellung der Versorgung über diverse Verträge mit ausserkantonalen Leistungserbringern sowie über das Freizügigkeitsabkommen mit dem Kanton Basel-Landschaft (vgl. dazu auch Versorgungsbericht Kanton Solothurn, Gruber et al. 2010, S. 16 ff.).

²⁹ Vgl. GDK (2017, S. 7).

³⁰ Vgl. dazu auch Kapitel 3.1.6.

³¹ Die Höhe der Referenztarife ist dabei in Relation zu den Spitaltarifen ausserkantonalen Leistungserbringer mit entsprechendem Leistungsangebot (Leistungsgruppen mit Auftrag des Standortkantons) zu beurteilen. Von besonderer Relevanz sind dabei nahe gelegene Versorgungsangebote.

den Baserates von zentraler Relevanz³². So kann über die kantonale Spitalliste sichergestellt werden, dass jede versicherte Person die Möglichkeit hat, ohne Zusatzkosten für das vollständige Leistungsspektrum eine Behandlung in einem auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten Spital in Anspruch zu nehmen.

Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist auf der Spitalliste des Kantons Solothurn für sämtliche Leistungsgruppen mindestens ein Leistungserbringer aufzuführen. Die Differenzierung der Leistungsgruppen erfolgt dabei gemäss den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG).

3.1.3 Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungserbringer

Ein inner- oder ausserkantonaies Spital gilt als versorgungsrelevant für den Kanton, wenn der Versorgungsanteil dieses Spitals an allen stationären Behandlungen von Kantoneinwohnern mehr als 10% beträgt. In diesem Fall erhält das Spital den Leistungsauftrag für sein gesamtes Leistungsspektrum, sofern nicht andere Planungskriterien entgegenstehen.

Der Versorgungsanteil wird basierend auf der effektiven Inanspruchnahme der Solothurner Bevölkerung in den vorangehenden drei Jahren berechnet, wobei die Summe der Hospitalisationen in einem Spital mit der Summe aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten ins Verhältnis gesetzt wird.

3.1.4 Versorgungsrelevanz auf Ebene Leistungsgruppe

Ein inner- oder ausserkantonaies Spital gilt in einer Leistungsgruppe als versorgungsrelevant, wenn der Versorgungsanteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe mehr als 10% (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantoneinwohnern beträgt. Auf eine Differenzierung des Kriteriums zwischen inner- und ausserkantonalen Leistungserbringern wird im Sinne der Gleichbehandlung bewusst verzichtet.

Der Versorgungsanteil wird basierend auf der effektiven Inanspruchnahme der Solothurner Bevölkerung in den vorangehenden drei Jahren berechnet, wobei die Summe der Hospitalisationen in einem Spital in einer bestimmten Leistungsgruppe mit der Summe aller Hospitalisationen von Solothurner Patienten in einer bestimmten Leistungsgruppe ins Verhältnis gesetzt wird.

3.1.5 Aufnahmebereitschaft

Der Zugang der Wohnbevölkerung zur medizinischen Versorgung wird mitunter über die Aufnahmepflicht der Listenspitäler sichergestellt. Gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitälers eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Bei ausserkantonalen Spitälern gilt die Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 2 KVG in Notfällen oder wenn dies durch einen Leistungsauftrag mit dem Wohnkanton des Patienten definiert ist. Sämtliche Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Solothurn gewährleisten die Aufnahmebereitschaft für Solothurner Patienten ungeachtet des Versichertenstatus. Die Einhaltung der Aufnahmepflicht kann durch den Kanton nachträglich³³ anhand der Patientenstruktur überprüft werden. Sie kann als erfüllt gelten, wenn die Leistungen gemäss Leistungsauftrag für mindestens 50% der Patienten ausschliesslich über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.³⁴ Ebenso werden dabei allfällige Meldungen über Vorkommnisse, welche auf eine Verletzung der Aufnahmepflicht hindeuten, berücksichtigt.

³² Dies ist mitunter darauf zurückzuführen, dass die SwissDRG-Tarifstruktur in der aktuellen Phase nicht alle Kostenunterschiede zwischen Spitälern sachgerecht abbildet und gilt insbesondere in Bezug auf die Universitätsspitäler (vgl. dazu auch Widmer et al. 2015 und BVGer C-2350/2014, E. 5.2.1).

³³ Der Wert wird nicht bei Erteilung des Leistungsauftrags geprüft. Einem Spital kann so die Möglichkeit eingeräumt werden, die Auflage der Aufnahmepflicht im Rahmen eines öffentlichen Leistungsauftrags inskünftig zu erfüllen.

³⁴ Vgl. GDK (2017, S. 14).

3.1.6 Erreichbarkeit der Versorgungsangebote in den Versorgungsregionen

Der Kanton Solothurn liegt im Mittelland und Jura zwischen den Kantonen Bern, Basel-Landschaft, Aargau und Jura sowie dem Elsass. Es gibt keinen Kanton, der so verzweigt ist wie der Kanton Solothurn. Die Verzweigungen reichen bis Dornach nahe Basel, weit ins Berner Gebiet hinein und gehen östlich bis fast nach Aarau. Die Exklaven Kleinlützel und Hofstetten/Mariastein grenzen an Frankreich (Elsass), die Exklave Steinhof wird vom Kanton Bern umschlossen. Im Kontext der Versorgungsplanung spielt insbesondere die topografische Trennung durch die Jurakette eine wesentliche Rolle, wobei der Teil nördlich des Juras wesentlich in Richtung Basel orientiert ist. Dementsprechend werden in der kantonalen Spitalplanung folgende Versorgungsregionen unterschieden:

Tabelle 3: Versorgungsregionen Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn

Versorgungsregion	MedStat-Regionen ³⁵
Region Nord	Äusseres Schwarzbubenland (SO03), Dorneck (SO04), Thierstein (SO05)
Region Süd	Grenchen (SO01), Bettlach (SO02), Aeusseres Schwarzbubenland (SO03), Dorneck (SO04), Thierstein (SO05), Erlinsbach-Kienberg (SO06), Olten (SO07), Unteres Gäu (SO08), Mittleres Gäu (SO09), Oberes Gäu (SO10), Trimbach (SO11), Lostorf (SO12), Dulliken (SO13), Däniken-Schönenwerd (SO14), Balsthal-Passwang (SO15), Oberes Dünern (SO16), Bellach-Selzach (SO17), Bucheggberg (SO18), Solothurn (SO19), Weissenstein (SO20), Zuchwil (SO21), Solothurn-Ost (SO22), Derendingen-Gerlafingen (SO23), Wasseramt (SO24), Biberist (SO25).

Sofern keine Qualitäts- und/oder Wirtschaftlichkeitskriterien dagegensprechen, ist in den Versorgungsregionen Nord und Süd mittels der kantonalen Spitalliste in allen Leistungsgruppen eine angemessene Erreichbarkeit der Versorgungsangebote zu gewährleisten.

3.1.7 Erreichbarkeit der Notfallversorgung

Der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV ist gerade in Bezug auf die Notfallversorgung von wesentlicher Bedeutung. Als Grundlage für die Beurteilung der Erreichbarkeit der Notfallversorgung dient die Erreichbarkeitsanalyse, welche im Rahmen des Projekts Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme durchgeführt wurde.³⁶ Die Erreichbarkeit eines Angebots wird dabei über die Fahrzeit mit dem Privatverkehr operationalisiert. Die Ermittlung der Erreichbarkeit erfolgt anhand einer sogenannten Einzugsbereichs-Analyse mithilfe eines Geoinformationssystems (GIS).³⁷

Als Richtwert für die Erreichbarkeit der Notfallversorgung wurde dabei die Sollvorgabe des Intervallverbandes für das Rettungswesen (IVR)³⁸ herangezogen. Der IVR definiert eine Hilfsfrist von 15 Minuten nach Alarmierung in 90% aller Fälle bei P1-Einsätzen.³⁹ Die Sollvorgabe des IVR dient als Kriterium für die Anerkennung von Rettungsdiensten. Zur Beurteilung der stationären Notfallversorgung wurde mit Bezug auf diese Sollvorgabe ein Zielwert von 20 Minuten betreffend die Erreichbarkeit eines akutstationären Leistungserbringers mit einer Notfallstation Level 1 gemäss Spitalliste des Standortkantons für 90% der Wohnbevölkerung formuliert. Es ist je-

³⁵ Vgl. hierzu: Medizinische Statistik der Krankenhäuser - Geographische Parameter zur Kodierung der Wohnregion schweizerischer oder ausländischer Patienten V6.9, www.bfs.admin.ch.

³⁶ Vgl. Jörg et al. (2015).

³⁷ Zur Berechnung der Fahrzeiten wurden zum einen räumliche Daten zu den Standorten der Spitäler, zur Verteilung der Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz, Daten zum Strassennetzwerk, einschliesslich z.B. der erlaubten Höchstgeschwindigkeiten und der durchschnittlichen Verkehrsbelastung, sowie zum Angebot der betreffenden Standorte miteinbezogen, wobei alle Spitäler mit Leistungsauftrag (gemäss Spitalliste des Standortkantons) in der Leistungsgruppe *Basispaket Chirurgie und Innere Medizin* zur Notfallversorgung gezählt wurden. Zu den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für das Basispaket gehört mitunter der Betrieb einer Notfallstation des Levels 1 (24h-Betrieb mit entsprechender Verfügbarkeit der Fachärzte mit Qualifikation *Medizin und Chirurgie*). Für detaillierte Informationen zum Vorgehen vgl. Jörg et al. (2015)

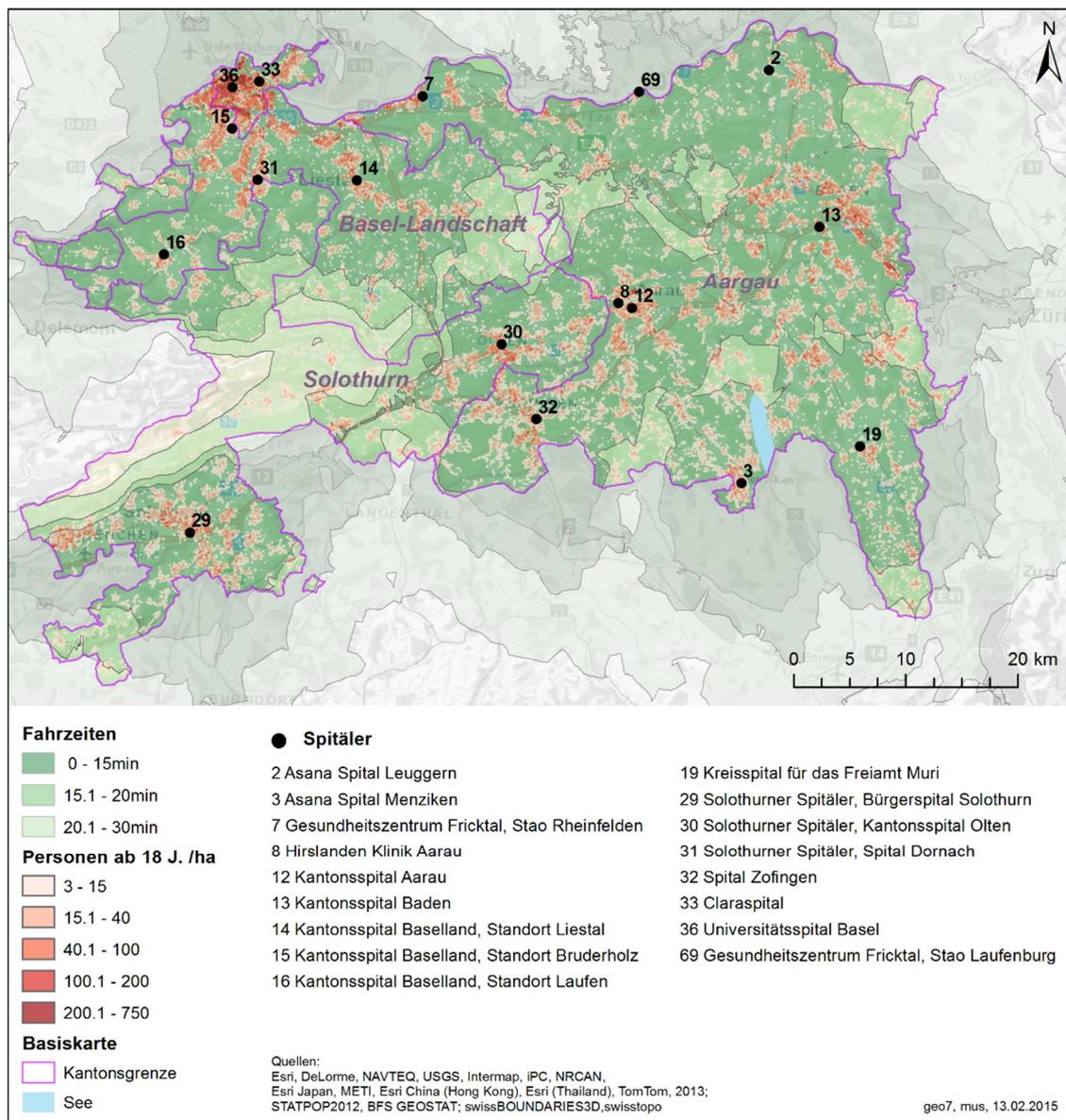
³⁸ Vgl. IVR (2010, S. 17).

³⁹ P1-Einsatz: Sofortiger Einsatz mit Sondersignal für einen Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (IVR 2010, S. 12).

doch darauf hinzuweisen, dass sich dieses Kriterium ausschliesslich auf die stationäre Notfallversorgung bezieht und nicht auf das Rettungswesen. Die Zuhilfenahme des IVR-Richtwerts erfolgt mangels entsprechender Richtwerte für die stationäre Notfallversorgung.

Tabelle 4 zeigt die Erreichbarkeit der Angebote der Notfallversorgung. Berücksichtigt wurden dabei alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Leistungsgruppe *Basispaket Chirurgie und Innere Medizin* ihres Standortkantons auf der Spitalliste der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. In **Abbildung 2** ist die Erreichbarkeit inkl. der Spitalstandorte und der Bevölkerungsdichte kartographisch dargestellt. Besitzt ein Spital mehrere Standorte, sind diese jeweils einzeln abgebildet.

Abbildung 2: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012



Rund 91.7% der Nordwestschweizer Bevölkerung erreichen das nächstgelegene Angebot der Notfallversorgung in bis zu 15 Minuten Fahrzeit mit dem Privatverkehr. Im Kanton Solothurn beläuft sich der Anteil auf 83.5%. Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit befinden sich 95 % der Solothurner Wohnbevölkerung, womit der Soll-Wert des Kantons Solothurn in Anlehnung an die Vorgabe des IVR erfüllt ist.

Tabelle 4: Erreichbarkeit Notfallversorgung nach Fahrzeiten 2012

Region/Kanton	0 - 15min		16-20min		21-30min		über 30min	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
NWCH	1'040'017	91.7%	80'383	7.1%	12'980	1.1%	1'239	0.1%
AG	479'256	91.6%	42'588	8.1%	1'119	0.2%	0	0.0%
BL	219'093	93.8%	12'457	5.3%	2'001	0.9%	0	0.0%
BS	157'796	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
SO	183'872	83.5%	25'338	11.5%	9'860	4.5%	1'239	0.6%

Zu beachten ist allerdings, dass für die Berechnung der Fahrzeiten lediglich die Spitäler auf den Spitallisten der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn berücksichtigt wurden. Nicht eingeschlossen sind damit weitere, ausserregionale Angebote der Notfallversorgung, die zwar nicht auf den Spitallisten der betreffenden Kantone aufgeführt sind, aber gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG im Falle eines Notfalls ebenso zugänglich sind. Für den Kanton Solothurn ist in diesem Zusammenhang – nebst den berücksichtigten Listenspitälern – insbesondere das Spitalzentrum Biel AG von Relevanz. Unter Berücksichtigung des Spitalzentrums Biel AG ist der Zugang zur Notfallversorgung gerade im Westen des Kantons Solothurn besser einzuschätzen als in Abbildung 2 dargestellt.

3.1.8 Wartezeit bei Wahleingriffen

Als elektive Eingriffe oder Wahleingriffe werden Operationen und Eingriffe bezeichnet, die wahlweise zu einem gewünschten, auch späteren Zeitpunkt durchführbar sind. Damit werden Wahleingriffe unterschieden von Notfalleingriffen bzw. Notfalloperation.⁴⁰ Wartezeiten auf Elektivoperationen und deren Management stehen seit langem auf der politischen Agenda zahlreicher Länder.⁴¹ Die Ursachen für Wartezeiten sind sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite⁴² verortet. Aufgrund der Umstellung von einer kapazitätsorientierten auf eine leistungsorientierte Spitalplanung gemäss Art. 58c lit. a KVV erfordert das Management von Wartezeiten für Wahleingriffe ein verstärktes Zusammenwirken von Kanton und Leistungserbringern.⁴³

Im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung sollen die Wartezeiten für Wahleingriffe bei einem Leistungserbringer jenen in vergleichbaren Spitälern entsprechen. Zusätzlich dürfen auch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Wartezeiten allgemeinversicherter und zusatzversicherter Patienten existieren.⁴⁴

3.2 Qualität

Bei Qualitätsbetrachtungen im Gesundheitswesen wird gemeinhin unterschieden zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Für die Strukturqualität interessiert das Vorhandensein

⁴⁰ Teilweise werden zusätzlich *dringliche Operationen* als dritte Kategorie unterschieden. Es sind dies Operationen oder Eingriffe, die innerhalb eines definierten kurzen Zeitraumes (24 Stunden) vollzogen werden sollten.

⁴¹ Vgl. z.B. Hurst und Siciliani (2003), Siciliani und Hurst (2003), Siciliani und Hurst (2005), Czyptionka et al. (2007a, 2007b), Kraus et al. (2010), Siciliani et al. (2013).

⁴² Unter angebotsseitige Ursachen fallen z. B. fehlende Kapazitäten, mangelnde Produktivität; nachfrageseitige Ursachen sind z.B. der Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Stand der Medizintechnologie und die Erwartungen der Patienten.

⁴³ Zwar kann der Kanton die Verfügbarkeit spezifischer Angebote mit der Vergabe von (mehreren) Leistungsträgern teilweise beeinflussen. Der Aufbau der notwendigen Ressourcen, um die Wartezeiten für elektive Eingriffe – dem Bedarf entsprechend – in einem angemessenen Rahmen zu halten, obliegt allerdings schlussendlich den Leistungserbringern.

⁴⁴ Aus Mangel an besseren Datengrundlagen stützt sich der Kanton Solothurn aktuell auf allfällige Reklamationen von Seiten der Patienten.

von Ressourcen (z.B. Kapital, Personal und dessen Qualifikation) und Infrastrukturen (z.B. ausreichend grosse Räume). Implizit wird ein kausaler Zusammenhang zwischen der Präsenz von Strukturen und qualitativ hochstehender Leistung angenommen. Die Strukturqualität ist relativ einfach mess- und vergleichbar, sagt aber noch nichts über die effektive Qualität der medizinischen Leistungen aus. Die Prozessqualität fokussiert auf die Ausgestaltung optimaler (Behandlungs-)Abläufe zwecks Sicherstellung oder Erhöhung der Qualität im Spital. Es besteht die Annahme, dass die Prozesse Einfluss auf die Güte der medizinischen Leistung haben. Bei der Ergebnisqualität wiederum interessiert das effektive Resultat der medizinischen Behandlung, Pflege und Betreuung im Spital, d.h. der Gesundheitszustand der hospitalisierten Patienten.⁴⁵ Nachfolgend werden die einzelnen Qualitätsanforderungen beschrieben:

3.2.1 Leistungsgruppenspezifische Anforderungen gemäss SPLG Systematik

Die Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn beruht auf den SPLG der GD ZH. Entwickelt wurden die SPLG im Rahmen der Spitalplanung 2012 des Kantons Zürich unter Beizug von über 100 Fachexperten. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Die SPLG wurden den Kantonen von der GDK zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile in der Mehrheit der Kantone als Basis für die Spitalplanungen und Spitallisten verwendet⁴⁶.

Als Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen sind für jede SPLG spezifische Anforderungen in Bezug auf Infrastruktur, Personal und Prozesse definiert worden. Diese Anforderungen zielen hauptsächlich auf die Gewährleistung der notwendigen Struktur- und Prozessqualität ab und werden deshalb im vorliegenden Grundlagendokument unter dem übergeordneten Kriterium *Qualität* subsumiert.

Das Leistungsgruppenkonzept sieht auf der ersten Ebene eine Aufteilung in jene Leistungsgruppen vor, die nur mit dem „Basispaket Chirurgie und Innere Medizin“ (BP) erbracht werden können (BP als Voraussetzung für andere Leistungsgruppen) und in solche, die mit dem Basispaket elektiv (BPE) erbracht werden können. Das BP ist mit dem Führen einer Notfallstation und einer entsprechenden Verfügbarkeit von Ärzten (inkl. Ärzten in Weiterbildung, d.h. Assistenzärzte) rund um die Uhr verknüpft und stellt somit wesentlich höhere Anforderungen an die Ausstattung des Spitals mit Intensivstation, Labor und Bildgebung. Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Das BP stellt in organisatorischer Hinsicht hohe Anforderungen. So hat ein Spital mindestens über eine medizinische und chirurgische Klinik mit entsprechenden hierarchischen Strukturen zu verfügen, während das BPE dem Betreiber des Spitals einen grösseren Gestaltungsfreiraum ermöglicht. Auf die Leistungsgruppe BP bzw. BPE entfällt fast die Hälfte der stationär behandelten Patienten in der Akutsomatik. Die restlichen Patienten werden in den übrigen derzeit (2016) 137 Leistungsgruppen behandelt. Die Leistungsgruppen sind teilweise so eng definiert, dass pro Jahr verschiedentlich nur einzelne oder gar keine Patienten aus dem Kanton Solothurn behandelt werden.

Das Leistungsgruppenkonzept sieht ausserdem Anforderungen an die personellen Qualifikationen (bei den Fachärzten explizit, bei den Einrichtungen, wie der Intensivpflege, implizit) und die zeitliche Verfügbarkeit des Personals vor. Weiter definiert es die Strukturen von Notfall- und Intensivpflege und bestimmt, welche Leistungsangebote nur zusammen („Verknüpfung In-house“) erbracht werden können und für welche Leistungsgruppen eine Kooperation mit einem weiteren Leistungserbringer („Verknüpfung in Kooperation“) erbracht werden dürfen. Ferner macht das Leistungsgruppenkonzept organisatorische bzw. prozessuale Vorgaben, indem es

⁴⁵ Vgl. dazu auch Gerlach (2001).

⁴⁶ Vgl. GD ZH (2009, S. 27 ff.).

Tumorboards oder die Teilnahme an wissenschaftlichen Auswertungen der Eingriffsergebnisse vorsieht⁴⁷.

Die folgenden leistungsspezifischen Anforderungen Akutsomatik gemäss SPLG-Systematik bilden jeweils die Voraussetzung für die Vergabe von Leistungsaufträgen im Kanton Solothurn:⁴⁸

- Facharzt und Verfügbarkeit
- Notfallstation
- Intensivstation
- Verknüpfte Leistungen
- Tumorboard
- Sonstige leistungsgruppenspezifische Anforderungen

Die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen werden laufend durch die GD ZH aktualisiert und vom Regierungsrat des Kantons Zürich genehmigt.⁴⁹ Massgebend sind jeweils die aktuellen Spezifikationen gemäss GD ZH, abrufbar auf der Webseite des Kantons Zürich.⁵⁰

3.2.2 Mindestfallzahlen und geringe Fallzahlen

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen (MFZ) zu beachten. Es gibt derzeit erst wenige oder keine empirische Evidenz betreffend den Zusammenhang von MFZ und der Qualität und/oder Effizienz der Leistungserbringung. Es existieren Studien, die zwar einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität aufzeigen. Ein exakter Schwellenwert, ab welchem die Qualität oder die Effizienz der Leistungserbringung deutlich besser wird, lässt sich hingegen nicht daraus ableiten. Dies widerspiegelt sich denn auch in der Praxis. Ein Vergleich der MFZ in verschiedenen Ländern zeigt auf, dass die Höhe der MFZ bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variiert.⁵¹

Vor dem Hintergrund der eingeschränkten empirischen Evidenz definierte die GD ZH Mindestfallzahlen in rund 30 SPLG als Bestandteil der leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Vergabe von Leistungsaufträgen. Die MFZ belaufen sich in der Regel auf 10 Fälle pro Jahr. Für einzelne Leistungsgruppen sind die Mindestfallzahlen höher angesetzt, da bei diesen Behandlungen aufgrund von wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispielen im Ausland bereits aussagekräftiges Datenmaterial vorhanden ist. Es handelt sich um eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (PNE1.1), eine Mindestfallzahl von 50 in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) und eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1).

Für die Vergabe der Leistungsaufträge berücksichtigt der Kanton Solothurn MFZ gemäss SPLG-Systematik in Bezug auf die Fallzahlen pro Leistungserbringer und nicht standortspezifisch oder pro Operateur. Damit soll dem Leistungserbringer ein Handlungsspielraum einge-

⁴⁷ Vom letzten Punkt weicht der Kanton Solothurn insofern ab, als dass er seinen Leistungserbringern nicht eine wissenschaftliche Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich, sondern eine gleich gestaltete Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern Bern oder Basel voraussetzt.

⁴⁸ Nicht aufgeführt sind an dieser Stelle die Mindestfallzahlen gemäss SPLG-Systematik. Der Kanton Solothurn ergänzt die Anforderungen der Mindestfallzahlen gemäss SPLG-Systematik um generelle Kriterien betreffend geringe Fallzahlen, weshalb dieses Kriterium separat im Abschnitt 3.2.2 behandelt wird.

⁴⁹ Die jüngsten Revisionen der Leistungsgruppen zielen darauf ab, die von der interkantonalen Vereinbarung über hochspezialisierte Medizin (IVHSM) regulierten Eingriffe in Leistungsgruppen abschliessend zu erfassen, was die Übersichtlichkeit über die beiden Systeme der Erteilung der Leistungsaufträge (d.h. IVHSM und kantonale Kompetenz) erhöht und die Abgrenzungen harmonisiert.

⁵⁰ Massgebend ist jeweils die aktuelle Version der Dokumente „Leistungsspezifische Anforderungen“ sowie „Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen“, vgl. http://www.gd.zh.ch/.../spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html.

⁵¹ Vgl. GD ZH (2011, S. 73), Frick et al. (2013, S. 35 ff.).

räumt werden, standortübergreifende medizinische Verantwortlichkeiten zu schaffen, die ökonomisch Sinn machen.

Wenn Leistungserbringer die MFZ nur knapp nicht erreichen, besteht die Möglichkeit, befristete Leistungsaufträge zu erteilen, mit der Auflage, dass die Mindestfallzahlen im Rahmen der eingeräumten Frist erreicht werden. In Ergänzung zu den im SPLG-Konzept definierten MFZ beurteilt der Kanton Solothurn kleine Fallzahlen generell kritisch. Leistungsaufträge mit weniger als 10 Hospitalisationen pro Jahr werden durch den Kanton überprüft. Eine Aufhebung dieser Leistungsaufträge erfolgt insbesondere dann, wenn der betreffende Eingriff anspruchsvoll ist und deshalb eine gewisse Routine voraussetzt. Hingegen werden geringe Fallzahlen akzeptiert, wenn andere Planungskriterien ein übergeordnetes Interesse für die Vergabe eines Leistungsauftrags begründen. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Leistungsaufträge als Rückfallebene für die stationäre Aufnahme von Patienten innerhalb von ambulanten Angeboten dienen.⁵²

3.2.3 Teilnahme an den ANQ-Qualitätsmessungen

Listenspitäler sind Mitglieder des Nationalen Qualitätsvertrages des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Zweck des ANQ ist die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von nationalen Ergebnisqualitäts-Messungen.⁵³ Die Listenspitäler führen Qualitätsmessungen nach den Vorgaben des ANQ durch und publizieren sie auf einer gemeinsamen Plattform.⁵⁴ Die ANQ-Messergebnisse sind u.a. Gegenstand der regelmässigen Reportingsgespräche mit den Leistungserbringern.

3.2.4 Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)

In jedem Listenspital muss ein interdisziplinäres und interprofessionelles Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt sein. Das Zwischenfallmeldesystem soll den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit bzw. der Anonymität über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden bzgl. CIRS geschult (mindestens informiert) und haben Zugang dazu.

3.3 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung

Mit der kantonalen Spitalplanung soll nicht nur die bedarfsgerechte Spitalversorgung der Bevölkerung gewährleistet werden, sondern auch eine Kosteneindämmung und namentlich die Vermeidung von Überkapazitäten angestrebt werden. Daran hat die KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung nichts geändert.⁵⁵ Gemäss Art. 39 KVG ist bei der kantonalen Spitalplanung sowie bei der Auswahl der Listenspitäler die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu berücksichtigen. Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV ist bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. In den Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG wird dies insofern konkretisiert, als dass die Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Betriebsvergleichen (Benchmarking) zu beurteilen ist.⁵⁶

3.3.1 Wirtschaftlichkeit

Mit der KVG-Revision soll die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Leistungserbringer bei der Auswahl der Sicherung des Angebots über die Spitalliste massgeblich berücksichtigt werden. Das Bundesverwaltungsgericht hält gleichzeitig fest, dass die Kantone gemäss KVG ebenso verpflichtet sind, eine übergeordnete Sicht der Wirtschaftlichkeit in ihre Planungsüberlegungen miteinzubeziehen. Sie sind folglich angehalten, die Kostenentwicklung im Spitalbereich zu analysieren und die Schaffung zulässiger Steuerungsmöglichkeiten zu prüfen. Dazu zählen insbe-

⁵² Vgl. dazu auch Abschnitt 3.3.2.

⁵³ Vgl. Art. 1 Statuten ANQ, <http://www.anq.ch/anq/>.

⁵⁴ Vgl. <http://www.anq.ch/messergebnisse/>.

⁵⁵ Vgl. BVGer C-6266/2013, E.4.5 sowie BVGer C-1966/2014, E. 4.

⁵⁶ Vgl. Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007.

sondere Massnahmen zur Kosteneindämmung und zur Vermeidung von Überkapazitäten. Unter Letzteres fallen sowohl der Abbau von bestehenden Überkapazitäten als auch die Verhinderung von allfällig neu entstehenden Überkapazitäten.⁵⁷

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer bzw. der Wirtschaftlichkeitsvergleich spielen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung in zweierlei Hinsicht eine zentrale Rolle.

Zum einen betrifft dies die Genehmigung der Spitaltarife gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG durch die Kantonsregierung. Die Überprüfung der Spitaltarife bzw. der Baserates hat gemäss Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG auf Basis eines Vergleichs mit anderen Spitälern zu erfolgen, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dazu müssen in einem ersten Schritt auf Basis betriebsindividueller Kosten- und Leistungsdaten und unter Einhaltung der einschlägigen Vorgaben aus Gesetz und Rechtsprechung die benchmarking-relevanten Betriebskosten und daraus abgeleitet die benchmarking-relevanten Basispreise möglichst vieler Spitäler ermittelt werden. In einem zweiten Schritt ist basierend auf den im ersten Schritt ermittelten benchmarking-relevanten Basispreisen ein Benchmarking durchzuführen. Daraus resultiert ein Referenz-Basispreis bzw. eine Referenz-Baserate, welche als Massstab für die zu genehmigenden Tarife herangezogen werden kann.⁵⁸

Zum anderen haben die Kantone die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gemäss Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV ebenso bei der Auswahl der Listenspitäler zu berücksichtigen. Eine strikte Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Auswahl der Listenspitäler erscheint vor dem Hintergrund der Vergütung nach SwissDRG an Bedeutung zu verlieren. Der Wettbewerb unter DRG führt nämlich tendenziell dazu, dass langfristig nur noch Leistungen angeboten werden, die der Anbieter effizient genug und damit kostendeckend bereitstellen kann. Ineffiziente Anbieter sollten in einem Wettbewerb unter DRG langfristig ausscheiden. Mit der Einführung der gewichteten Fallpauschalen wird das Kostenerstattungssystem zudem grundsätzlich durch ein Preissystem ersetzt. Dieses ist jedoch nicht unabhängig von den bisherigen Kosten, da die Tarife der Spitalleistungen gemäss KVG weiterhin auf Kosten basieren und die Kalkulation der Fallpauschalen ebenfalls aufgrund der bisherigen Kosten erfolgt.⁵⁹ Infolgedessen ist die kostenorientierte Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei der Auswahl der Listenspitäler für die effiziente Ausgestaltung des Tarifsystems von Bedeutung.

Die Umsetzung eines zweckmässigen Wirtschaftlichkeitsvergleichs vor dem Hintergrund der angepassten Finanzierungsregelung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG stellte die zuständigen Akteure vor grosse Herausforderungen und führte in der Einführungsphase zu Unsicherheiten und Meinungsverschiedenheiten. Viele strittige Fragen konnten jedoch in der Zwischenzeit gerichtlich geklärt werden. Aktuell bestehen verschiedene Ansätze von Benchmarkingverfahren, welche die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts berücksichtigen. Der Kanton Solothurn engagierte sich insbesondere im Zusammenhang mit dem Aufbau der GDK-Plattform. Letztere ermöglicht den Austausch von Kostendaten der Spitäler zwischen den Kantonen, wobei die betreffenden Daten vorab durch die Standortkantone geprüft und plausibilisiert werden, um die Vergleichbarkeit der Datengrundlage sicherzustellen. Der Austausch fand zum ersten Mal im Herbst 2015 mit den Kostendaten 2014 statt. Im Jahr 2016 erstellte der Bereich Gesundheitsversorgung (GSV) des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt erstmals ein schweizweites Benchmarking basierend auf den Daten der GDK-Plattform.⁶⁰ Demgemäss stützt sich der Kanton Solothurn bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Spitalplanung hauptsächlich auf das Benchmarking des GSV BS, weil die Vergleichbarkeit der Datengrundlage aufgrund der zusätzlichen Plausibilisierung durch die Standortkantone als massgeblicher Vorteil eingeschätzt wird. Gleichzeitig bezieht der Kanton Solothurn die Benchmarks der Preisüberwachung (PUE), der tarifsuisse ag sowie der Einkaufsgemeinschaft HSK (HSK) mit ein. Kapitel 5 enthält weitere Ausführungen zu den erwähnten Benchmarkingverfahren.

⁵⁷ Vgl. BVGer C-4232/2014.

⁵⁸ Vgl. dazu insbesondere die Grundsatzurteile zu umstrittenen Basispreisen 2012 in den Kantonen Luzern, Zürich und Glarus (C-1698/2013, C-2283/2013, C-3617/2013 sowie C-3425/2013), www.bvger.ch.

⁵⁹ Vgl. GD ZH (2011, S. 72).

⁶⁰ Eine Publikation der Ergebnisse ist im Jahr 2017 vorgesehen.

Ungeachtet des verwendeten Benchmarks ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer mit Rücksicht auf die übrigen Kriterien zu beurteilen. Beispielsweise kann für die Aufrechterhaltung eines ambulanten Versorgungsangebots die Sicherstellung der Rückfallebene und damit ein entsprechender stationärer Leistungsauftrag eine notwendige Voraussetzung darstellen.⁶¹ In diesem Fall ist es denkbar, dass die isolierte Betrachtung des stationären Angebots auf eine unzureichende Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers hindeutet. Mit Rücksicht auf die vereinbarten Tarife kann allerdings geltend gemacht werden, dass die stationäre Leistungserbringung bewusst nicht kostendeckend erfolgt, da sie lediglich als Rückfallebene dient. Gleichwohl ist ein solches Angebot aus übergeordneter Versorgungssicht wirtschaftlich und erwünscht.

3.3.2 Förderung der ambulanten Versorgung

Ein wesentlicher Faktor für die Veränderung der Nachfrage nach stationären Leistungen ist die Entwicklung der ambulanten Leistungen. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich Kosteneinsparungen realisiert werden können.⁶² Im Rahmen seiner Spitalplanung ist der Kanton Solothurn deshalb bemüht, die Konsequenzen für ambulante Versorgungsangebote bei der Vergabe von stationären Leistungsaufträgen abzuschätzen und somit zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die entsprechenden stationären Leistungsaufträge für die Aufrechterhaltung ambulanter Versorgungsangebote eine wesentliche Voraussetzung darstellen (Stichwort Rückfallebene). Nur durch eine optimale Abstimmung zwischen stationären und ambulanten Angeboten können Synergien und allfällige Effizienzvorteile genutzt werden.⁶³

3.3.3 Konzentration von Leistungen

Zwecks Sicherstellung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung bei gleichzeitig hoher medizinischer Behandlungsqualität werden grundsätzlich eine Konzentration der Leistungsangebote und eine Abstimmung der angebotenen Leistungsspektren angestrebt. Daraus resultieren folgende Prinzipien, welche bei der Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung miteinbezogen werden:

- Je allgemeiner eine stationäre Leistung ist und je häufiger diese in Anspruch genommen wird, desto wohnortnäher kann sie in der Regel durch Spitäler erbracht werden.
- Je seltener eine stationäre Leistung erbracht wird, desto höher ist in der Regel der Spezialisierungsgrad.
- Bei spezialisierten Leistungen, aber auch bei Leistungen, deren Vorhaltekosten vergleichsweise hoch sind, kann und soll die Leistungserbringung nicht in jedem Fall wohnortnah erfolgen.
- Insofern kein Bedarf für eine wohnortnahe Versorgung nachgewiesen ist, werden in der Regel bestehende (ausserkantonale) Angebote dem Aufbau neuer (innerkantonaler) Angebote vorgezogen.
- Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen wird das bestehende Leistungsspektrum mitberücksichtigt. Ein Leistungserbringer, der bereits die Anforderungen für mehrere Leistungsgruppen des gleichen Bereichs erfüllt, wird bevorzugt.

3.3.4 Rechnungslegung und -kontrolle

Nebst dem Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP/FER und der Prüfung des Jahresabschlusses durch eine Revisionsstelle sind Listenspitäler verpflichtet, eine Kostenrechnung nach REKOLE zu führen. Letztere ermöglicht eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten für die verschiedenen Versicherungsarten sowie der Kosten für weitere Dienstleistungen und bildet die

⁶¹ Vgl. dazu auch Abschnitt 3.3.2.

⁶² Vgl. Felder et al. (2014, S. 71 ff.).

⁶³ Weitere Massnahmen zur Förderung der ambulanten Versorgung sind nicht Gegenstand des vorliegenden Dokuments.

Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine REKOLE-Zertifizierung bietet die beste Gewähr einer einheitlichen Kostenermittlung und der Transparenz der Kostendaten. Idealerweise verfügen Listenspitäler über eine REKOLE-Zertifizierung. Ist dies nicht der Fall, ist eine solche anzustreben. Die für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigen Daten (ITAR-K) gemäss den Vorgaben der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL; SR 832.104) sind dem Kanton jeweils per Ende Juni zu liefern.

3.3.5 Kodierrevision

Die Listenspitäler verpflichten sich, eine Kodierrevision gemäss „Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG ab Revision der Daten 2014“ vom 16. Mai 2014 durchzuführen. Eine hohe Datenqualität in Bezug auf die codierten Diagnosen und Prozeduren ist insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems sowie als Grundlage für einen schweregradbereinigten Wirtschaftlichkeitsvergleich von zentraler Relevanz.⁶⁴

⁶⁴ Demgemäss wird die Durchführung der Kodierrevision unter dem übergeordneten Kriterium der *Wirtschaftlichkeit* subsumiert.

4 Bedarfsermittlung

Gemäss Art. 58b Abs. 1 KVV ist der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln, wobei sich der Kanton auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen hat. Im Zuge der Bedarfsermittlung ist ausserdem jenes Angebot zu ermitteln, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind (Art. 58b Abs. 2 KVV).

Die Bedarfsermittlung im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik des Kantons Solothurn basiert massgeblich auf der **Bedarfsanalyse** anhand der effektiven Inanspruchnahme akutstationärer Versorgungsleistungen durch die kantonale Wohnbevölkerung. In Ergänzung dazu erfolgt eine **Bedarfsprognose** auf der Grundlage des Prognosemodells der GD ZH.

Nachfolgend sind das Vorgehen für die Bedarfsanalyse sowie die Bedarfsprognose dargestellt und anhand von Beispielauswertungen illustriert. Für eine detaillierte Beschreibung sei auf den Versorgungsbericht aus dem Jahr 2010 bzw. auf die Aktualisierung der Bedarfsprognose aus dem Jahr 2017 verwiesen.⁶⁵

4.1 Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse bildet einerseits einen wesentlichen Bestandteil der Bedarfsermittlung, welche wiederum die Grundlage für die Auswahl der Listenspitäler darstellt. Andererseits spielt die Analyse der Bedarfsentwicklung eine zentrale Rolle im Rahmen des Monitorings der Spitalliste.⁶⁶ Anhand der Bedarfsentwicklung kann der Kanton allfällige Versorgungslücken identifizieren und entsprechende Massnahmen vorsehen. Die Bedarfsanalyse basiert im Wesentlichen auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS).

Ambulante Versorgungssituation

Während für die stationäre Gesundheitsversorgung eine breite statistische Grundlage besteht, fehlt eine solche im ambulanten Bereich. Entsprechend hat der Bundesrat, gemäss "Gesundheit 2020", die Einführung einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung als eine von zehn prioritären Massnahmen definiert. Als Ergebnis wird ein integrales statistisches Gesundheitsinformationssystem entstehen, welches Analysen über die Tätigkeiten und die Strukturen des gesamten Gesundheitswesens ermöglicht. Mit der Teilrevision Spitalfinanzierung des KVG wurden 2007 die rechtlichen Voraussetzungen für Erhebungen bei allen betroffenen Leistungserbringern geschaffen. Diese ergänzen den allgemeinen Auftrag der öffentlichen Statistik zur Information über die Gesundheit der Bevölkerung und die Gesundheitsversorgung.⁶⁷ Der Zeithorizont für das Vorliegen von Patientendaten aus Arztpraxen und Spitex ist noch nicht definiert. Bis Ende 2017 sollen jedoch die Erhebungen von Strukturdaten von Arztpraxen und Apotheken operativ sein.

Aufgrund dieser Ausgangslage wird im vorliegenden Bericht auf Analysen in Bezug auf die ambulante Versorgungssituation verzichtet, im Bewusstsein darum, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen einen wesentlichen Einflussfaktor im Kontext der akutstationären Versorgungsplanung darstellen.⁶⁸ Sobald es die Datenlage erlaubt, soll künftig die ambulante Versorgungssituation basierend auf statistisch ausgewiesenen Daten ebenso miteinbezogen werden.

⁶⁵ Vgl. Gruber et al. (2010) bzw. GESA (2017).

⁶⁶ Vgl. dazu Abbildung 1.

⁶⁷ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/.../statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.html>, (eingesehen am 22. Dezember 2016).

⁶⁸ Im Rahmen des Projekts Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme in der Nordwestschweiz wurden Auswertungen der ambulanten Versorgung auf Grundlage des SASIS-Datenpools miteinbezogen (vgl. dazu Jörg et al. 2015).

Nachfolgend sind die zentralen Indikatoren im Rahmen der Bedarfsanalyse kurz beschrieben. Diese dienen zur Beurteilung der Versorgungssituation als Ganzes oder der Versorgungsfunktion einzelner Leistungserbringer anhand der Planungskriterien gemäss Kapitel 3. Eine wichtige Analyseeinheit bilden die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) der GD ZH. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Ausserdem sind für jede SPLG jeweils die spezifischen Anforderungen an die Fachärzte und die Infrastruktur festgelegt, wodurch sie als Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen dienen können. Aktuell umfasst die SPLG-Systematik rund 140 Leistungsgruppen. Oftmals sind die Auswertungen aus Darstellungsgründen auf der übergeordneten Ebene der Leistungsbereiche (SPLB) beschrieben.

4.1.1 Inanspruchnahme

Ein wesentlicher Indikator im Rahmen der Bedarfsanalyse stellt die Entwicklung der Nachfrage durch die Solothurner Wohnbevölkerung dar. Aufgeschlüsselt nach Leistungserbringern lässt sich daraus nachvollziehen, inwiefern die Listenspitäler ihren Leistungsauftrag für die Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung wahrnehmen. Ebenso können anhand der Differenzierung nach Leistungsbereichen auch spezifische Trends in Bezug auf den Versorgungsbedarf abgeleitet werden, sei dies zum Beispiel im Zusammenhang mit epidemiologischen Entwicklungen oder als Folge der demografischen Alterung.

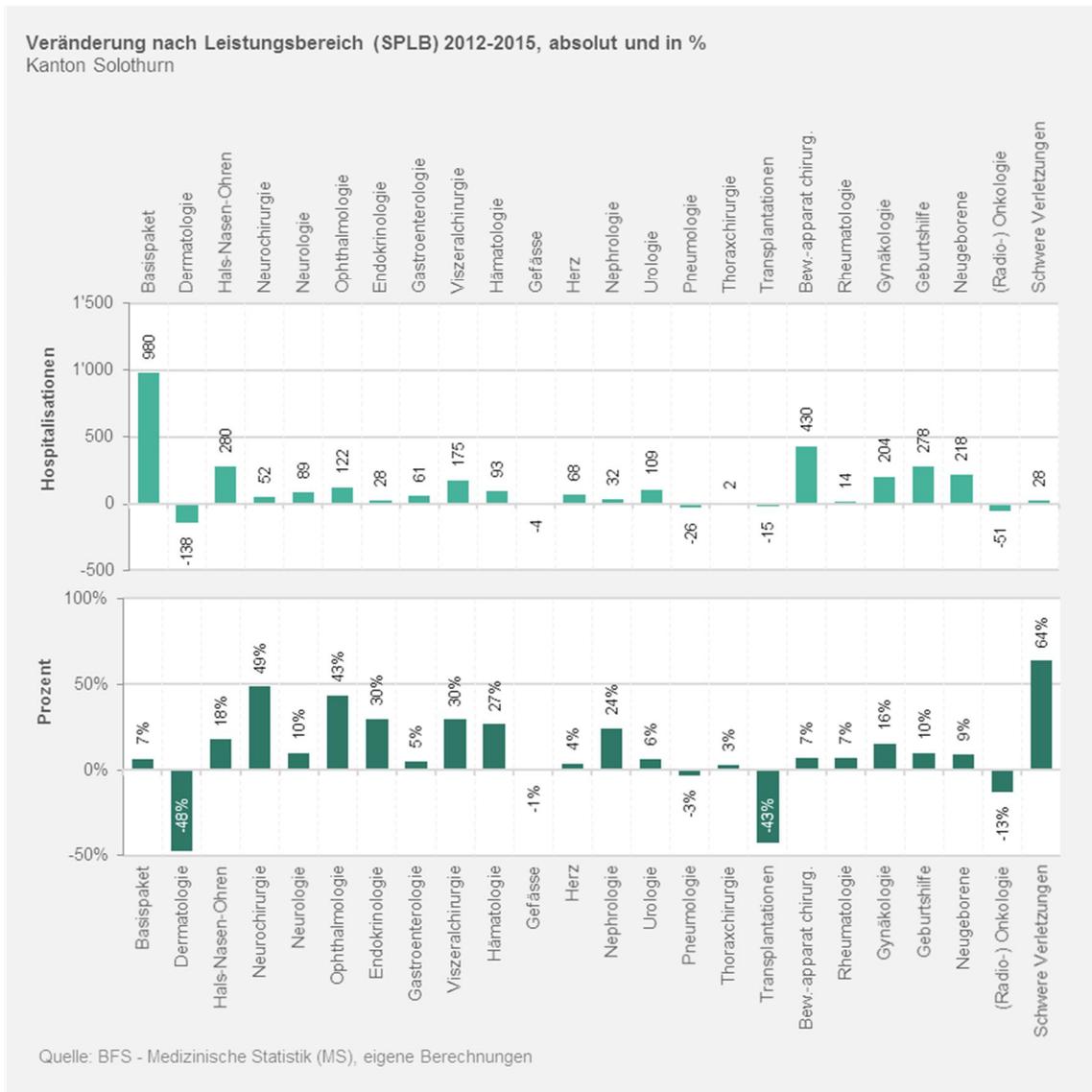
Abbildung 3: Hospitalisationen von Solothurner Patienten nach SPLB

Hauptbereich	Leistungsbereich	2012		2013		2014		2015	
		Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Grundversorgung	Basispaket	14'660	38.0%	14'992	38.1%	15'060	37.8%	15'640	37.6%
Nervensystem & Sinnesorgane	Dermatologie	289	0.7%	274	0.7%	325	0.8%	151	0.4%
	Hals-Nasen-Ohren	1'573	4.1%	1'701	4.3%	1'874	4.7%	1'853	4.5%
	Neurochirurgie	107	0.3%	146	0.4%	172	0.4%	159	0.4%
	Neurologie	896	2.3%	882	2.2%	932	2.3%	985	2.4%
	Ophthalmologie	282	0.7%	362	0.9%	444	1.1%	404	1.0%
Innere Organe	Endokrinologie	94	0.2%	128	0.3%	106	0.3%	122	0.3%
	Gastroenterologie	1'260	3.3%	1'251	3.2%	1'216	3.1%	1'321	3.2%
	Viszeralchirurgie	593	1.5%	648	1.6%	688	1.7%	768	1.8%
	Hämatologie	347	0.9%	338	0.9%	371	0.9%	440	1.1%
	Gefässe	570	1.5%	514	1.3%	433	1.1%	566	1.4%
	Herz	1'788	4.6%	1'740	4.4%	1'809	4.5%	1'856	4.5%
	Nephrologie	131	0.3%	165	0.4%	181	0.5%	163	0.4%
	Urologie	1'764	4.6%	1'945	4.9%	1'856	4.7%	1'873	4.5%
	Pneumologie	816	2.1%	575	1.5%	857	2.2%	790	1.9%
	Thoraxchirurgie	70	0.2%	69	0.2%	97	0.2%	72	0.2%
	Transplantationen	35	0.1%	51	0.1%	41	0.1%	20	0.0%
Bewegungsapparat	Bew.-apparat chirurg.	6'090	15.8%	6'217	15.8%	6'113	15.3%	6'520	15.7%
	Rheumatologie	194	0.5%	175	0.4%	180	0.5%	208	0.5%
Gynäkologie & Geburtshilfe	Gynäkologie	1'316	3.4%	1'545	3.9%	1'500	3.8%	1'520	3.7%
	Geburtshilfe	2'803	7.3%	2'878	7.3%	2'904	7.3%	3'081	7.4%
	Neugeborene	2'406	6.2%	2'382	6.0%	2'262	5.7%	2'624	6.3%
Übrige	(Radio-) Onkologie	406	1.1%	351	0.9%	375	0.9%	355	0.9%
	Schwere Verletzungen	44	0.1%	53	0.1%	37	0.1%	72	0.2%
Total	Total	38'534	100%	39'382	100%	39'833	100%	41'563	100%

Quelle: BFS - Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

In der Mehrheit der Leistungsbereiche ist für den Zeitraum zwischen 2012 und 2015 ein Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen, wobei die Verteilung nach Leistungsbereichen weitgehend stabil bleibt. Die Veränderung der Nachfrage nach SPLB – in absoluten Zahlen wie auch in Prozent – kann aus Abbildung 4 entnommen werden.

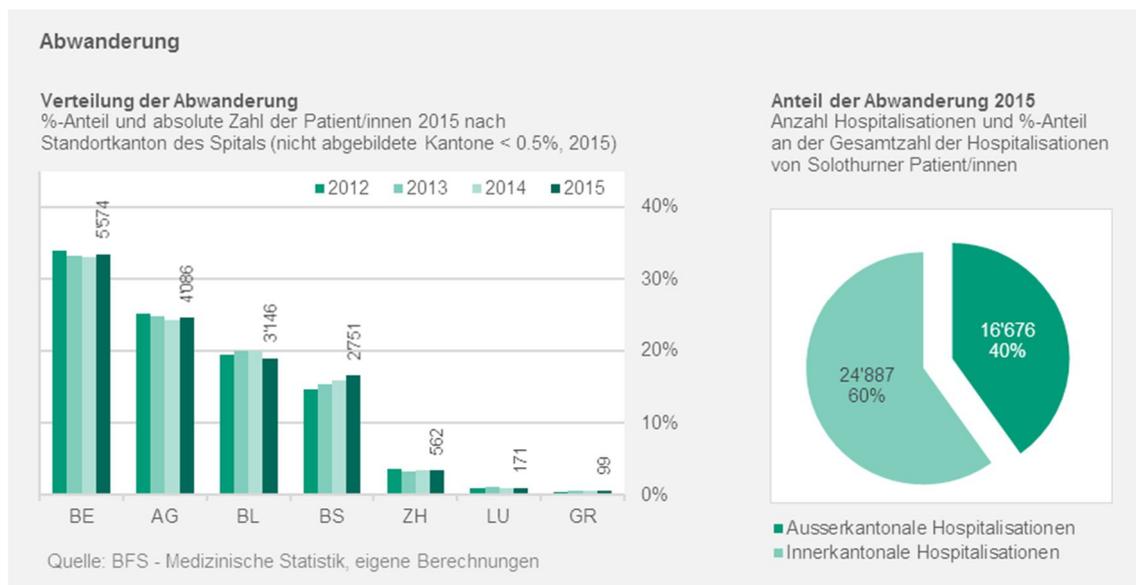
Abbildung 4: Anzahl Hospitalisationen 2012 vs. 2015 nach SPLB



4.1.2 Patientenströme

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone insbesondere: (a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen; (b) die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren (Art. 58d lit. a-b KVV). Infolgedessen umfasst die Bedarfsanalyse ebenso eine detaillierte Auswertung der Patientenströme.

Abbildung 5: Abwanderung insgesamt und nach Zielkanton

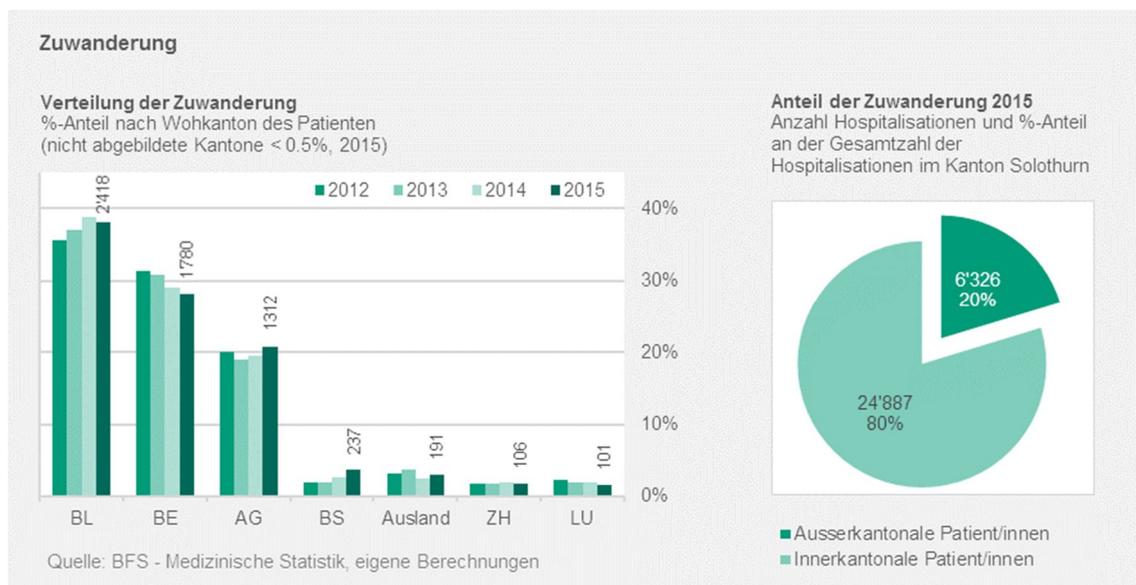


In Bezug auf die Patientenströme ist einerseits die **Abwanderung** von Interesse, d.h. jene Solothurner Patienten, die ausserhalb des Kantons hospitalisiert werden. Im schweizweiten Vergleich kennzeichnet sich der Kanton Solothurn durch eine überdurchschnittlich hohe Abwanderung.⁶⁹ Dies ist aufgrund der geografischen Ausgangslage des Kantons Solothurn nicht weiter überraschend, betont jedoch die wesentliche Bedeutung der ausserkantonalen Versorgungsangebote im Hinblick auf die Versorgungssicherheit für die kantonale Wohnbevölkerung.

⁶⁹ Vgl. Huber (2015, S. 38).

Nebst der Abwanderung interessiert andererseits die **Zuwanderung**. Damit sind die ausserkantonalen Patienten gemeint, die sich in einem Spital mit Standort im Kanton Solothurn behandeln lassen. Der Anteil der ausserkantonalen Patienten ist im Kanton Solothurn zwischen 2012 und 2016 von 16% auf 20% angestiegen. Am häufigsten betrifft dies Patienten aus den Kantonen Basel-Landschaft, Bern und Aargau. Betreffend die Zuwanderung ist in Ergänzung zu den effektiven Patientenströmen ebenso zu berücksichtigen, welche Kantone Spitäler mit Standort im Kanton Solothurn auf ihrer Spitalliste führen. Die Koordination der Spitalplanungen ist gerade mit diesen Kantonen von besonderer Bedeutung. Mit Bezug auf die Spitallisten 2016 der jeweiligen Kantone sind dies aktuell die Kantone Bern⁷⁰ und Basel-Landschaft⁷¹, welche beide der Solothurner Spitäler AG (soH) diverse Leistungsaufträge erteilt haben.

Abbildung 6: Zuwanderung insgesamt und nach Wohnkanton der Patienten



Zwecks detaillierter Beschreibung von Zu- und Abwanderung bzw. deren Verhältnis zueinander existieren diverse Kennzahlen, die unterschiedliche Aspekte operationalisieren und einen Vergleich zwischen den Kantonen ermöglichen. Dazu gehören zum Beispiel die Abwanderungsquote, der Lokalisationsindex (LI) und der Market Share Index (MSI).⁷² Diese Indikatoren dienen dazu, die Abhängigkeiten zwischen den kantonalen und regionalen Versorgungssystemen zu beschreiben und ermöglichen eine datenbasierte Koordination zwischen den Kantonen.

⁷⁰ Vgl. die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern, <http://www.gef.be.ch/gef/.../spitalliste> (zuletzt abgerufen am 29. Dezember 2016).

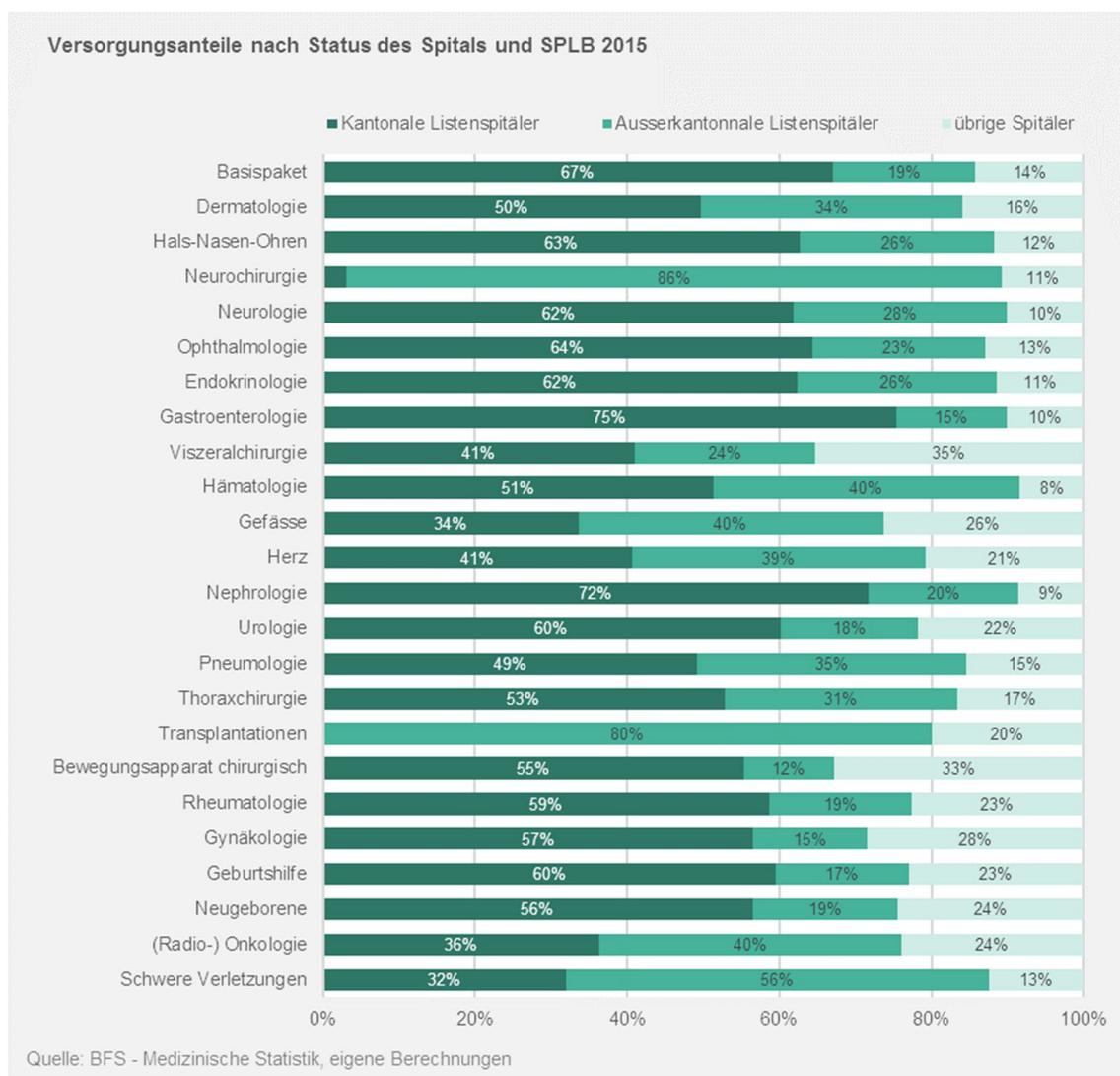
⁷¹ Vgl. die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Basel-Landschaft, <http://bl.clex.ch/.../> (zuletzt abgerufen am 29. Dezember 2016).

⁷² Vgl. dazu GESA (2017), Huber (2015), Füglistler-Dousse & Widmer (2016, S. 7).

4.1.3 Abdeckungsgrad der Spitalliste

Der Abdeckungsgrad der Spitalliste ist ein zentraler Indikator in Bezug auf die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots zugunsten der kantonalen Wohnbevölkerung. Abbildung 7 zeigt einen summarischen Überblick der Versorgungsanteile auf Ebene der Leistungsbereiche. Es wird dabei unterschieden, welcher Anteil der Solothurner Patienten in Listenspitälern mit Standort im Kanton Solothurn, in ausserkantonalen Listenspitälern sowie in den übrigen Spitälern hospitalisiert wurde.⁷³ Zu beachten gilt, dass die Auswertung gemäss Abbildung 7 nicht unterscheidet, inwiefern die jeweiligen Leistungserbringer über Leistungsaufträge in den spezifischen SPLG verfügen. Um den Abdeckungsgrad der Spitalliste exakt zu beurteilen, werden deshalb regelmässig detaillierte Auswertungen auf Ebene der einzelnen SPLG vorgenommen, bei denen berücksichtigt wird, welche konkreten Leistungsaufträge ein Spital gemäss kantonomer Spitalliste besitzt.

Abbildung 7: Versorgungsanteile nach Status des Spitals 2015



⁷³ Die Kategorisierung nach *kantonalen Listenspitälern*, *ausserkantonalen Listenspitälern* und *übrigen Spitälern* erfolgte anhand der Spitalliste 2016 des Kantons Solothurn.

4.1.4 Versorgungsrelevanz

Währenddessen mit dem Abdeckungsgrad eine Systemsicht eingenommen wird, fokussiert die Versorgungsrelevanz auf die Rolle der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungssystems. Dabei wird unterschieden zwischen der Versorgungsrelevanz auf Ebene des Leistungserbringers sowie der Versorgungsrelevanz auf Ebene der Leistungsgruppen. Die Versorgungsrelevanz kann anhand des Versorgungsanteils eines Leistungserbringers, d.h. dem Anteil der Solothurner Patienten, welcher im betreffenden Spital hospitalisiert wurden, beurteilt werden. Tabelle 5 beschreibt die Versorgungsrelevanz der Listenspitäler für die Jahre 2012 bis 2015.

Tabelle 5: Versorgungsrelevanz nach Listenspital 2012-15

Listenspital	2012		2013		2014		2015	
	Fälle SO	VA %						
Solothurner Spitäler AG (soH)	19'142	50%	19'904	51%	20'560	52%	21'627	52%
Kantonsspital Baselland (KSBL)	2'626	7%	2'626	7%	2'515	6%	2'458	6%
Privatklinik Obach	2'864	7%	2'664	7%	2'492	6%	2'426	6%
Inselspital Bern	2'522	7%	2'297	6%	2'344	6%	2'275	5%
Kantonsspital Aarau (KSA)	1'822	5%	1'795	5%	1'885	5%	1'950	5%
Universitätsspital Basel (USB)	1'043	3%	1'079	3%	1'155	3%	1'358	3%
Klinik Pallas	517	1%	813	2%	837	2%	834	2%
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	392	1%	348	1%	379	1%	392	1%

VA = Versorgungsanteil in %

Fälle SO = Anzahl Patient*innen mit Wohnsitz im Kanton Solothurn

Quelle: BFS - Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz auf Ebene der Leistungsgruppen werden die Versorgungsanteile in analoger Weise innerhalb der einzelnen SPLG berechnet.

4.2 Bedarfsprognose

Nebst der Bedarfsanalyse zur effektiven Inanspruchnahme umfasst die Bedarfsermittlung im Rahmen der Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025 des Kantons Solothurn ebenso eine Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs. Ziel der Bedarfsprognose ist eine zuverlässige Schätzung des künftigen Versorgungsbedarfs unter expliziter Berücksichtigung der relevanten Einflussfaktoren. Erstmals wurde eine Bedarfsprognose für die Solothurner Wohnbevölkerung im Rahmen des Versorgungsberichts⁷⁴ erstellt. Zwecks Erweiterung der Prognose auf den Planungshorizont 2025 aktualisierte die GD ZH die Bedarfsprognose im Auftrag des Kantons Solothurn. Grundlage bildeten die Daten der Medizinischen Statistik für das Jahr 2015. Nachfolgend sind das Prognosemodell sowie die zentralen Ergebnisse kurz dargelegt. Für die detaillierten Resultate einschliesslich einer ausführlichen Beschreibung des zugrundeliegenden Modells sowie der Prognosetechnik sei auf den separaten Bericht zur Aktualisierung der Bedarfsprognose verwiesen.⁷⁵

4.2.1 Prognosemodell und Prognosetechnik

Häufig wird eine Prognoserechnung mit einer Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung berechnet. Dieses Vorgehen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegt. Ausserdem wird davon ausgegangen, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft

⁷⁴ Vgl. dazu Gruber et al. (2010).

⁷⁵ Vgl. GESA (2017).

konstant bleiben. Beide Bedingungen sind bei den stationären Spitalleistungen nicht erfüllt. Zum einen ist die Medizinische Statistik durch mehrere Änderungen, unter anderem durch die verschiedenen DRG-Versionen, merklich geprägt. Zum anderen fand 2012 mit der Einführung von SwissDRG ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung statt, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt würde. Aus diesen Gründen basiert das Prognosemodell der GD ZH auf einem alternativen Verfahren mit expliziter Berücksichtigung der massgeblichen Einflussfaktoren. Zu Letzteren gehören:

- **demografische Entwicklung**
Demografische Alterung wird als die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung definiert. Sie ist Ausdruck von Veränderungen an der Spitze und an der Basis der Alterspyramide. Die demografische Alterung ist sowohl eine Folge der niedrigeren Geburtenraten als auch der steigenden Lebenserwartung. Dadurch altert die Bevölkerung gewissermassen doppelt, zum einen an der Basis der Alterspyramide, zum anderen auch an deren Spitze. Insgesamt resultieren aus der demografischen Alterung weitreichende gesellschaftliche Folgen, insbesondere im Arbeitsmarkt, für den Sozialversicherungsbereich und nicht zuletzt auch für die Gesundheitsversorgung.
- **medizintechnische Entwicklung**
Die medizintechnische Entwicklung beschreibt den Einfluss neuer Therapie- und Diagnose-techniken auf die Fallzahlen und Aufenthaltsdauer im akutstationären Bereich. Konkret werden unter Medizintechnik bestehende oder neue Technologien zur Diagnostik (zum Beispiel bildgebende Verfahren), zur Therapie (zum Beispiel minimal-invasive Operationsmethoden) oder zur Prävention (zum Beispiel Sekundärprophylaxe) bei Patienten im Bereich der Akutsomatik verstanden.
- **epidemiologische Entwicklung**
Die epidemiologische Entwicklung beschreibt zeitliche Trends hinsichtlich der Krankheitsinzidenz, welche dazu führen, dass sich der Bedarf der stationär im Spital durchgeführten Behandlungen verändert
- **ökonomische Entwicklungen**
 - Substitution stationär-ambulant
Inwiefern gewisse Behandlungen in Zukunft ambulant oder stationär erbracht werden, hängt neben der medizinischen Beurteilung auch von den zukünftigen ökonomischen Anreizen ab. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das zukünftige Verhältnis zwischen der Vergütung stationärer (SwissDRG) und ambulanter (TarMed) Leistungen. Je unattraktiver die Vergütung nach SwissDRG gegenüber dem TarMed sein wird, desto mehr Leistungen werden vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert.
 - Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer
Neben dem medizintechnischen Fortschritt führen auch veränderte finanzielle Anreize zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauern. Insbesondere die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen von SwissDRG im Jahr 2012 wird wahrscheinlich weiter sinkende Aufenthaltsdauern zur Folge haben. Wie stark die Aufenthaltsdauern sinken werden, lässt sich nicht genau bestimmen. Dies muss geschätzt werden. Dazu wurde die Entwicklung der Aufenthaltsdauern im Kanton Zürich, der gesamten Schweiz und in anderen Ländern über die letzten Jahre analysiert.

Abbildung 8: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Quelle: GD ZH (2009)

4.2.2 Übersicht prognostizierter Bedarf 2025

Der prognostizierte Bedarf wird aus Perspektive der Solothurner Wohnbevölkerung und nach Leistungsbereichen gegliedert aufgezeigt. Wie in Tabelle 6 dargestellt, ist bis zum Jahr 2025 von einer Zunahme der akutstationären Hospitalisationen um 7.9% auszugehen. Diese Zunahme ist primär eine Folge der erwarteten demografischen Entwicklung.

Im selben Zeitraum steigen die Pfl egetage zugunsten von Solothurner Patientinnen und Patienten lediglich um rund 2%, was im Wesentlichen auf die prognostizierte Verkürzung der Aufenthaltsdauer zurückzuführen ist. Im Durchschnitt ist von einer Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer um -5.5%, d.h. von 5.5 auf 5.2 Tage, auszugehen.

Mit Ausnahme der Leistungsbereiche Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren, Ophtalmologie, Schwere Verletzungen und Transplantationen wird in sämtlichen SPLB ein Anstieg der Fallzahlen prognostiziert. Anders stellt sich dies in Bezug auf die Pfl egetage dar. Im Basispaket und in den Leistungsbereichen Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Nephrologie, Neurologie, Pneumologie, Radio- / Onkologie, Rheumatologie und Urologie ist mit einem Anstieg der Pfl egetage zu rechnen, währenddessen für die übrigen SPLB ein Rückgang der Pfl egetage prognostiziert wird.

Je nach Leistungsbereich wird die Entwicklung von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Das Wachstum in den Leistungsbereichen Pneumologie, Nephrologie und Gastroenterologie wird beispielsweise primär durch die Alterung der Bevölkerung beeinflusst. Ebenfalls der demografischen Entwicklung ist der Anstieg der Fallzahlen im derzeit grössten Leistungsbereich, der Orthopädie (Bewegungsapparat chirurgisch), zuzuordnen. Währenddessen ist zum Beispiel der Rückgang der Fälle bzw. Pfl egetage in der Ophtalmologie massgeblich durch die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen bzw. die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bedingt.

Tabelle 6: Bedarfsprognose 2025 - Fallzahlen, Pfl egetage und MAHD

SPLB	Fälle SO			Pfl egetage SO			MAHD		
	2015	2025	Veränderung	2015	2025	Veränderung	2015	2025	Veränderung
Basispaket	15'649	17'599	+12.5%	77'906	84'917	+9.0%	5.0	4.8	-3.1%
Bew egungsapparat chirurgisch	6'520	6'770	+3.8%	41'523	41'147	-0.9%	6.4	6.1	-4.6%
Dermatologie	151	158	+4.9%	1'013	1'000	-1.3%	6.7	6.3	-5.9%
Endokrinologie	122	151	+23.8%	1'034	1'178	+14.0%	8.5	7.8	-7.9%
Gastroenterologie	1'321	1'500	+13.5%	9'731	10'232	+5.1%	7.4	6.8	-7.4%
Geburtshilfe	3'081	3'151	+2.3%	11'773	10'869	-7.7%	3.8	3.4	-9.7%
Gefässe	566	607	+7.3%	5'815	5'312	-8.6%	10.3	8.7	-14.8%
Gynäkologie	1'520	1'449	-4.7%	4'966	4'512	-9.1%	3.3	3.1	-4.7%
Hals-Nasen-Ohren	1'853	1'522	-17.9%	6'117	4'750	-22.3%	3.3	3.1	-5.4%
Hämatologie	442	517	+17.0%	4'116	4'148	+0.8%	9.3	8.0	-13.8%
Herz	1'856	2'044	+10.1%	10'874	10'630	-2.2%	5.9	5.2	-11.2%
Nephrologie	163	193	+18.3%	1'732	1'800	+3.9%	10.6	9.3	-12.2%
Neugeborene	2'625	2'841	+8.2%	11'311	10'801	-4.5%	4.3	3.8	-11.8%
Neurochirurgie	159	176	+11.0%	1'885	1'709	-9.3%	11.9	9.7	-18.3%
Neurologie	985	1'183	+20.1%	6'972	8'358	+19.9%	7.1	7.1	-0.2%
Ophtalmog ie	404	388	-4.0%	1'275	1'004	-21.3%	3.2	2.6	-18.0%
Pneumologie	790	887	+12.3%	7'122	7'451	+4.6%	9.0	8.4	-6.8%
Radio- / Onkologie	355	391	+10.0%	2'248	2'291	+1.9%	6.3	5.9	-7.3%
Rheumatologie	208	233	+12.0%	1'222	1'297	+6.2%	5.9	5.6	-5.2%
Schw ere Verletzungen	72	71	-1.6%	1'285	898	-30.1%	17.8	12.7	-29.0%
Thoraxchirurgie	72	82	+13.4%	829	796	-3.9%	11.5	9.8	-15.3%
Transplantationen	20	17	-16.4%	360	242	-32.8%	18.0	14.5	-19.6%
Urologie	1'873	2'124	+13.4%	8'698	9'059	+4.1%	4.6	4.3	-8.2%
Viszeralchirurgie	768	787	+2.4%	7'902	7'763	-1.8%	10.3	9.9	-4.1%
Total Kanton	41'575	44'839	+7.9%	227'709	232'165	+2.0%	5.5	5.2	-5.5%

Quelle: BFS - Medizinische Statistik, Berechnungen GD ZH

5 Wirtschaftlichkeitsvergleich

Gemäss Art. 39 KVG ist im Rahmen der kantonalen Spitalplanung sowie der Auswahl der Listenspitäler die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu berücksichtigen. Nach Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV ist bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten. In den Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG wird dies insofern konkretisiert, als dass die Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Betriebsvergleichen (Benchmarking, BM) zu beurteilen ist.⁷⁶ Darüber hinaus hat der Bundesrat bis anhin keine weiteren, für die Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit zu verwendenden Daten und Kriterien festgelegt.⁷⁷

In diversen Urteilen hat das BVGer das idealtypische Vorgehen für ein Benchmarking erörtert.⁷⁸ Es muss insbesondere die folgenden neun Kriterien erfüllen.⁷⁹

- 1) Das Benchmarking soll im Idealfall alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz umfassen und auch ineffiziente Häuser beinhalten.
- 2) Das Benchmarking muss repräsentativ sein.
- 3) In einem DRG-System braucht es für das Benchmarking keine Spital-Kategorien mehr; Ausnahmen sind in einer Übergangszeit möglich.
- 4) Idealerweise soll das Benchmarking auf Kosten und nicht auf Tarifen beruhen (Tarif-Benchmarking als Ausnahme).
- 5) Es ist zulässig, dass Spitäler, deren Kosten unter dem aus dem Benchmarking hervorgegangenen Referenz- oder Benchmarkwert liegen, einen effizienzbedingten Gewinn erzielen.
- 6) Der nationale Referenz- oder Benchmarkwert muss die Baserate effizienter Spitäler reflektieren.
- 7) Es gibt verschiedene Methoden, wie ein Benchmarking durchgeführt und ein Referenzwert bestimmt werden kann: Gemäss den Zürcher und Glamer Grundsatzurteilen ist die Perzentil-Methode ein akzeptables Benchmarking-Verfahren. Offen ist, welcher Perzentil-Wert zur Festlegung des Referenzwertes massgebend ist und nach welcher Kalkulationsmethode die Daten zur Berechnung dieses Perzentil-Wertes auszuwerten sind (mit Bezug auf die Anzahl Spitäler, die Anzahl Fälle oder den Case Mix).
- 8) Der nationale BM-Wert führt bei ineffizienten Spitälern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstehen Anreize zur Effizienzsteigerung.
- 9) Im Baserate-Verhandlungs-, -Genehmigungs- und -Festsetzungsprozess besitzen Tarifparteien und Kantone einen Ermessensspielraum.

Aktuell bestehen verschiedene Benchmarks betreffend die Wirtschaftlichkeit von akutstationären Leistungserbringern. In Tabelle 7 sind die zentralen Eigenschaften der Benchmarks des PUE, des GSV BS, der HSK sowie der tarifsuisse ag summarisch dargestellt, wobei jeweils die Version für das Tarifjahr 2016 berücksichtigt wurde.⁸⁰

⁷⁶ Vgl. Abs. 3 Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007.

⁷⁷ Vgl. Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG.

⁷⁸ Vgl. insbesondere die Urteile BVGer C-2283/2013, BVGer C-3617/2013 sowie BVGer C-3425/2013.

⁷⁹ Vgl. PUE (2016, S. 17).

⁸⁰ Die Angaben in den Tabellen basieren auf PUE (2016b), tarifsuisse (2015), HSK (2015). Die Publikation betreffend den Benchmark GSV BS ist im Laufe des Jahres 2017 geplant.

Tabelle 7: Vergleich von vier Benchmarks zur Wirtschaftlichkeit

	GSV BS	PUE	tarifsuisse ag	HSK
Datenjahr	2014	2014	2014	2014
Tariffjahr	2016	2016	2016	2016
Datenquelle	GDK-Plattform: Plattform der Kantone für den Austausch der Kostendaten der Spitäler	Kosten- und Leistungsdaten aus der Krankenhausstatistik (KS) sowie der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des BFS	Jährlich werden alle akutsomatischen Spitäler im Frühjahr aufgefordert, die für die Berechnung der benchmark-relevanten Baserate notwendigen Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen.	Die HSK fordert die ITAR_K Vollversion inkl. dem detaillierten Ausweis des spitalambulant-lanten Bereichs ein. Viele Spitäler liefern jedoch ausschliesslich die verdichtete Version. Die Offenlegung dieser Daten in der Vollversion ist wichtig für die Plausibilisierung.
Plausibilisierung	Plausibilisierung durch den jeweiligen Standortkanton.	Plausibilisierung anhand des Anteils der DRG-Fälle basierend auf dem Kostengewicht, dem CMI und den Fallzahlen eines Spitals. Spitäler mit einem DRG-Anteil unter 80% wurden ausgeschlossen.	k.A.	Plausibilisierungskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit eines Abgleichs der Kostenträger-Rechnung bzw. des ITAR_K Gesamtausweises mit einer externen Jahresrechnung - Übereinstimmung zwischen Kostenträgerrechnung bzw. der ITAR_K Gesamtausweis mit der Finanzbuchhaltung - Übereinstimmung zwischen Kostenträger-Ausweis mit dem ITAR_K Gesamtausweis <p>Die Plausibilisierung anhand aller drei Kriterien war nur in den wenigsten Fällen möglich, da entweder nicht die ITAR_K Vollversion zur Verfügung gestellt wurde oder das «Zusatzdatenblatt HSK» nicht eingereicht wurde.⁸¹</p>
Datenbasis Benchmark	52 Spitäler	160 Spitäler	125 Spitäler	97 Spitäler
Ausschlusskriterien	Die Ausgangslage bildeten alle Spitäler welche gemäss MS ausgewiesen waren. <ul style="list-style-type: none"> - Geburtshäuser (18 Spitäler) - Spitäler ohne kantonalen Leistungsauf- 	Ausgeschlossen wurden insgesamt 21 Spitäler. Folgende Gründe waren dafür massgebend: <ul style="list-style-type: none"> - Anteil der SwissDRG-Fälle weniger als 	<ul style="list-style-type: none"> - Spitaltypen K211, K212, K221 - Spitäler, die keine Daten abgegeben haben (13 Spitäler) - Spitäler, welche die Daten zu spät abge- 	<ul style="list-style-type: none"> - Spitäler, welche die Daten nicht fristgerecht eingereicht. - Universitätsspitäler - Spezialfälle: spezialisierte Kinderspitäler

⁸¹ Mit dem Zusatzdatenblatt HSK werden u.a. ergänzende Informationen über die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und die Kosten betreffend Aus- und Weiterbildung eingeholt.

	GSV BS	PUE	tarifsuisse ag	HSK
	<p>trag (10 Spitäler)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spitäler ohne DRG-Abgeltung (8 Spitäler) - Spitäler, für die keine Kostendaten vorliegen (60 Spitäler): Grund dafür ist, dass noch nicht alle Kantone am Kostendaten-Austausch teilnehmen. Das Benchmarking basiert auf den Kostendaten folgender Kantone: AG, BL, BS, FR, GL, GR, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, VD und ZH. - Universitäts- und Kinderspitäler (7 Spitäler) - Spitäler, welche die Anlagenutzungskosten nicht gemäss den Vorgaben der VKL auswiesen (13 Spitäler) - Spitäler, welche Anlagenutzungskosten ausserhalb der GDK-Empfehlung auswiesen (7 Spitäler): Gemäss dieser sollten die ANK zwischen 5% und 15% der benchmarking-relevanten Betriebskosten liegen. <p>Spitäler, für welche vom Standortkanton keine Empfehlung für ein Benchmarking abgegeben wurde (18 Spitäler)</p>	<p>80% aller stationären Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein CMI angegeben - keine Totalkosten ausgewiesen Berechnung ergab einen unplausiblen Wert 	<p>geben haben (15 Spitäler)</p> <p>Ausschluss infolge der Plausibilitätsprüfung (2 Spitäler)</p>	<p>sowie Geburtshäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spitäler mit einem Case Mix < 100 (2 Spitäler) - Spitäler mit einem VVG-Anteil > 90% (1 Spital) - Spitäler mit unplausiblen Daten (4 Spitäler) <p>Die vorgesehenen Aufnahmekriterien für den Benchmark, wonach lediglich Leistungserbringer berücksichtigt werden sollten, die REKOLE-zertifiziert sind und welche die ITAR_K Vollversion zur Verfügung stellen, mussten – ausgehend von den gelieferten Daten – verworfen werden, da sonst nicht ausreichend viele Spitäler in den Benchmark einbezogen werden konnten.</p>
Kostenabgrenzung / Berechnung der BM-relevanten Baserates	<p>Die Herleitung der benchmarking-relevanten Betriebskosten erfolgte gemäss ITAR_K ausgehend vom Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung (BeBu) unter Einhaltung der GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (GDK 2015). Unter Berücksichtigung des Case Mix wurden anschliessend die benchmarking-relevanten Baserates pro Spital ermittelt.</p>	<p>Herleitung der benchmarking-relevanten Betriebskosten ausgehend von den Totalkosten der administrativen Fälle stationär (inkl. Anlagenutzungskosten) gemäss KS. Unter Berücksichtigung des Case Mix wurden anschliessend die benchmarking-relevanten Baserates pro Spital ermittelt.</p>	<p>In einem ersten Schritt kalkuliert tarifsuisse auf der Grundlage der von den Spitälern eingereichten Kosten- und Leistungsdaten die benchmark-relevanten KVG-Kosten. Unter Berücksichtigung der Leistungsmenge „Case Mix“ werden die kalkulierten Baserates pro Spital bzw. Spitalgruppe zu 100% ermittelt.</p>	<p>Die Berechnung der benchmark-relevanten Betriebskosten erfolgt ausgehend vom Total der Kosten gemäss BeBu</p>
Anlagenutzungskosten (ANK)	<p>Anlagenutzungskosten werden gemäss Bewertung nach VKL berücksichtigt.</p>	<p>Die Anlagenutzungskosten sind in den Totalkosten der administrativen Fälle stationär gemäss KS enthalten.</p>	<p>Die Kostendaten werden gemäss VKL-konformen Bewertungsvorgaben eingefordert. Prioritär werden die ANK gemäss VKL in das tarifsuisse-Benchmarking integriert. Wenn dieser Wert nicht verfügbar ist, dann nach REKOLE resp. anderer Bewertungsmethode. Bewertung der Anlagenutzungskosten nach VKL (54% der Spitäler), nach REKOLE (45%), nach anderer Methode (1%)</p>	<p>Nachträglich und standardmässig, anhand des mittleren ANK-Anteils von 8.64% gemäss Erhebung der SwissDRG. Die von den Spitälern ausgewiesenen Anteile wurden nicht berücksichtigt, weil sie stark variieren und zumindest teilweise ausserhalb des plausiblen Bereichs lagen.</p> <p>Die Berechnung der ANK erfolgte nach den Berechnungen der SwissDRG, weil ein Teil</p>

	GSV BS	PUE	tarifsuisse ag	HSK
				der Spitäler die ANK nur nach REKOLE ausgewiesen hatte. Im BM 2016 sind dann die effektiven ANK nach VKL enthalten.
Kosten für Forschung und Lehre	Grundsätzlich wurden die effektiven Kosten für Forschung und Lehre gemäss VKL berücksichtigt. Einige Spitäler machten Normabzüge geltend.	Falls ausgewiesen wurden die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung gemäss Kostenrechnung (KS) berücksichtigt, wobei die Kosten für die universitäre Lehre und Forschung innerhalb der KS ausschliesslich auf Ebene des gesamten Spitals angegeben sind (somit auch für den ambulanten Bereich und die Langzeitpflege). Der Anteil des stationären Bereichs wird jeweils anhand des Anteils der stationären Kosten an den Totalkosten berechnet.	k.A.	Erfolgt nach normativen Ansätzen, ausser die durch die Spitäler ausgewiesenen Kosten sind höher als die normativen Ansätze.
Kosten aufgrund von Mehrleistungen für VVG-Patienten	Die <i>Kosten für Arzthonorare bei Zusatzversicherten Patienten</i> sowie die <i>Mehrkosten bei Zusatzversicherten Patienten</i> werden gemäss GDK-Empfehlung (GDK 2015) in Abzug gebracht.	k.A.	k.A.	Mit den Berechnungen gemäss ITAR_K ist aus Sicht HSK der Abzug für die VVG-Mehrleistungen zu gering. Die im ITAR_K in Abzug gebrachten Mehrleistungen für Zusatzversicherte belaufen sich pro VVG-Fall auf nur Fr. 278. HSK verwendet höhere, normative Ansätze je nach VVG-Anteil.
Weitere Bemerkungen zur Kostenabgrenzung bzw. zur Berechnung der BM-relevanten Baserates	k.A.	Die Berechnung des Benchmarks für das Tarifjahr 2016 weicht von der idealtypischen Ermittlung der benchmarking-relevanten Baserates. Gemäss PUE basiert die idealtypische Ermittlung auf dem ITAR_K-Modell. Zum Zeitpunkt des Benchmarks 2016 standen der PUE nicht alle ITAR_K-Modelle der Schweizer Spitäler zur Verfügung, um auf dieser Datenbasis ein repräsentatives Benchmarking mit möglichst vielen Spitälern durchführen zu können.	Für die Berechnung der tarifrelevanten KVG-Baserates werden, sofern vom Leistungserbringer offengelegt, die effektiven Investitionskosten gemäss VKL herangezogen. Im Rahmen eines Festsetzungsverfahrens wird pro Benchmark-Spital transparent aufgezeigt, welche Abzugsvarianten pro KVG-konformen Abzug zur Anwendung gebracht wurden, sowie deren quantitativen Bewertung.	k.A.
Benchmark-Kriterium	40. Perzentil	20. Perzentil	25. Perzentil	30. Perzentil Preisfindung erfolgt auf Basis der Hauptkomponentenanalyse (vgl. HSK 2015).
Benchmarkwert inkl. ANK	Fr. 9'690	Fr. 9'598	Fr. 9'499	Fr. 9'647

Die Unterschiede hinsichtlich Benchmarkwerte der in Tabelle 7 aufgeführten Vergleiche sind hauptsächlich auf folgende Gründe zurückzuführen:

- Datenquelle: Als Grundlage für die Kosten der Leistungserbringer dienten die Daten der Krankenhausstatistik (KS) oder die Daten gemäss Integrierten Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR_K).
- Ausschlusskriterien: Insbesondere der Benchmark der GSV BS setzt höhere Anforderungen an die berücksichtigten Spitäler, wodurch sich die Datenbasis für den Benchmark reduziert (52 Spitäler). Gleichzeitig ist aber davon auszugehen, dass die Vergleichbarkeit der Kostendaten der berücksichtigten Spitäler höher zu bewerten ist als bei den übrigen Benchmarks.
- Datenplausibilisierung: Der Benchmark der GSV BS stützt sich auf die Plausibilisierung durch die jeweiligen Standortkantone. Die übrigen Benchmarks verfügen nicht über diese Möglichkeit. Die Plausibilisierung erfolgt demgemäss hauptsächlich datengestützt, wobei nicht plausible Angaben verschiedentlich durch Normabzüge ersetzt werden.
- Kostenabgrenzung: Je nach Verfügbarkeit der Daten bestehen unterschiedliche Ansätze betreffend die Abgrenzung der benchmarking-relevanten Kosten. Betroffen sind insbesondere die Kosten für Forschung und Lehre, die Investitionskosten sowie die Abzüge bzgl. der Mehrleistungen zugunsten von zusatzversicherten Patienten.
- Benchmark-Kriterium: Die Wahl des Benchmark- bzw. Effizienzkriteriums variiert in den dargestellten Benchmarks zwischen dem 20. Perzentil und dem 40. Perzentil.

In Abbildung 9 ist die Verteilung der Spitäler gemäss dem PUE-Benchmark beispielhaft dargestellt. Jeder Balken entspricht einem Spital. Hervorgehoben sind das 20. Perzentil, das 30. Perzentil, das 40. Perzentil sowie der Median.

Abbildung 9: Wirtschaftlichkeitsvergleich

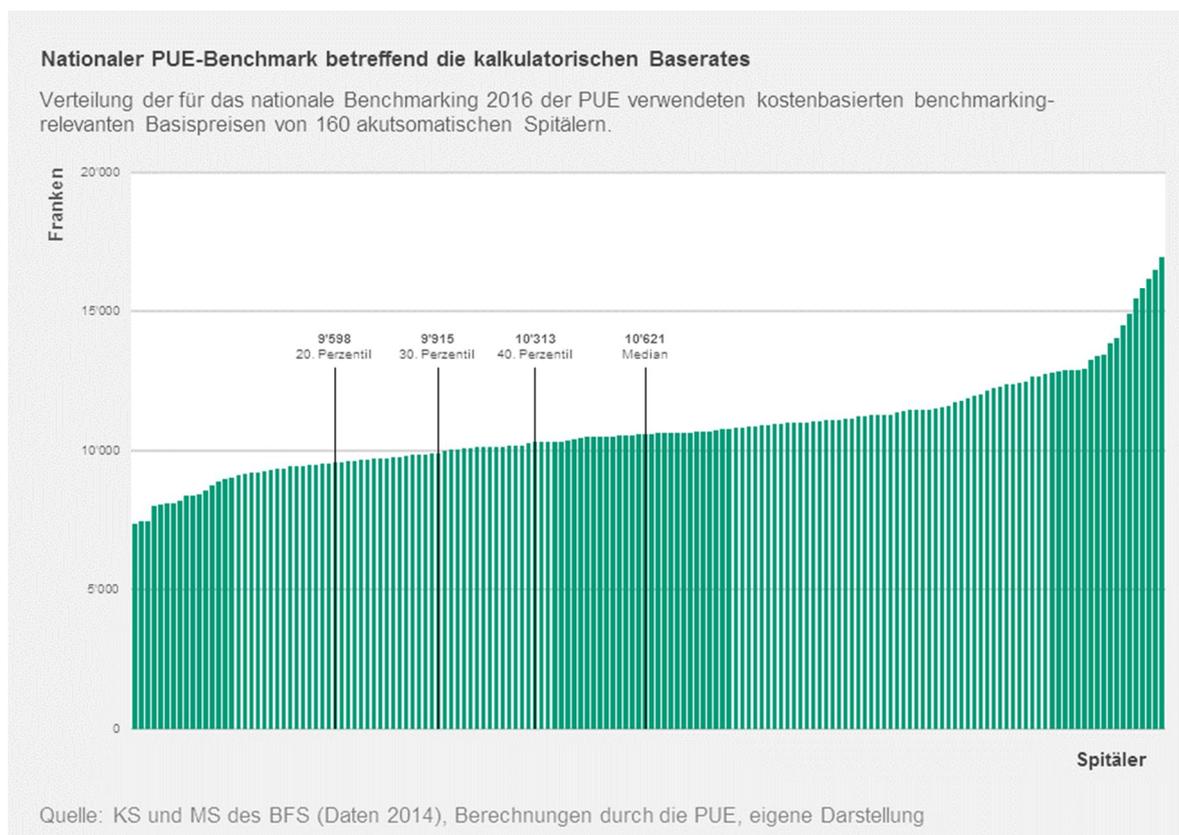


Tabelle 8 zeigt ausgewählte Lagemasse und beschreibt die Verteilung der berücksichtigten benchmarking-relevanten Baserates. Je nach den angewandten Ausschlusskriterien unterscheidet sich die Spannweite der Baserates (Distanz zwischen dem größten und dem kleinsten Wert) massgeblich. So beträgt die Spannweite des Benchmarks GSV BS rund 4'500 Franken, währenddessen die benchmarking-relevanten Baserates im PUE-Benchmark von 7'378 Franken bis 16'991 Franken reichen. Aus Tabelle 8 wird ebenfalls die wesentliche Bedeutung des gewählten Benchmarking-Kriteriums deutlich ersichtlich. Je nachdem, ob zum Beispiel das 20. oder das 40. Perzentil als Effizienzmassstab gewählt wird, resultieren deutlich unterschiedliche Benchmarkwerte (im Fall des PUE-Benchmarks beläuft sich der Unterschied auf 715 Franken).

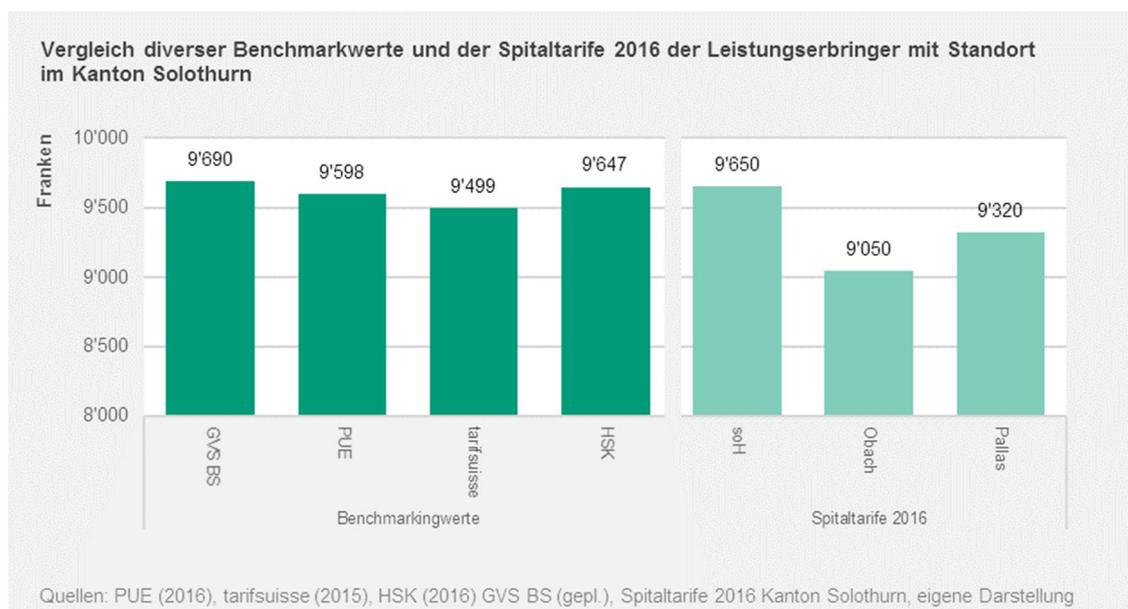
Tabelle 8: Vergleich ausgewählter Lagemasse zu diversen Benchmarks

Lagemass	GSV BS	PUE	tarifsuisse ag	HSK
Minimum	Fr. 8'376	Fr. 7'378	k.A.	Fr. 7'380
20. Perzentil	Fr. 9'425	Fr. 9'598	k.A.	Fr. 9'478
30. Perzentil	Fr. 9'584	Fr. 9'915	k.A.	Fr. 9'647
40. Perzentil	Fr. 9'690	Fr. 10'313	k.A.	Fr. 9'768
Maximum	Fr. 12'817	Fr. 16'991	k.A.	Fr. 12'029

Quellen: PUE (2016), tarifsuisse (2015), HSK (2016), GSV BS (gepl.), teilw. Angabe der spezifischen Werte auf Nachfrage, k.A.= keine Angabe

Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, sind die Wirtschaftlichkeitsvergleiche für die Spitalplanung des Kantons Solothurn in zweierlei Hinsicht von Bedeutung. Zum einen dienen die benchmarking-relevanten Baserates der (potentiellen) Listenspitäler als Grundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Vergabe von Leistungsaufträgen. Zum andern dient der Wirtschaftlichkeitsvergleich als Grundlage für die Genehmigung der Spitaltarife, wobei hierzu die Benchmarkwerte als Referenz herangezogen werden. In Abbildung 10 sind für das Tarifjahr 2016 massgeblichen Benchmarkwerte der zuvor erwähnten Benchmarks dargestellt. Daneben sind zusätzlich die Spitaltarife der akutstationären Leistungserbringer mit Standort im Kanton Solothurn abgebildet.⁸²

Abbildung 10: Benchmarkwerte und Spitaltarife 2016



⁸² Für das Tarifjahr 2016 sind die zwischen den Spitälern und der tarifsuisse bzw. HSK verhandelten Spitaltarife identisch (Stand vom 1. September 2016, www.so.ch).

6 Literatur- und Materialienverzeichnis

- Bundesrat (2016). Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Bern, 25. Mai 2016. <http://www.bag.admin.ch>
- Czypionka, T.; Kraus, M.; Riedel, M.; Röhring, G. (2007b): Wartezeiten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz. In: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon, IV/Winter 2007.
- Czypionka, T.; Kraus, M.; Riedel, M.; Röhring, G.; Schnabl, A. (2007a): Effizienz im Gesundheitswesen: Alles ganz einfach? – Warten in Europa: Ein Internationaler Vergleich bei Elektivoperationen. In: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon, I/Frühjahr 2007.
- Felde, S; Kägi, W. et al. (2014). Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Begleitstudie im Auftrag von FMH und H+, www.fmh.ch.
- Frick, U.; Krischker, S.; Gmel, G. (2013). Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- GD ZH (2009). Zürcher Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Dezember 2009. www.gd.zh.ch
- GD ZH (2011). Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, September 2011. www.gd.zh.ch
- GDK (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung: Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Juli 2005. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2009). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, vom Vorstand der GDK verabschiedet am 14. Mai 2009. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2011). Leistungsgruppenkonzept: Spitalplanung ab 2012. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Beschluss des Vorstandes der GDK vom 27.1.2011. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2015). Planung der hochspezialisierten Medizin: Information zum Stand der Umsetzung. Statusbericht zuhanden des Departements des Innern (EDI). Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, 27. April 2015. <http://www.gdk-cds.ch>
- GDK (2017a). Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2017 bis 31.1.2017. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, teilweise revidierte der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 18.5.2017.
- GDK (2017b). Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 6. April 2017. <http://www.gdk-cds.ch>

- Gerlach, F. (2001). Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Thieme, Stuttgart.
- GESA (2011): Spitalplanung Kanton Solothurn, Bedarfsanalyse für die Jahre 2015 und 2020 unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung für das Bürgerspital Solothurn, TeamFocus AG, Luzern
- Gruber, J.; Knie, B.; Lippitsch, S. (2010): Spitalplanung 2012, Versorgungsbericht Kanton Solothurn, Lenz Beratungen & Dienstleistungen AG, Zürich im Rahmen des Auftrages Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. LENZ Beratungen & Dienstleistungen AG, www.baselland.ch (4. Mai 2014).
- GESA (2017). Bedarfsanalyse und -prognose: Aktualisierung des Versorgungsberichts, Spitalplanung Akutsomatik 2012-2025. Gesundheitsamt Kanton Solothurn, Mai 2017.
- HSK (2015). Fact-Sheet Benchmark HSK 2015 für SwissDRG (Tarifjahr 2016). Zürich, August 2015.
- HSK (2016). Fact-Sheet Benchmark HSK 2016 für SwissDRG (Tarifjahr 2017). Zürich, August 2016. <http://www.ecc-hsk.info/de/aktuelles/2016/benchmark-swissdrg-2016> (4. Januar 2016).
- HSM (2016). Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin (HSM), Stand 29. Februar 2016. <http://www.gdk-cds.ch>
- Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_48_3.pdf
- Hurst, J.; Siciliani, L. (2003). Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papers, 6.
- IVR (2010). Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten gemäss Richtlinien 2010, Interverband für Rettungswesen (IVR). http://www.ivr-ias.ch/rettungsdienst.php?read_group=35.
- Jörg, R.; Ettl, R.; Ruffin, R.; Dvorak, A.; Megert, M. (2015). Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz: Schlussbericht. socialdesign ag. Im Auftrag der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. www.socialdesign.ch.
- Kraus, M.; Czypionka, T.; Röhring, G.; Rasinger, T. (2010): Wartezeiten unter mangelnder Transparenz – Ein Verteilungsproblem. In: WISO, Volume 33, Issue 2, 31–46. OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.
- Kreindler, S. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. In: British Medical Bulletin, Volume 95, Issue 1, 7–32.
- PUE (2016a). Empfehlung des Preisüberwachers vom 27. Mai 2016 zum Tarifvertrag betr. Leistungsabgeltung nach SwissDRG für akut-stationäre Behandlungen gemäss KVG (Base-rate) zwischen der Solothurner Spitäler AG und der Tarifsuisse AG.
- PUE (2016b). Spitaltarife: Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akutstationären Spitaltarifen. Preisüberwachung. Bern, Oktober 2016. Verfügbar unter: <https://www.preisueberwacher.admin.ch/pue/de/home/themen/gesundheitswesen/spitaeler.html> (16. November 2016)

- Rütsche, Bernhard (2016). Staatliche Leistungsaufträge und Rechtsschutz, in: Zeitschrift des Bernischen Juristenvereins (ZBJV).
- Siciliani, L.; Borowitz, M.; Moran, V. (eds.) (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Siciliani, L.; Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers, 7.
- Siciliani, L.; Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. In: Health Policy, Volume 72, Issue 2: 201–2015.
- tarifsuisse (2015). tarifsuisse-Benchmark für die Tarife 2016. tarifsuisse ag. September 2015. <https://www.tarifsuisse.ch>
- Trüeb, H.-R.; Zimmerli, D. [Hrsg.] (2012). Spitalfinanzierung und Vergaberecht, in: Forum Gesundheitsrecht Band/Nr. 19, Rz. 151.
- Widmer, P.; Spika, S.; Telser, H. (2015). Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG. Polynomics, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Universitätsspital Zürich, 18. November 2015. <http://www.usz.ch>
- Widmer, P.; Telser, H. (2013). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Polynomics, Studie im Auftrag von comparis.ch. <http://www.polynomics.ch>