

An den Landrat

Glarus, 15. August 2017

Änderung der Verordnung über das Kantonsspital Glarus

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Die Vorlage im Überblick

Mit Blick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung überführte der Kanton Glarus das Kantonsspital Glarus (KSGL) im Jahr 2011 in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft, die sich zu 100 Prozent im Besitz des Kantons befindet.

Das KSGL entwickelte sich in den vergangenen Jahren erfreulich. Die Verselbstständigung und die dazugehörigen rechtlichen Grundlagen wie die Verordnung über das Kantonsspital Glarus (Spitalverordnung) und die Leistungsvereinbarung haben sich grundsätzlich bewährt. Allerdings ist die schwierige Mehrfachrolle des Kantons im Gesundheitswesen präziser zu regeln. Die verschiedenen Aufgaben sind soweit möglich voneinander zu trennen.

Als Konsequenz hat der Regierungsrat in seiner Funktion als Aktionärsvertreter des Kantons eine Eigentümerstrategie für das KSGL definiert, in der er seine Ziele aus Sicht des Spital-eigners definiert

Aus der Sicht des Leistungseinkäufers und -finanzierers gilt es zudem, die sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) genauer zu regeln. Die Rechtsprechung und Lehre haben in den vergangenen Jahren dazu verschiedene Fragen geklärt. Dies bedingt gewisse Anpassungen der Spitalverordnung. Nach der Änderung der Spitalverordnung ist die Leistungsvereinbarung zwischen dem Regierungsrat und dem KSGL anzupassen. Aufgrund der präziseren Definition der GWL soll sich deren Abgeltung schrittweise von heute 4,5 auf neu 3,75 Millionen Franken im Jahr reduzieren.

2. Ausgangslage

2.1. Verselbstständigung des Kantonsspitals

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist massgebende Grundlage für das Gesundheitswesen. Es verpflichtet die Kantone zu bedarfsgerechter Spitalversorgung. Die 2007 beschlossene und am 1. Januar 2009 (mit Übergangsbestimmungen bis am 1.1.2012) in Kraft getretene neue Spitalfinanzierung beinhaltet Widersprüchliches; einerseits brachte sie den Spitalern mehr Marktelemente, andererseits wies sie den Kantonen über verstärkte

Planung mehr Aufgaben und einen erheblichen Anteil an der Spitalfinanzierung zu. Wichtigste Neuerungen waren:

- Vergütung stationärer Leistungen mittels leistungsorientierter Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG);
- freie Spitalwahl;
- geänderter Verteilschlüssel für die Kosten der stationären Leistungen zwischen Krankenversicherern und Kantonen;
- Pflicht zur interkantonalen Koordination der Spitalplanungen über Austausch und Auswertung der Informationen über Patientenströme.

Die Reform stärkte die marktwirtschaftlichen Wettbewerbskräfte über Preis und Qualität und liess die freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus zu. Sie förderte und forderte die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitälern. Den Kantonen wurde damit eine schwierige Mehrfachrolle auferlegt, und die Spitäler benötigten grössere betriebswirtschaftliche Freiräume.

Der Kanton Glarus ging die mit der neuen Spitalfinanzierung erforderlichen Änderungen aktiv an. Die Landsgemeinde 2009 schuf mit der Änderung des Gesundheitsgesetzes (GesG) die rechtlichen Grundlagen, um dem KSGL eine grössere organisatorische Autonomie und verstärkte Kooperationen mit anderen Spitälern zu ermöglichen. Mit dem Erlass der Spitalverordnung bestimmte der Landrat die Umwandlung von einer unselbstständig öffentlich-rechtlichen Anstalt in eine privatrechtliche Aktiengesellschaft. Die Umwandlung durch Gründung der Kantonsspital Glarus AG erfolgte durch den Regierungsrat gestützt auf Artikel 19 der Spitalverordnung am 1. Juni 2011. Gleichzeitig wurde die Spitalverordnung in Kraft gesetzt und eine Kooperation mit dem Kantonsspital Graubünden (KSGR) bekannt gegeben.

2.2. Entwicklung des KSGL seit 2012

2.2.1. Übersicht

Das KSGL entwickelte sich im neuen Umfeld erfreulich, wie die Kennzahlen der Jahre 2012–2016 zeigen (s. Tabelle 1). Im stationären Akutbereich lassen sich rund 70 Prozent aller Glarnerinnen und Glarner im KSGL behandeln. Im ambulanten Bereich erwirtschaftet das KSGL mit 47 Prozent beinahe einen gleich hohen Umsatz wie die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton zusammen (ohne Medikamente und Laboranalysen).

Tabelle 1. Kennzahlen 2012–2016

| Kennzahl | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Stationäre Fälle Akutsomatik | 4823 | 4776 | 4806 | 4764 | 4913 |
| - davon Herkunftskanton Glarus | 4410 | 4333 | 4366 | 4265 | 4450 |
| Casemix-Index (CMI) | 0.879 | 0.870 | 0.910 | 0.935 | 0.916 |
| Ø Aufenthaltstage | 5,5 | 5,3 | 5,6 | 5,6 | 5,5 |
| Marktanteil alle Fälle | 72 % | 72 % | 71 % | 70 % | n. a. |
| Stationäre Fälle Psychiatrie | 189 | 156 | 149 | 140 | 137 |
| - davon Herkunftskanton Glarus | 177 | 145 | 140 | 127 | 123 |
| Ø Aufenthaltstage | 19 | 23,4 | 22,9 | 27,2 | 29,6 |
| Pflege tage Psychiatrie | 3586 | 3652 | 3408 | 3810 | 4056 |
| Ambulante Fälle | 18'726 | 19'807 | 20'895 | 21'318 | 24'390 |
| Marktanteil ambulant ¹ | 45 % | 45 % | 47 % | 47 % | n. a. |

¹ Anteil an den Bruttoleistungen, die von innerkantonalen Ärzten und Spitälern erbracht werden. (Quelle: sasis Datenpool. Rechnungsstellerstatistik 2015. Verhältnis der Bruttoleistungen absolut der Kategorien „Spital ambulant“ zu „Ärzte Behandlungen“).

| Kennzahl | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Anteil zusatzversicherte Patienten | 13,9 % | 14,1 % | 13,9 % | 12,6 % | 13,5 % |
| Anteil notfallmässige Eintritte | 52 % | 56 % | 57 % | 52 % | 51 % |
| Umsatz total (in Mio. Fr.) | 73,5 | 75,1 | 78,4 | 82,0 | 84,8 |
| - davon stationär (in Mio. Fr.) | 46,2 | 45,2 | 46,8 | 50,0 | 51,8 |
| - davon ambulant (in Mio. Fr.) | 16,5 | 18,1 | 19,1 | 19,2 | 21,1 |
| - davon übriger Umsatz (in Mio. Fr.) | 10,8 | 11,8 | 12,5 | 12,8 | 11,9 |
| EBITDA (in Mio. Fr.) | 7,8 | 6,6 | 7,6 | 8,1 | 7,7 |
| EBIT (in Mio. Fr.) | 2,1 | 0,4 | 0,4 | 1,1 | 1,1 |
| Jahresgewinn (in Mio. Fr.) | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 1,0 | 1,1 |
| Vollzeitstellen | 387,5 | 408,1 | 418,8 | 422,0 | 428,6 |
| Anzahl Mitarbeiter | 536 | 553 | 561 | 567 | 578 |
| Kantonsbeitrag stationär (in Mio. Fr.) | 20,3 | 19,5 | 20,7 | 21,0 | 21,9 |
| Kantonsanteil stationär pro Fall | 52 % | 52 % | 53 % | 53 % | 54 % |
| Kantonsbeitrag gemeinwirtschaftliche Leistungen (in Mio. Fr.) | 5,5 | 5,6 | 5,5 | 5,5 | 4,5 |

2.2.2. Leistungsangebot

Das KSGL hat neben der Erfüllung der stationären Leistungsaufträge gemäss der Glarner Spitalliste 2012 „Akutsomatik“ und „Psychiatrie“ sein ambulantes Leistungsangebot in den vergangenen Jahren schrittweise ausgebaut. Dies erfolgte einerseits im Rahmen der Kooperation mit dem KSGR (in der Beilage sind die Kooperationsfelder mit KSGR detailliert aufgelistet und hinsichtlich ihres Umsetzungsstatus qualifiziert). Andererseits hat das KSGL auch selber verschiedene neue Angebote geschaffen:

- Übernahme des ärztlichen Notfalldienstes im Auftrag der Glarner Ärztesgesellschaft während der Nacht (von 22.30 bis 7.30 Uhr) an sieben Tagen der Woche. Nicht entbunden sind die Ärztinnen und Ärzte von der Pflicht, in dringenden Fällen Beistand zu leisten oder Hausbesuche durchzuführen.
- Einführung einer Akutgeriatrie.
- Aufbau eines Sprechstundenangebots für die Therapie des chronischen Schmerzes.
- Verbesserung der Versorgungssituation im Bereich der Ophthalmochirurgie (Augenchirurgie) mit einem neuen Belegarzt und einer Kooperation mit dem KSGR.
- Vermietung von Räumlichkeiten für ein Chiropraktik-Angebot.
- Einführung einer Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) mit einem permanenten Service unter Einsatz eines spitaleigenen Gerätes in der Radiologie.
- Verbesserung der urologischen Versorgung durch Anstellung eines weiteren Belegarztes.
- Aufbau einer stationären Palliative-Care-Einheit am KSGL und Entwicklung eines Palliative Care Netzwerks im Kanton Glarus.
- Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes zusammen mit der Beratungs- und Therapiestelle Sonnenhügel (BTS).
- Aufbau einer pädiatrischen Praxis am KSGL (in Erarbeitung).
- Bau eines neuen Parkhauses und Einführung einer Parkplatzbewirtschaftung.

2.2.3. Qualität

Das KSGL verpflichtete sich in der Leistungsvereinbarung, die Qualität zu sichern und zu fördern. Es nimmt an den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) teil. Das KSGL erstellt dazu jährlich einen Qualitätsbericht nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz. Die Vorlage des Qualitätsberichts

dient der einheitlichen Berichterstattung für die Spitäler. Der Bericht wird unter anderem auf der Webseite des KSGL und auf www.spitalinformation.ch publiziert. Er ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals.

Das KSGL führte in den vergangenen Jahren die folgenden Qualitätsmessungen durch (s. Tabelle 2):

Tabelle 2. Qualitätsmessungen 2012–2016

| <i>Kat.</i> | <i>Messthema</i> | <i>Jahr</i> | <i>Messinstitut</i> | <i>Messbereich</i> |
|---------------------|--|-------------|---------------------|---------------------------|
| Befragung | Nationale Patientenbefragung | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Mitarbeiterzufriedenheit | 2015 | Mecon | Akutsomatik / Psychiatrie |
| | Zuweiserzufriedenheit: Gespräch | 2015 | KSGL | Akutsomatik / Psychiatrie |
| | Befragung zur Zufriedenheit mit dem Spitalaufenthalt | 2016 | Mecon | Alle Abteilungen |
| Behandlungsqualität | Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Reoperationen | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Nationale Prävalenzmessung Sturz | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Nationale Prävalenzmessung Dekubitus | Jährlich | ANQ | Akutsomatik |
| | Symptombelastung (Fremdbewertung) | Jährlich | ANQ | Erwachsenenpsychiatrie |
| | Symptombelastung (Selbstbewertung) | Jährlich | ANQ | Erwachsenenpsychiatrie |
| | Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen | Jährlich | ANQ | Erwachsenenpsychiatrie |

Zusätzlich zu den internen Qualitätsmessungen lässt das KSGL seine Qualität immer wieder von externen Fachleuten beurteilen. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen behördlichen Inspektionen – beispielsweise in der Küche, im Labor oder in der Spitalapotheke – lässt sich das Spital in verschiedenen Bereichen freiwillig extern auditieren oder gar zertifizieren.

Tabelle 3. Externe Auditierungen und Zertifizierungen des KSGL

| <i>Bereich</i> | <i>Beurteilungsart</i> | <i>Beurteilungsstelle</i> |
|------------------------------|------------------------|---|
| Gesamtspital | Zertifizierung | SanaCert |
| Rettungsdienst | Anerkennung | Interverband für Rettungswesen |
| SanaTrain | Zertifizierung | QualiCert |
| Rechnungswesen/Controlling | Zertifizierung | KPMG als zugelassene Prüfstelle von H+ Die Spitäler der Schweiz |
| Intensivstation | Anerkennung | Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) |
| Ambulante Herzrehabilitation | Anerkennung | Swiss Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation SAKR |
| Gesamtspital | Audit | H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Gesundheitswesen |

2.2.4. Rettungsdienst

Gemäss Artikel 7 der Leistungsvereinbarung betreibt das KSGl einen bodengebundenen Rettungsdienst für das gesamte Kantonsgebiet, der sowohl Primär- als auch Sekundärtransporte durchführt. Der Rettungsdienst hat sich an den geltenden Richtlinien zur Anerkennung von Rettungsdiensten des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) zu orientieren und die dort definierten Transportzeiten (Interventionszeit / Hilfsfristen, Kriterium 8.3 der Richtlinien von 15 Minuten) in 80 Prozent der Fälle einzuhalten.

Tabelle 4. Interventionszeiten Rettungsdienst 2013–2016

| Jahr | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|
| Einhaltung Interventionszeiten im Kanton Glarus | 82 % | 85 % | 83 % | 87 % |

2.2.5. Aus- und Weiterbildung

Gemäss der Leistungsvereinbarung bildet das KSGl Personen in verschiedenen Berufskategorien aus. Pro Jahr werden dabei zwischen 180 und 210 Personen aus- bzw. weitergebildet.

Tabelle 5. Ausgebildete Personen nach Berufen 2013–2016

| Beruf | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|------|
| 1. Ausbildung | 169 | 172 | 182 | 190 |
| a. Diplomberufe des Gesundheitswesens | 66 | 69 | 69 | 74 |
| Fachangestellte Gesundheit FAGE | 43 | 44 | 40 | 38 |
| Dipl. Pflegefachpersonen HF | 15 | 15 | 18 | 22 |
| Dipl. Fachpersonen Operationstechnik | 2 | 2 | 3 | 4 |
| Dipl. Rettungssanitäter HF | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Dipl. Masseur/-in FA SRK | 1 | 1 | 3 | 4 |
| Angestellte Gesundheit AGS | 3 | 5 | 4 | 4 |
| b. Sekundarstufe II | 16 | 16 | 17 | 16 |
| Dipl. Kauffrau/-mann EFZ | 5 | 6 | 5 | 5 |
| Dipl. Koch EFZ | 3 | 4 | 5 | 4 |
| Dipl. Diätköchin/-koch EFZ | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Dipl. Informatiker/-in EFZ | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Dipl. Fachpersonen Betriebsunterhalt EFZ | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Dipl. Fachperson Hauswirtschaft EFZ | 1 | 1 | 1 | 2 |
| c. Tertiärstufe zur höheren Fachausbildung | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Notfallpflegefachperson NDS HF | 2 | 2 | 3 | 3 |
| NDS Intensivpflege | 0 | 0 | 0 | 0 |
| d. Fachhochschule | 13 | 11 | 11 | 12 |
| Dipl. Ergotherapeut/-in FH | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Dipl. Ernährungsberater/-in FH | 4 | 5 | 5 | 5 |
| Dipl. Physiotherapeut/-in FH | 7 | 5 | 5 | 5 |
| Hebamme FH | 0 | 0 | 0 | 0 |
| e. Ärzte | 72 | 74 | 82 | 85 |
| Mediziner/in (Unterassistent/-in) | 28 | 31 | 35 | 34 |
| Mediziner/in (Assistenzärztin/-arzt) | 44 | 43 | 47 | 51 |
| 2. Weiterbildung zum Facharzt im Bereich Gynäkologie | 1 | 0 | 0 | 0 |

| <i>Beruf</i> | <i>2013</i> | <i>2014</i> | <i>2015</i> | <i>2016</i> |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | |
| Praktikanten | 14 | 14 | 17 | 16 |
| | | | | |
| Total | 184 | 186 | 199 | 206 |

2.2.6. Tarifsituation

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 verlief nicht unproblematisch. So sahen sich zahlreiche Kantonsregierungen gezwungen, die Tarife für stationäre Akutbehandlungen hoheitlich festzulegen, da sich die Krankenversicherer und die Spitäler nicht auf einen vertraglichen Tarif einigen konnten. Der Regierungsrat des Kantons Glarus setzte im Fall des KSGL die sogenannte Fallpauschale gegenüber den von Tarifsuisse vertretenen Krankenversicherern dabei am 14. Mai 2013 mit Wirkung ab 1. Januar 2012 auf 9750 Franken fest. Gegen diesen Entscheid erhoben die Krankenversicherer Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht. Dieses schützte schliesslich in seinem Urteil vom 29. Januar 2015 (C-3425/2013) den Entscheid des Regierungsrates. Damit lag erst anfangs 2015 ein rechtskräftiger Tarif mit einem Grossteil der Krankenversicherer vor und die finanziellen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung liessen sich erstmals auf einer sicheren Grundlage beurteilen.

2.3. Handlungsbedarf

Nach rund fünf Jahren Erfahrung mit der neuen Spitalfinanzierung haben das KSGL und das für die Aufsicht zuständige Departement Finanzen und Gesundheit eine Beurteilung der rechtlichen Grundlagen (Spitalverordnung und Leistungsvereinbarung) vorgenommen. Als Fazit konnte festgehalten werden, dass sich diese im Grundsatz bewährt haben. Allerdings soll die schwierige Mehrfachrolle des Kantons als Spitalplaner, -eigner, -betreiber, Leistungseinkäufer, -finanzierer, Regulator und Tarifgenehmigungs- bzw. -festsetzungsbehörde präziser geregelt werden.

Als Konsequenz hat der Regierungsrat in seiner Funktion als Aktionärsvertreter des Kantons eine Eigentümerstrategie für das KSGL definiert, in der er seine Ziele aus Sicht des Spital-eigners definiert (s. Ziff. 3).

Aus der Sicht des Leistungseinkäufers und -finanzierers gilt es zudem, die sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) präziser zu regeln. Die Rechtsprechung und Lehre haben in den vergangenen Jahren dazu verschiedene Fragen geklärt (s. Ziff. 4). Dies bedingt gewisse Anpassungen der Spitalverordnung. Nach der Änderung der Spitalverordnung ist die Leistungsvereinbarung zwischen dem Regierungsrat und dem KSGL anzupassen. Einerseits sind darin ebenfalls Art, Inhalt, Umfang und Abgeltung der GWL gemäss den neuen Erkenntnissen im Detail zu regeln. Andererseits soll die Vereinbarung formell weitgehend an die Leistungsvereinbarungen mit anderen Listenspitälern angepasst werden. Aufgrund der präziseren Definition der GWL soll sich deren Abgeltung schrittweise von heute 4,5 auf neu 3,75 Millionen Franken im Jahr reduzieren.

3. Eigentümerstrategie

Die Eigner- oder Eigentümerstrategie definiert die Leitplanken für das KSGL und seine Entwicklung aus Sicht des Eigentümers, also des Kantons in seiner Rolle als Spitaleigner. Sie wird vom Regierungsrat als Vertreter des Eigentümers (Art. 3 Abs. 2 Spitalverordnung) erlassen. Sie dient einerseits dem Eigentümer, um selbst klare Vorstellungen über die Absichten mit dem Unternehmen zu entwickeln. Andererseits dient sie dem Verwaltungsrat des Kantonsspitals als Grundlage für die Unternehmensstrategie.

Bereits im Hinblick auf die Verselbstständigung des KSGL hat der Kanton im Sinne einer zeitgemässen Corporate Governance eine Eigentümerstrategie für dasselbe definiert, zog sich darüber hinaus aber aus der Unternehmensführung zurück.² Diese Eigentümerstrategie fokussierte auf drei Hauptziele:

1. Erhaltung und Stärkung des Spitalstandortes; Gewährleistung der wohnortnahen Grundversorgung für die Bevölkerung des Kantons Glarus; Schaffung sowie Erhaltung der volkswirtschaftlich positiven Effekte durch einen Glarner Spitalbetrieb;
2. in Qualität und Preis führende Leistungen;
3. Schaffung eines unternehmerischen Rahmens für das KSGL.

Die Eigentümerstrategie aus dem Jahr 2009 wurde nun in Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung des KSGL umfassend überarbeitet und vertieft (s. Beilage). Sie enthält neu sieben strategische Ziele:

- Das KSGL gewährleistet die Spitalgrundversorgung im Kanton Glarus.
- Das KSGL ist eine langfristig konkurrenzfähige Leistungserbringerin in der Spitalversorgung.
- Das KSGL pflegt eine starke regionale Verankerung des Spitalbetriebs.
- Das KSGL nimmt seine Verantwortung gegenüber Mensch und Umwelt wahr.
- Das KSGL erwirtschaftet ein ausreichendes Betriebsergebnis (EBIT) und einen ausreichenden EBITDA für die Deckung der Kapital- und Investitionskosten. Es verfügt über ein angemessenes Eigenkapital.
- Das KSGL erhält, erneuert und betreibt seine Infrastruktur aus eigener Kraft nachhaltig.
- Das KSGL erbringt gemeinwirtschaftliche Leistungen im Auftrag des Kantons qualitativ angemessen und nachhaltig. Der Kanton gewährt maximal die Kostendeckung.

Diese Ziele manifestieren sich in Vorgaben für die Bereiche Unternehmensstrategie, Leistungserbringung, Qualität, Kooperationen, soziale und ökologische Verantwortung, finanzielle Ziele, Infrastruktur, Rechnungslegungsstandard und Risikomanagement. Hinzu kommen Bestimmungen zum Beteiligungscontrolling sowie zur Ausübung der Eigentümerrolle.

Der Kanton ist sich seiner schwierigen Mehrfachrolle in Bezug auf das KSGL bewusst. Er gewährt dem KSGL in der Eignerstrategie daher den notwendigen unternehmerischen Handlungs- und Entwicklungsspielraum und ist bestrebt, das KSGL gegenüber anderen Listenspiälern weder zu bevorzugen noch zu benachteiligen. Die Eignerstrategie soll mindestens alle vier Jahre überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Die Eigentümerstrategie wird auf der Internetseite des Kantons publiziert.

² S. Memorial für die Landsgemeinde 2009, § 11, S. 100–102.

4. Gemeinwirtschaftliche Leistungen

4.1. Rechtliche Grundlagen³

4.1.1. Verankerung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen im KVG⁴

Bis zum Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung trug das Gemeinwesen für stationäre Behandlungen in öffentlichen Spitälern neben 50 Prozent der Tarife auch noch die Kosten von Überkapazitäten, von Lehre und Forschung sowie der Infrastruktur. Hingegen war der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand bei der stationären Behandlung in Privatspitälern klein. Die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommenen Kosten wurden privat (über Zusatzversicherungen) finanziert.

Mit der neuen, am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Spitalfinanzierung wurden die privaten und öffentlichen Spitäler einander mit dem Ziel der Wettbewerbsneutralität gleichgestellt. Seither muss der Wohnkanton (und in anderen Kantonen teilweise auch die Gemeinden) der Patientinnen und Patienten für Behandlungen der OKP in privaten wie öffentlichen Spitälern den gleichen Anteil der Behandlungskosten übernehmen (ab 2017: 55 %) und darf keine Investitionsbeiträge mehr leisten (Art. 49 Abs. 1 und 49a Abs. 2 KVG).

Ein Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ist aber nur dann möglich, wenn diese betreffend sämtlicher staatlichen Zuwendungen und Lasten gleich behandelt werden. Mit anderen Worten muss der Staat auf die Bevorzugung der öffentlichen Spitäler durch (möglicherweise versteckte) Subventionen genauso verzichten wie auf deren Benachteiligung durch defizitäre Sonderaufgaben. Da die Tarife und Kostenstrukturen der Spitäler gemäss den ausdrücklichen Bestimmungen in Artikel 49 Absatz 1 und Absatz 8 KVG schweizweit vergleichbar sein müssen, gilt dieses Gebot kantonsübergreifend.

Vornehmlich öffentliche Spitäler haben aber seit jeher Leistungen erbracht, die weder durch KVG-Tarife, noch durch private Honorare abgegolten wurden. Diese Leistungen wurden unter dem alten Finanzierungssystem in aller Regel pauschal unter dem Titel der Defizitgarantie oder des Investitionsbeitrags von den Kantonen finanziert und selten klar ausgeschieden. Gesetzlich als solche erwähnt waren und sind früher wie heute die regionalpolitisch motivierten Überkapazitäten sowie die (heute nur noch universitäre) Lehre und Forschung. Weitere Beispiele sind die Epidemievorsorge, die Rettungsdienste, die Behandlung nicht versicherter und nicht zahlungsfähiger Personen, der Betrieb von Spitalschulen oder -gefängnissen, der Betrieb einer geschützten Operationsstelle sowie generell die Erbringung (politisch) gewünschter, aber unrentabler Leistungen.

Nachdem solche Leistungen heute wegen der Gleichbehandlung der Spitäler nicht mehr durch pauschale Abgeltungen finanziert werden können, bedurfte es für sie unter der neuen Spitalfinanzierung einer neuen Regelung. Dabei sollte nicht die Erbringung der Leistungen verunmöglicht, sondern nur die Finanzierungsart geändert werden. So schreibt der Bundesrat in der Botschaft zur neuen Spitalfinanzierung ausdrücklich, es sei den Kantonen freizustellen, aus sozialpolitischen Gründen gewisse Bereiche auszuscheiden und deren Kosten gesondert zu übernehmen. Dabei handle es sich vornehmlich um öffentliche Aufgaben, mit denen die Versorgung sichergestellt wird.⁵ Der Ständerat als Erstrat führte dann für diese Dienste den Begriff der GWL ein und bereitete die heutige Formulierung vor.

In der geltenden Fassung hält Artikel 49 Absatz 3 KVG fest, dass die Vergütungen der Leistungen durch die gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG zu ermittelnden Tarife keine Kostenanteile für GWL enthalten dürfen. Dazu gehören von Gesetzes wegen die Aufrechterhaltung von

³ S. dazu Eva Druey Just, Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen?, in Jusletter 26. Januar 2015.

⁴ Eva Druey Just, Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen?, in Jusletter 26. Januar 2015, Rz 1–5, S. 14–16.

⁵ Botschaft zur neuen Spitalfinanzierung, BBl 2004-1365, S. 5579.

Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Diese Aufzählung ist aber nicht abschliessend.

4.1.2. *Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistung im Sinne des KVG⁶*

Eine Leistung gilt als gemeinwirtschaftlich, wenn das öffentliche Interesse an ihrer Erbringung oder an der Gewährleistung im Vordergrund steht. Aufgrund der Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung obliegt es dem Kanton zu entscheiden, wann dieses Interesse wichtig genug ist, dass eine Leistung in Auftrag gegeben werden muss.

Die Lehre und sinngemäss auch das Bundesverwaltungsgericht definieren drei Voraussetzungen für GWL:

1. Es muss ein Auftrag des Gemeinwesens vorliegen, der die seitens des Empfängers zu erbringende Leistung klar definiert.
2. Die Parameter für die Ermittlung der Abgeltung müssen klar und transparent sein.
3. Die Abgeltung darf nicht werthaltiger sein als die erbrachte Leistung.

Eine exakte Definition und Kostenausscheidung ist notwendig, da die Leistung und Abgeltung zueinander in einem direkten Austauschverhältnis stehen. Eine zu hohe oder zu tiefe Abgeltung würde zu Wettbewerbsverzerrungen und je nach Fall zu Kostenüberwälzungen auf die Krankenversicherungen oder die öffentliche Hand führen.

4.1.3. *Gemeinwirtschaftliche Leistungen und KVG-relevante Kosten⁷*

Von grösster Tragweite für die Tarifbemessung ist die Abgrenzung der GWL von den KVG-pflichtigen Leistungen. Werden GWL nicht oder nicht vollständig ausgeschieden, fallen die benchmarking-relevanten Betriebskosten des Spitals zu hoch aus. Dies führt indirekt zu einem höheren Benchmark und damit zu überhöhten Fallpauschalen. Umgekehrt würde eine Abgrenzung von KVG-pflichtigen Leistungen in der vermeintlichen Annahme, es handle sich um GWL, zu tiefen Benchmarking-relevanten Betriebskosten des Spitals führen. In der Konsequenz fällt die Fallpauschale zu tief aus. Die korrekte Abgrenzung ist dabei insofern wichtig, als die Fallpauschale anteilmässig von Krankenversicherer und Wohnkanton des Versicherten (45 % zu 55 %), die GWL aber alleine vom Kanton (Auftraggeber) finanziert werden.

Insbesondere bei Behandlungen, die im Patienteninteresse liegen und von den Krankenversicherungen an sich auch übernommen werden, bei denen die Kosten der Leistungserbringung im konkreten Fall die Fallpauschale aber übersteigen, stellt sich die Frage, ob es sich allenfalls (teilweise) um GWL handelt. Dabei können drei Arten von Leistungen unterschieden werden: (1) Die Erbringung von Vorhalteleistungen für nicht planbare Behandlungen, (2) die wegen Überkapazitäten überteuerten Leistungen sowie (3) die bedingt durch die Tarifstruktur trotz effizienter Leistungserbringung defizitären Behandlungen.

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Frage der Gemeinwirtschaftlichkeit von Vorhalteleistungen bei nicht planbaren Behandlungen grundsätzlich verneint. Damit ein Spital medizinische Notfälle versorgen kann, muss es seine Organisation auf dringende Fälle ausrichten. Dazu benötigt es erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten, Pikettdienst und zusätzliche Personalaufwände. Als Kosten von KVG-pflichtigen Leistungen sind diese Mehrkosten der Notfallspitäler grundsätzlich nicht als GWL auszuschneiden. Das Bundesverwaltungsgericht liess allerdings offen, ob darüber hinausgehende Mehrkosten, die zum Beispiel als Folge der Aufrechterhaltung einer an sich zu kleinen oder schlecht ausgelasteten Notfallstation entstehen, als GWL auszuschneiden wären.⁸ Dieser Grundsatz deckt sich auch mit den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesund-

⁶ Eva Druey Just, Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen?, in Jusletter 26. Januar 2015, Rz 13, 16–17, S. 14–16.

⁷ Eva Druey Just, Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen?, in Jusletter 26. Januar 2015, Rz 24 ff., S. 23–26.

⁸ BVGE C-2283/2013 und C-3617/2013 E. 21.3.3. und 21.3.4.

heitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) zur Spitalplanung, wonach die Notfallversorgung keine GWL im Sinne von Artikel 49 Absatz 3 KVG darstellt.⁹

Von den begründeten Vorhalteleistungen zu unterscheiden sind die Überkapazitäten. Die Mehrkosten einer Behandlung wegen fehlender Auslastung sind nach der gesetzlichen Vorschrift dann gemeinwirtschaftlich, wenn die Überkapazitäten regionalpolitisch motiviert sind (Art. 49 Abs. 3 KVG). Im Umkehrschluss kann schon aus dem Gesetz geschlossen werden, dass die Aufrechterhaltung eines nicht ausgelasteten Betriebes aus medizinischen Gründen ähnlich wie die Notfallvorhalteleistung einen Dienst am Patienten bedeutet und eigenwirtschaftlich ist. Letzteres dürfte wiederum vor allem bei nicht aufschiebbaren und nicht planbaren Behandlungen wie Geburten und Notfälle der Fall sein. Auch die Nähe zum sozialen Umfeld kann vornehmlich bei Kindern eine medizinische Indikation für die Aufrechterhaltung von Behandlungskapazitäten darstellen. Demgegenüber ist die blosser Vermeidung langer Anfahrtswege bei planbaren Eingriffen zwar patientenfreundlich, dürfte aber unter die regionalpolitisch motivierte Aufrechterhaltung von Überkapazitäten fallen und daher gemeinwirtschaftlich sein. Überkapazitäten aus Fehlplanungen (des Kantons oder des Leistungserbringers) sind überhaupt keine Leistungen und müssen dem im Einzelfall verantwortlichen Kostenträger überwältzt werden.

Eher ein Problem der Tarifstruktur als der Definition von GWL bildet die dritte Art defizitärer Behandlungen, die zwar von der Krankenversicherung bezahlt werden, deren Erbringung aber bei den Leistungserbringern trotz grösstmöglicher Effizienz Defizite verursacht. Eine Kostenüberwälzung auf den Patienten ist wegen der vorhandenen Versicherungsdeckung nicht möglich. Bei solchen Leistungen besteht die Gefahr, dass die Leistungserbringer langfristig an ihrer Erbringung nicht mehr interessiert sind und die Versorgung damit gefährdet wird. Obwohl das richtige Mittel zur Vermeidung dieses Zustands die Bereinigung der Tarifstruktur wäre, kann der Kanton die Aufrechterhaltung des Angebots an defizitären Behandlungen als GWL finanzieren.

Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass die neue Spitalfinanzierung systembedingt bei einem Grossteil der Spitäler zu Verlusten führt, die in keinem Zusammenhang zu den Abgeltungen für GWL stehen: Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG haben sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Zur Ermittlung und Auswahl dieser als Referenz massgebenden Spitäler ist ein Betriebsvergleich der KVG-relevanten Fallkosten notwendig¹⁰. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes ist ein Benchmark auf dem 40. Perzentil des Fallkosten-Betriebsvergleichs vertretbar (im Fall des KSGL wurde sogar ein Benchmark auf dem 50. Perzentil für das erste Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung toleriert¹¹).¹² Eine Festlegung des Spitaltarifs auf dem 40. Perzentil bedeutet aber, dass bei 60 Prozent der Spitäler (oder Fälle) die KVG-relevanten Kosten über den Spitaltarifen liegen. Die betroffenen Spitäler werden folglich systembedingt Verluste ausweisen, sofern sie ihre Kosten nicht mit anderen Erträgen (z. B. über Erträge aus Zusatzversicherungen) querfinanzieren können. Es obliegt dann dem entsprechenden Eigner zu entscheiden, ob er diese Defizite langfristig ausgleichen will, indem er z. B. das Defizit übernimmt oder periodisch neues Kapital einschiesst, oder ob allenfalls ein Spital geschlossen werden soll. Eine Deckung von Verlusten über GWL ist hingegen aufgrund der erwähnten Definition derselben abzulehnen.

⁹ Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 14. Mai 2009, Empfehlung 10b, S. 13.

¹⁰ BVGE C-2283/2013 und C-3617/2013 E. 3.6.

¹¹ BVGE C-3425/2013 E. 4.4.5.

¹² BVGE C-2283/2013 und C-3617/2013 E. 10.3.

4.1.4. *Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts*¹³

Aufgrund der Unklarheiten bei der Definition der GWL hat sich das Bundesverwaltungsgericht in seinen Entscheiden seit der KVG-Revision im Jahr 2012 verschiedentlich zu Fragen der GWL äussern müssen. Diese Entscheide lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Definition, die Kostenermittlung und die separate Ausweisung von GWL sind sicherzustellen. Eine Negativ-Definition der GWL ist nicht möglich.
- Die Aktivitäten der patientenbezogenen Prävention, des Sozialdiensts, der Spitalseelsorge, der Epidemievorsorge, der Rechtsmedizin, des Betriebs eines geschützten Spitals sowie der medizinischen Vorsorge für Notlagen und Katastrophen sind GWL.
- Die Entschädigung des Kantons für GWL soll höchstens die ermittelten und ausgewiesenen Kosten decken.
- Die Palliativ-Pflege im Akutspital entspricht einer KVG-Pflichtleistung.
- Vorhalteleistungen für den Notfall sind keine GWL. Diese Leistungen gehören zu den KVG-Leistungen und sind über die KVG-Tariffbildung zu finanzieren (z. B. via spitalbezogene Ab- und Zuschläge, je nachdem ob ein Spital eine Notfallstation führt oder nicht). Sofern einem Spital dennoch kantonale Beiträge zur Finanzierung solcher Leistungen zugesprochen werden, so sind diese kantonalen Beiträge in einem spezifischen Sammelerlösträger zu führen (und nicht bei den Kosten in Abzug zu bringen).

Zu Forschung und universitäre Lehre hält das Bundesverwaltungsgericht in seinen Entscheiden folgendes fest:

- Das Bundesverwaltungsgericht folgt REKOLE (Vorgaben für betriebliches Rechnungswesen der Spitäler) in der Kostenträger-Definition: universitäre Lehre, universitäre Weiterbildung und Forschung.
- Die Definition der universitären Lehre umfasst die erteilte und erhaltene Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie die erteilte Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Die erhaltene Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sind hingegen KVG-relevante Kosten.
- Die Definition der Forschung umfasst sowohl universitäre als auch die nicht-universitäre Aktivitäten.
- Die Aktivitäten der universitären Lehre im nicht-strukturierten Umfeld sind als GWL zu betrachten. Sie sind zu quantifizieren (inkl. kuppelproduktive Aspekte) und dürfen nicht in die KVG-relevanten Kosten einfließen.
- Die Kosten der nicht-universitären Lehre sind nach neuem Recht in den von der Krankenversicherung zu leistenden Vergütungen enthalten und daher in die Fallpauschale einzubeziehen.

4.1.5. *Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung*¹⁴

Zur Ermittlung der effizienten Spitäler nach Artikel 49 Absatz 1 KVG hat der Vorstand der GDK Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erlassen. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage nach der Abgrenzung der GWL zu den KVG-Leistungen umfassend diskutiert.

Als Grundsatz für die Abgrenzung zwischen KVG-Pflichtleistungen und Nicht-KVG-Pflichtleistungen wurde formuliert:

„Alle Leistungen und damit verbundenen Kosten eines Spitals, welche notwendig sind, um langfristig in einem wettbewerblichen System die medizinischen und pflegerischen Leistungen nach Artikel 25 KVG gemäss Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG bereitstellen sowie die Auflagen bezüglich Kosten- und Leistungserfassung erfüllen zu

¹³ Bundesamt für Gesundheit. Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Zürich, 16. Juni 2016, S. 14 f.

¹⁴ S. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 6. April 2017.

können, sind KVG-pflichtig. Die entsprechenden Kosten fliessen in die Ermittlung des stationären Tarifs ein.“

Gestützt auf diesen Grundsatz ordnet die GDK eine Vielzahl an Leistungen den KVG-pflichtigen Leistungen bzw. den Nicht-KVG-Leistungen zu. Die Liste deckt sich mit der Rechtsprechung (s. Ziff. 4.1.4).

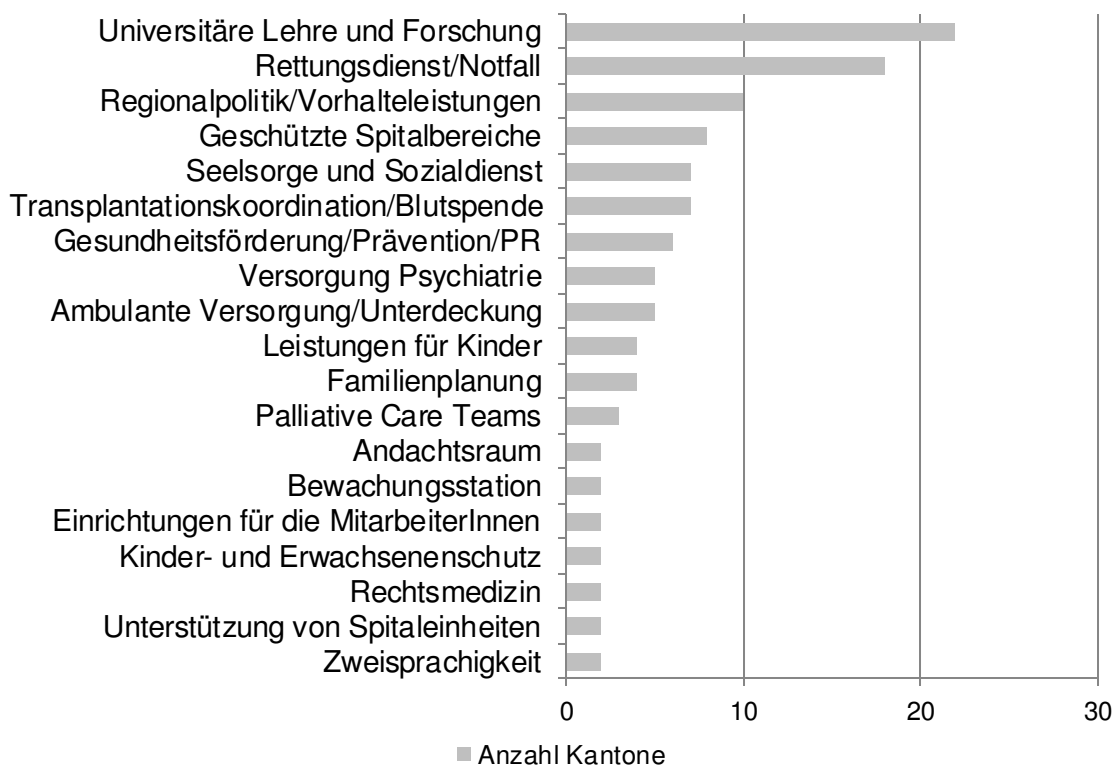
4.2. Interkantonaler Vergleich

4.2.1. GWL in den Kantonen

Obwohl das Bundesverwaltungsgericht mit seinen Entscheiden seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung etwas mehr Klarheit betreffend die Frage, welche Aufwendungen als GWL zu betrachten sind, geschaffen hat, besteht unter den involvierten Akteuren (Kantone, Krankenversicherer, Leistungserbringer) weiterhin keine einheitliche Definition bzw. klare Abgrenzung zwischen KVG-pflichtigen Leistungen und GWL. Gesetz und Verordnung lassen offen, welche Leistungen die Kantone als GWL abgelten können. Folglich gelten die Kantone unterschiedliche GWL ab und weisen entsprechend auch sehr unterschiedliche Gesamtbeiträge aus.

Abbildung 1 zeigt die Leistungen, welche die Kantone als GWL verstehen. Universitäre Lehre und Forschung sowie der Rettungsdienst bzw. die Notfallversorgung fallen in einer grossen Mehrheit der Kantone unter die GWL. Relativ oft werden sozialdienstliche und seelsorgerische Aufgaben, die Aufrechterhaltung aus regionalpolitischen Gründen, die Unterstützung der Psychiatrie und der Betrieb von geschützten Spitalbereichen unterstützt.

Abbildung 1. GWL der Kantone im Jahr 2014¹⁵

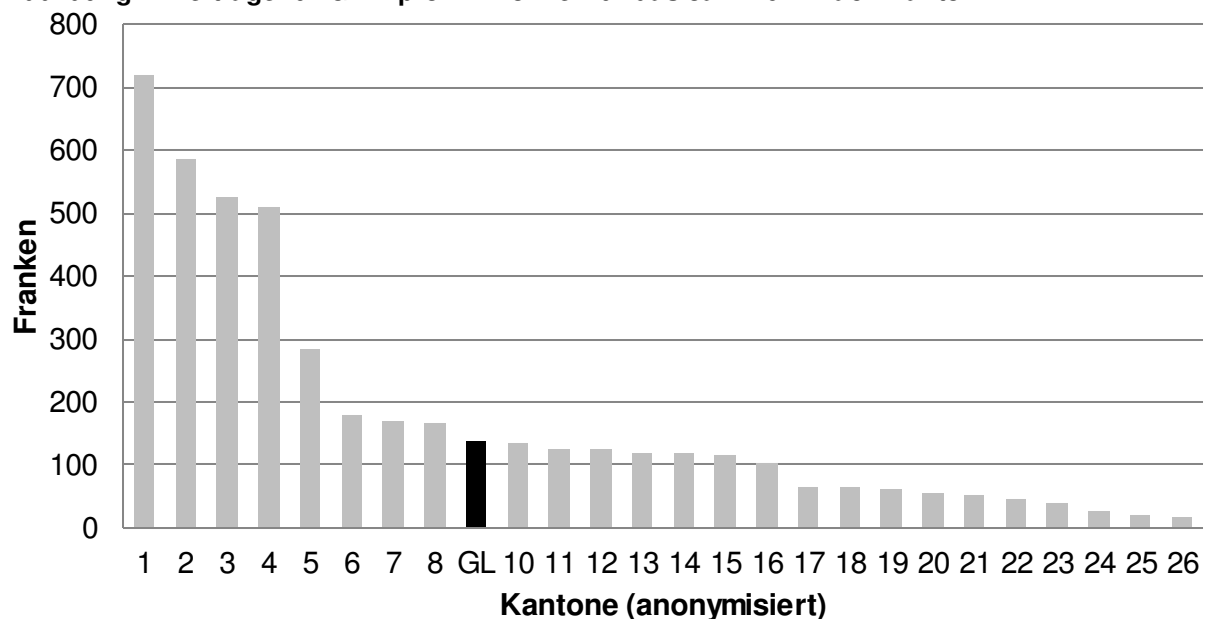


¹⁵ Bundesamt für Gesundheit. Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Zürich, 16. Juni 2016, Abbildung 9, S. 47.

Gemäss einer flächendeckenden Erhebung von Infras im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit haben die Kantone den Spitälern im Jahr 2014 GWL in der Höhe von 1,53 Milliarden Franken abgegolten. Zwischen den Kantonen zeigen sich aber starke Unterschiede. Grundsätzlich werden in den Kantonen der Westschweiz deutlich höhere Abgeltungen ausgewiesen als in der Deutschschweiz.¹⁶

Abbildung 2 zeigt die Beiträge für GWL pro Einwohner nach Kanton im Jahr 2014. Mit 139 Franken pro Einwohner (total 5,5 Mio. Fr.) lag der Kanton Glarus auf Rang 9 der 26 Kantone unter dem schweizerischen Durchschnitt von 176 Franken. Der Durchschnitt in der Romandie lag mit 326 Franken pro Einwohner knapp dreimal so hoch wie in der Deutschschweiz mit 113 Franken pro Einwohner. Letzterer Betrag entspricht zudem ziemlich genau den im Kanton Glarus in den Jahren 2016 und 2017 abgegoltenen GWL von total 4,5 Millionen Franken.

Abbildung 2. Beiträge für GWL pro Einwohner für das Jahr 2014 nach Kanton¹⁷



4.2.2. GWL von vergleichbaren Spitälern

Tabelle 6 zeigt die Beiträge der öffentlichen Hand (primär GWL), die vergleichbare Spitäler wie das KSGL (Allgemeinspital mit Grundversorgung Niveau 4) sowie Spitäler aus der näheren Region (Spital Linth; Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland mit den Spitälern Altstätten, Grabs und Walenstadt) im 2015 erhalten haben. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Beiträge der öffentlichen Hand auf die einzelnen Leistungen ist leider nicht möglich, da in der Regel nur der Gesamtbetrag öffentlich ausgewiesen wird. Die Zahlen sind zudem zurückhaltend zu interpretieren, da die Beiträge der öffentlichen Hand nicht in allen Fällen transparent ausgewiesen sind und teilweise auch eine verdeckte Subventionierung stattfinden kann, die in der Erfolgsrechnung nicht direkt ersichtlich ist (z. B. wenn der Kanton Investitionsbeiträge direkt bezahlt oder die Infrastruktur zu vergünstigten Konditionen vermietet).

¹⁶ Bundesamt für Gesundheit. Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Zürich, 16. Juni 2016, S. 57–59.

¹⁷ Bundesamt für Gesundheit. Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Zürich, 16. Juni 2016, nicht publizierte Erhebung.

Tabelle 6. Kennzahlen von vergleichbaren Spitälern 2015¹⁸

| <i>Spital</i> | <i>Fälle stationär</i> | <i>Fallpauschale SwissDRG</i> | <i>TPW Tarmed</i> | <i>Beiträge öff. Hand</i> | <i>EBIT</i> |
|---|------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|
| | <i>Anzahl</i> | <i>Fr.</i> | <i>Fr.</i> | <i>Fr.</i> | <i>Fr.</i> |
| Kantonsspital Glarus | 4904 | 9685 (HSK) 9750 (tas) | 0.91 | 5'500'000 | 1'333'419 |
| Kantonsspital Obwalden | 3050 ¹⁹ | 9590 | 0.86 | 4'500'000 | 62'379 |
| Kantonsspital Nidwalden | 5229 | 9620 (HSK) 9590 (tas) | 0.86 | 4'720'000 | 3'631'000 |
| Kantonsspital Uri | 3979 | 9620 (HSK) 9640 (tas) | 0.86 | 4'885'000 | 895'140 |
| Regionalspital Prättigau | 2051 | 9580 (HSK) 9650 (tas, prov.) | 0.83 | 1'859'782 | -3'362'411 |
| Regionalspital Surselva | 2613 | 9660 (HSK) 9650 (tas, prov.) | 0.83 | 2'896'168 | -204'501 |
| Spital Davos | 2274 | 9660 (HSK) 9929 (tas, prov.) | 0.83 | 3'152'507 | -2'530'479 |
| Spital Einsiedeln | 3731 | 9650 (HSK) 9585 (tas) | 0.90 | 285'100 | -1'834'433 |
| Spital Lachen | 5432 | 9675 (HSK) 9585 (tas) | 0.90 | n. a. | 5'186'000 |
| Spital Linth | 6320 | 9500 (HSK) 9550 (tas) | 0.83 | 419'370 | 3'533'172 |
| Spital Oberengadin | 2853 | 9660 (HSK) 9913 (tas, prov.) | 0.83 | 6'553'760 | -3'469'287 |
| Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland | 15'780 | 9500 (HSK) 9550 (tas) | 0.83 | 1'390'170 | 1'850'014 |

Das KSGL erhielt mit 5,5 Millionen Franken nach dem Spital Oberengadin die zweithöchsten Beiträge der öffentlichen Hand. Mit der Reduktion auf 4,5 Millionen Franken ab 2016 liegt das KSGL heute auf dem Niveau der Kantonsspitäler Uri, Ob- und Nidwalden, aber über den Spitälern in den umliegenden Kantonen Schwyz, St. Gallen und Graubünden. Da die Beiträge der öffentlichen Hand primär dazu dienen, Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen aufrechtzuerhalten, drängt sich auch ein Vergleich der Tarife auf. Oftmals werden nämlich mit den Beiträgen der öffentlichen Hand grundsätzlich defizitäre KVG-pflichtige Leistungen subventioniert. Es besteht daher die Vermutung, dass höhere Tarife ein tieferes Defizit und damit letztlich tiefere Beiträge der öffentlichen Hand bedeuten sollten. Wie der Vergleich in Tabelle 6 aber deutlich zeigt, besteht keine bzw. nur eine sehr beschränkte Korrelation zwischen der Tarifhöhe und den Beiträgen der öffentlichen Hand. Zu beachten ist auch, dass von den in Tabelle 6 aufgeführten zwölf Spitälern im 2015 lediglich die drei grössten Spitäler (Spital Lachen, Spital Linth und die Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland) ohne die Beiträge der öffentlichen Hand einen positiven EBIT erreicht hätten. Die Beiträge der öffentlichen Hand sind damit für die Mehrheit dieser Spitäler von eminenter wirtschaftlicher Bedeutung.

¹⁸ Die Zahlen stammen aus den Geschäftsberichten 2015 der einzelnen Spitälern.

¹⁹ Zahlen 2014.

4.3. **GWL des KSGL**

4.3.1. *Abgegoltene Leistungen*

Gemäss Artikel 3 der Leistungsvereinbarung vom 22. Mai/22. Juni 2012 in Verbindung mit Artikel 10 der Spitalverordnung erbringt das KSGL aktuell die folgenden GWL:

- a. Vorhalteleistungen in Pflichtleistungsbereichen aus regionalpolitischen Gründen:
 - Geburtshilfe;
 - Pädiatrie;
 - (Hämo-)Dialyse;
 - Infektiologie.
- b. fallunabhängige Vorhalteleistungen namentlich für:
 - eine Intensivpflegestation (an 365 Tagen x 24 Stunden);
 - den 24-Stunden-Rettungsdienst;
 - die Notfallstation (an 365 Tagen x 24 Stunden);
 - die Gewährleistung der Notrufdienstleistung rund um die Uhr für die Kantonsbevölkerung und sich auf dem Kantonsgebiet befindende Personen;
 - die Abrufbereitschaft der Radiologie, Leistungen im Operationssaal, Reanimation sowie des Labors für Notfälle.
- c. Nicht über die Spitalfinanzierung vergütete Leistungen im Zusammenhang mit dem in der Leistungsvereinbarung beschriebenen Bildungsauftrag.

Die unter Ziffer 4.1.3 und 4.1.4 aufgeführten Erkenntnisse der Lehre und Entscheide der Rechtsprechung haben auf die vom KSGL erbrachten GWL insofern Auswirkungen, als es sich bei den Vorhalteleistungen von KVG-pflichtigen Leistungen wie die Notfallstation, die Geburtshilfe oder die Intensivpflegestation nicht per se um GWL handelt, sondern diese Vorhalteleistungen grundsätzlich durch die Erträge aus den Fallpauschalen zu decken sind.

4.3.2. *Umfang der Abgeltung*

Tabelle 7 zeigt die Abgeltung der GWL in den Jahren 2012–2017. Die erstmalige Bestimmung der Abgeltung für die GWL in Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 erfolgte – mangels vorhandener detaillierten Kosten- und Leistungsdaten sowie der bis anfangs 2015 unklaren Tarifsituation (s. Ziff. 2.2.6) – aufgrund einer groben Schätzung. Diese wurde nachträglich aufgrund der gesamten Kantonsbeiträge an das KSGL in den Jahren 2011 (alte Spitalfinanzierung: total 26,3 Mio. Fr.) und 2012 (neue Spitalfinanzierung: total 27,1 Mio. Fr.) für plausibel befunden.

Aufgrund der Effizienzanalyse „light“ wurde per 2016 eine Reduktion um 1 Million Franken vorgenommen. Ab 2016 erhält das KSGL zudem auf Basis einer separaten Leistungsvereinbarung einen Beitrag für den neu aufgebauten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD), der zusammen mit der Stiftung Beratungs- und Therapiestelle Glarnerland betrieben wird.

Tabelle 7. GWL-Abgeltung an das Kantonsspital Glarus in den Jahren 2012–2017 (in Fr.)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| GWL | 5'500'000 | 5'550'000 | 5'500'000 | 5'500'000 | 4'500'000 | 4'500'000 |
| KJPD | 0 | 0 | 0 | 0 | 200'000 | 200'000 |

4.3.3. *Neues Berechnungsmodell*

Um die Abgeltung der GWL aber für jede Leistung einzeln und anhand ihrer effektiven Kosten bestimmen zu können, wurde gemeinsam mit dem KSGL ein geeignetes Modell entwickelt. Dieses sieht je nach Art der Leistung eine andere Berechnungsmethode vor. Basis für die Berechnung bilden dabei jeweils die effektiven Kosten- und Leistungsdaten der entspre-

chenden Kostenstellen des vorletzten Jahres. Dieselben Daten werden auch für die Tarifberechnung im Rahmen der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung verwendet. Bei den Kostendaten werden jedoch nur die Fixkosten und nicht die variablen Kosten bzw. teilweise sogar nur der entsprechende Personalaufwand herangezogen.

- *Berechnungsmethode: Ist- zu Soll-Auslastung*
Leistungen: Gebärsaal, Intensivpflegestation, Notfallstation

Bei diesen Leistungen handelt es sich um KVG-pflichtige Leistungen, deren Kosten gemäss der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts grundsätzlich nicht als GWL auszuscheiden sind, sondern bei einer effizienten Leistungserbringung durch die Fallpauschalen gedeckt werden. Das Bundesverwaltungsgericht liess in seinen Entscheiden bisher allerdings explizit offen, ob allfällige Mehrkosten, die zum Beispiel als Folge der Aufrechterhaltung einer an sich zu kleinen oder schlecht ausgelasteten Notfallstation entstehen, als GWL auszuscheiden wären.²⁰

Der Regierungsrat geht jedoch davon aus, dass die Kosten für die Aufrechterhaltung solcher Leistungen unter einem bestimmten – bisher nicht (gerichtlich) definierten – Schwellenwert kaum der OKP belastet werden dürfen. Dies erscheint insbesondere bei der Geburtshilfe naheliegend, die lediglich zu rund 40 Prozent (2016) ausgelastet ist. Diese Berechnungsmethode berücksichtigt diesen Gedanken, in dem sie eine zu tiefe Auslastung als gemeinwirtschaftlich definiert.

Ausgehend von der Annahme, dass das KSGL für diese Leistungen die gemäss Leistungsauftrag minimal erforderlichen Kapazitäten für einen Betrieb während 24 Stunden an 365 Tagen bereitstellt (= 100 % Auslastung), wird bei dieser Berechnungsmethode daher normativ eine Soll-Auslastung bestimmt. Diese Soll-Auslastung wurde einstweilen bei 85 Prozent festgelegt. Der Wert von 85 Prozent wird auch vom Preisüberwacher für Spitäler mit einer Notfallstation als normativer Auslastungsschwellenwert definiert²¹. Sie berücksichtigt, dass für nicht planbare Behandlungen freie Aufnahmekapazitäten, Pikettendienst und zusätzliche Personalaufwände anfallen, die aber bei einer effizienten Leistungserbringung von der OKP gedeckt werden. Liegt die effektive Auslastung der definierten Leistungen über dieser Soll-Auslastung, fallen keine GWL an. Liegt die effektive Auslastung unter der Soll-Auslastung wird die Differenz der Kosten zwischen Ist- und Soll-Auslastung als GWL abgegolten.

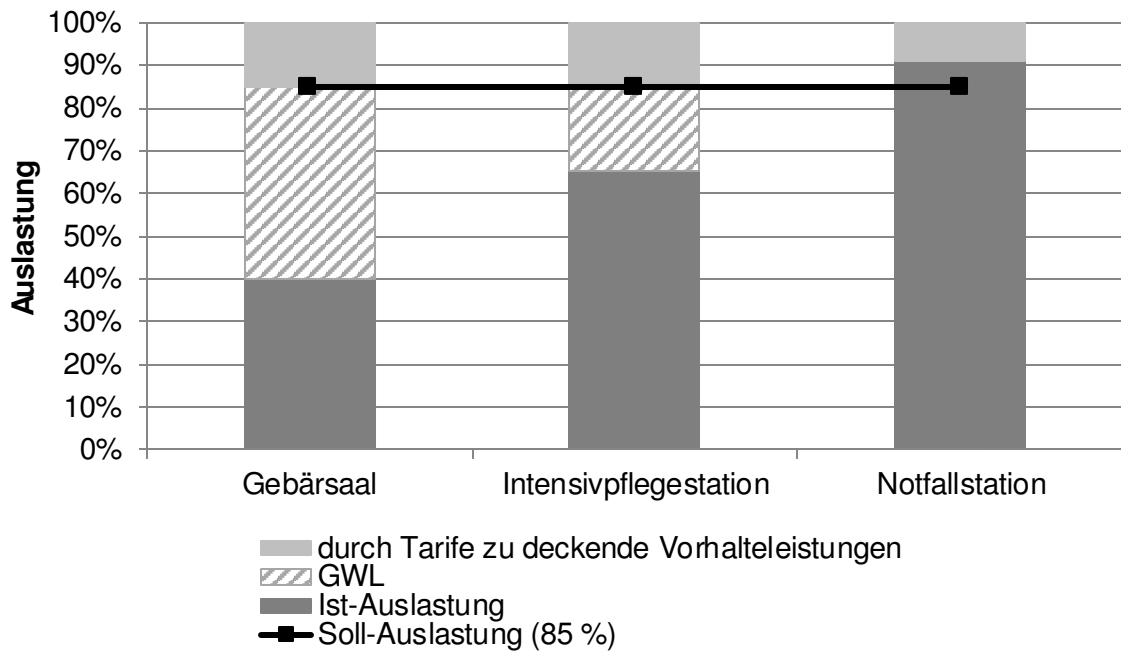
In Abbildung 3 ist die Berechnungsmethode grafisch dargestellt. Grundlage für die Berechnung der Auslastung sind im Gebärsaal die Anzahl Geburten, in der Intensivpflegestation die Anzahl SGI-Stunden und in der Notfallstation die Anzahl Behandlungsstunden. Die Differenz zwischen Ist- und Soll-Auslastung gilt als GWL. Im Beispiel der Geburtshilfe werden folglich 45 Prozent als GWL abgegolten. Im Fall der Notfallstation liegt die Ist-Auslastung über der Soll-Auslastung, weshalb keine GWL anfallen²².

²⁰ S. Ziff. 4.1.3.

²¹ Preisüberwachung. (2016). Spitaltarife. Praxis des Preisüberwacher bei der Prüfung von akuten stationären Spitaltarifen. Bern: Oktober 2016.

²² Die Ist-Auslastung lag bei 103,7 Prozent. Diese Überauslastung ist darauf zurückzuführen, dass das KSGL seine Leistungen in der Notfallstation ausgebaut hat und damit neu mehr als die bisher als 100 Prozent definierte Leistungsmenge erbringen kann. Da damit aber die vom Kanton als GWL-berechtigt definierten „minimal erforderlichen Kapazitäten für einen Betrieb während 24 Stunden an 365 Tagen“ übertroffen werden, werden diese auch nicht als anrechenbare Kosten für die GWL akzeptiert.

Abbildung 3. Berechnungsmethode Ist- zu Soll-Auslastung



- *Berechnungsmethode: Vorhalteleistung Nachtschicht gewichtet*
Leistungen: Notfalldienst Ärzte Gynäkologie sowie Ärzte Innere Medizin und Chirurgie, Abrußbereitschaft Radiologie, Leistungen im Operationssaal und Labor für Notfälle

Unter dem Vorbehalt, dass die Notfallstation bzw. der Gebärsaal die Soll-Auslastung nicht erreicht (s. oben), wird für den vorgehaltenen Notfalldienst der entsprechenden Ärzte bzw. die Abrußbereitschaften ebenfalls eine GWL berechnet. Dabei wird davon ausgegangen, dass lediglich 50–90 Prozent der Nachtschichten unproduktiv sind. Der entsprechende Personalaufwand (nicht aber die Sach- und Infrastrukturkosten) wird anteilmässig als GWL ausgewiesen.

- *Berechnungsmethode: Kosten gemäss Vertrag*
Leistungen: Pädiatrie, Gewährleistung der Notrufdienstleistung rund um die Uhr

Im Bereich der Pädiatrie haben der Regierungsrat und das KSGL im 2017 eine separate Leistungsvereinbarung abgeschlossen, die den Umfang und die Entschädigung der Pädiatrie regelt. Bei der Notrufdienstleistung kauft das KSGL Leistungen bei Dritten auf vertraglicher Basis ein. Die Kosten werden vollumfänglich als GWL vom Kanton abgegolten.

- *Berechnungsmethode: Übernahme Nettoverlust*
Leistung: 24-Stunden-Rettungsdienst

Der Kanton verpflichtet das KSGL zum Betrieb eines Rettungsdienstes. Der Rettungsdienst wird in der Kosten- und Leistungsrechnung des KSGL als eigenständiger Nebenbetrieb geführt. Gemäss Leistungsvereinbarung mit dem Kanton St. Gallen übernimmt dieser 15 Prozent (jedoch maximal 55'000 Fr.) des Nettoverlustes für die rettungsdienstliche Versorgung der Gemeinden Schänis, Weesen und Amden. Der restliche Nettoverlust wird vom Kanton als GWL abgegolten.

- *Berechnungsmethode: Normativer Wert*
Leistungen: universitäre Lehre und Forschung

Das Bundesverwaltungsgericht definierte für die Ausscheidung der Kosten für universitäre Lehre und Forschung hohe Anforderungen, die das KSGL bisher noch nicht erfüllt (s. Ziff. 4.1.4). Die Abgeltung der entsprechenden Leistungen soll sich daher auf die interkantonale Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV) stützen, zu welcher die Landsgemeinde im 2016 den Beitritt beschloss. Danach hat der Kanton Glarus als Standortkanton dem KSGL eine Abgeltung von pauschal (mindestens) 15'000 Franken pro Jahr und Ärztin oder Arzt in Weiterbildung (Vollzeit) zu entrichten (Art. 2 Abs. 1 WFV).

Weitere Leistungen, die im weiteren Sinne ebenfalls als GWL gelten können, wie der Katastrophenschutz oder die Epidemievorsorge werden gemäss separaten Vereinbarungen, die der Regierungsrat direkt gestützt auf das Gesundheitsgesetz (Art. 8a Abs. 4 bzw. Art. 12 Abs. 3 und 4) mit dem KSGL abschliessen kann, bzw. gemäss dem effektiven Aufwand im Bedarfsfall entschädigt. Aktuell fallen dafür (noch) keine Kosten an.

In Tabelle 8 sind die gemäss dem beschriebenen Modell auf Basis der Kosten- und Leistungsdaten 2016 berechneten Kosten der GWL ersichtlich. Mit 3,75 Millionen Franken liegen sie 0,75 Millionen Franken unter der heutigen Abgeltung von 4,5 Millionen Franken.

Tabelle 8. Berechnung der GWL 2018

| <i>Leistung</i> | <i>Bemerkungen</i> | <i>Kosten</i> |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Geburtshilfe | Ist-Auslastung 39,9 % | 1'340'000 Fr. |
| Intensivpflegestation | Ist-Auslastung 71,1 % | 460'000 Fr. |
| Notfallstation | Ist-Auslastung 103,7 % | 0 Fr. |
| Notrufdienstleistung | gemäss Vertrag | 130'000 Fr. |
| Pädiatrie | gemäss vertrag | 160'000 Fr. |
| Rettungsdienst | gemäss Kostenstellenausweis | 1'220'000 Fr. |
| Universitäre Lehre und Forschung | 29,2 VZÄ Assistenzärzte | 440'000 Fr. |
| Total | | 3'750'000 Fr. |

4.3.4. *Fazit*

Fünf Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben Lehre und Rechtsprechung verschiedene Fragen zur Definition und Abgeltung von GWL geklärt. Sowohl diese Klärungen wie auch ein interkantonaler Vergleich zeigen, dass der Kanton Glarus bisher die GWL relativ umfassend definierte und eher grosszügig abgegolten hat.

Eine engere Definition und damit einhergehend auch ein tiefere Abgeltung der GWL drängen sich vor diesem Hintergrund auf. Zudem wird damit auch das vom KVG angestrebte Ziel der Wettbewerbsneutralität eingehalten. Ein erster, grosser Schritt in diese Richtung erfolgte mit der Reduktion um 1 Million Franken im Zuge der Effizienzanalyse „light“ bereits. In einem zweiten Schritt sollen die GWL nun gemäss dem erläuterten Modell berechnet und entsprechend um weitere 0,75 Millionen Franken auf 3,75 Millionen Franken reduziert werden (ohne Abgeltung für den KJPD).

Um dem KSGL den Wegfall der GWL-Abgeltungen zu erleichtern und allenfalls erforderliche betriebliche Anpassungen vorzunehmen, sollen die Abgeltungen über zwei Jahre hinweg auf die 3,75 Millionen Franken reduziert werden. Die Abgeltung soll dann periodisch überprüft und bei Bedarf entsprechend den Kosten der einzelnen Leistungen angepasst werden.

In der Spitalverordnung sind dafür die Grundzüge betreffend Definition der GWL zu präzisieren. Das unter Ziffer 4.3.3 erläuterte Abgeltungsmodell wird der Regierungsrat in der Leistungsvereinbarung mit dem KSGL festhalten. Damit ist auch eine flexible Anpassung an al-

lenfalls neue Entscheide des Bundesverwaltungsgerichtes sowie Erkenntnisse der Lehre oder anderer Kantone möglich.

5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Titel

Der Titel der Verordnung soll um die Legalabkürzung „SpitalV“ ergänzt werden. Diese erleichtert das Zitieren der Verordnung.

Ingress

Der Ingress wird formal an die allgemeinen Anforderungen an die Rechtsetzung angepasst.

Artikel 2; Rechtsform

Es wird lediglich die Fussnote mit dem Verweis auf die systematische Nummer des Obligationenrechts eingefügt.

Artikel 6; Statuten

Gemäss Artikel 30 der Statuten des KSGL dürfen weder Dividenden noch Tantiemen ausgerichtet werden. Damit wird der Grundgedanke eines nicht gewinnorientierten und im öffentlichen Besitz befindlichen Grundversorgungsspitals zum Ausdruck gebracht. Dieser Grundgedanke soll stärker betont und auch in der Spitalverordnung verankert werden.

Artikel 8; Versorgungsauftrag

Gemäss Artikel 17 Absatz 1 GesG stellt der Kanton die Rettung von verunfallten, kranken oder sich in Gefahr befindenden Personen sicher. Er koordiniert namentlich die Leistungsangebote und beaufsichtigt die Leistungserbringung. Er kann an die im Rettungswesen tätigen Organisationen Beiträge gewähren.

Für die Übertragung dieser Aufgaben an Dritte ist gemäss Artikel 17 Absatz 2 GesG der Regierungsrat zuständig. Entsprechend hat auch der Regierungsrat und nicht der Landrat das KSGL mit dem Betrieb eines Rettungsdienstes und der Gewährleistung der Notrufdienstleistung zu beauftragen. Artikel 8 Absatz 4 der Spitalverordnung soll daher aufgehoben werden.

Auch wenn de facto der Leistungsauftrag für den Betrieb des Rettungsdienstes und die Gewährleistung der Notrufdienstleistung in der nächsten Zeit beim KSGL verbleiben wird, ist es bereits aufgrund der heutigen Gesetzeslage möglich, dass der Regierungsrat den Auftrag künftig ausschreiben und allenfalls an einen anderen Anbieter vergeben wird.

Artikel 9; Pflichtleistungsbereiche

Absatz 1: Die aufgeführten Pflichtleistungsbereiche bleiben gegenüber dem heutigen Leistungsangebot grundsätzlich unverändert. Neu erwähnt wird die Neurologie, für welche das KSGL über einen umfassenden Leistungsauftrag verfügt (vgl. Glarner Spitalliste 2012 Akut-somatik, Version 2015.2). Daneben wird bei der Nephrologie die Dialyse und bei der Onkologie die Hämatologie explizit aufgeführt. Es handelt sich dabei um Leistungen bzw. Bereiche, die sehr nahe verwandt sind und bereits heute am KSGL angeboten werden. Zudem wird die Oto-Rhino-Laryngologie (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) neu ausgeschrieben und ein Schreibfehler bei der Ophthalmologie korrigiert.

Absatz 3: Bei der Spitalinfrastruktur werden im Sinne der Vollständigkeit zusätzlich die Notfallstation, die bereits gemäss Artikel 16 Absatz 2 GesG bereitgestellt werden muss, und die Anästhesie aufgeführt.

Artikel 10; Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die GWL werden präziser definiert. Dabei werden die wichtigsten GWL in Absatz 1 explizit erwähnt. Mit der Formulierung „insbesondere“ wird aber darauf hingewiesen, dass auch weitere Leistungen wie der Katastrophenschutz, die Epidemievorsorge oder der Sozialdienst dereinst als GWL abgegolten werden können.

Wie bisher fallen allfällige Vorhalteleistungen in Pflichtleistungsbereichen gemäss Artikel 9 unter die GWL (Bst. a). Dazu gehören auch die bisher in Buchstabe b separat aufgeführten fallunabhängigen Vorhalteleistungen wie der Betrieb einer Intensivpflegestation oder eines Notfalldienstes, die ebenfalls in Artikel 9 als Pflichtleistungsbereiche erwähnt sind. Einschränkend wird aber neu eingefügt, dass diese Vorhalteleistungen nur insofern als GWL gelten, als deren Kosten nicht in die Berechnung der Vergütungen gemäss KVG einfließen. Solche Kosten dienen bspw. der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und dürfen gemäss Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe a KVG nicht in die Berechnung der KVG-Tarife einfließen. Hingegen gelten Kosten von Vorhalteleistungen, die in der Berechnung der KVG-Tarife berücksichtigt werden, die aber durch die Fallpauschale nicht gedeckt werden (da sie nicht wirtschaftlich erbracht werden) nicht als GWL. Das KSGL ist hier gefordert, diese Leistungen wirtschaftlicher zu erbringen.

Als GWL sollen wie bisher auch allfällige Beiträge für Rettungsdienste, also der Betrieb eines bodengebundenen Rettungsdienstes und die Gewährleistung der Notrufdienstleistung gelten (Bst. b). Dies gilt allerdings nur insofern, als das Kantonsspital auch über einen Leistungsauftrag des Regierungsrates verfügt (s. dazu auch die Erläuterungen zu Art. 8 Abs. 4).

Schliesslich wird neu in Analogie zu Artikel 49 Absatz 3 KVG auch explizit die universitäre Lehre und Forschung als GWL erwähnt.

Im neuen Absatz 1a wird analog zu Artikel 9 Absatz 1 Satz 2 festgehalten, dass der Regierungsrat die Einzelheiten in der Leistungsvereinbarung regelt. Diese Kompetenz ist zudem für beide Bereiche (Art. 9 und 10) auch in Artikel 13 Absatz 1 festgehalten.

Artikel 13; Leistungsvereinbarung

Die Leistungsvereinbarung regelt nicht nur die Leistungserbringung gemäss den Artikeln 9 und 10 der Spitalverordnung, sondern enthält auch weitere Bestimmungen. Daher kann der explizite Verweis auf diese Artikel im einleitenden Satz gestrichen werden. Die beiden Artikel 9 und 10 werden anschliessend unter den Buchstaben a und b nochmals erwähnt.

Buchstabe a: Der Begriff „Versorgungsplanung“ wird durch den geläufigeren und umfassenderen Begriff der „Spitalplanung“ ersetzt. Zudem wird die Klammerbemerkung „Leistungsprogramm nach Leistungsgruppen“ gestrichen, da die Form der Spitalplanung durch den Regierungsrat zu regeln ist.

Artikel 14; Abgeltung von Leistungen

Absatz 1 wird dahingehend präzisiert, als sich die Abgeltung der KVG-Leistungen vollumfänglich und nicht nur sinngemäss nach dem KVG richtet.

Die Regelung von Absatz 2, wonach der Landrat mit dem Budget über die Abgeltung für GWL entscheidet, steht im Widerspruch zu Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe b, wonach der Regierungsrat in der Leistungsvereinbarung die Abgeltung im Detail festlegt. Indem der Landrat dem Regierungsrat in Artikel 13 die Regelung der Abgeltung im Detail für GWL in der Leistungsvereinbarung übertragen hat, gelten diese als gebundene Ausgaben im Sinne von Artikel 40 Absatz 1 Buchstabe a Finanzhaushaltgesetz. Sowohl Höhe wie Zeitpunkt und die anderen wesentlichen Umstände für die GWL sind in der Leistungsvereinbarung so festgehalten, dass dem Landrat wie auch dem Regierungsrat ohne Änderung der Leistungsvereinbarung keine erhebliche Handlungsfreiheit mehr zukommt. In Absatz 2 soll daher klargestellt werden, dass sich die Abgeltung für die GWL nach der Leistungsvereinbarung richtet.

Artikel 15; Abgeltung von Investitionen

Die Abgeltungen von Investitionen sind bereits in den Vergütungen für stationäre Leistungen bzw. für GWL enthalten (Art. 14). Eine separate Regelung erübrigt sich.

Inkrafttreten

Als Folge der Änderung der Spitalverordnung ist die Leistungsvereinbarung mit dem KSGL ebenfalls anzupassen. Sinnvollerweise treten sowohl die Änderungen der Spitalverordnung wie auch die neue Leistungsvereinbarung gleichzeitig in Kraft. Daher soll der Regierungsrat das Inkrafttreten bestimmen. Es ist vorgesehen, alle Grundlagen auf Anfang 2018 in Kraft zu setzen.

6. Finanzielle Auswirkungen

Aufgrund der neuen Berechnungsmethode der GWL reduzieren sich dieselben von heute 4,5 auf rund 3,75 Millionen Franken (s. Ziff. 4.3.4; inkl. Pädiatrie, aber ohne KJPD). Wie erwähnt sollen die resultierenden Einsparungen von 0,75 Millionen Franken über zwei Jahre verteilt realisiert werden, um dem KSGL Zeit für allenfalls erforderliche betriebliche Anpassungen zu geben. Tabelle 9 zeigt die vom Regierungsrat angestrebte schrittweise Reduktion der GWL. Demnach müsste das KSGL 2018 und 2019 je 0,375 Millionen Franken GWL kompensieren.

Tabelle 9. Abgeltungen für das KSGL 2017–2022 (in Mio. Fr.)

| | <i>2017</i> | <i>2018</i> | <i>2019</i> | <i>2020</i> | <i>2021</i> | <i>2022</i> |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| GWL | 4,500 | 3,965 | 3,590 | 3,590 | 3,590 | 3,590 |
| Pädiatrie | | 0,160 | 0,160 | 0,160 | 0,160 | 0,160 |
| Total | 4,50 | 4,125 | 3,750 | 3,750 | 3,750 | 3,750 |

7. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, der beiliegenden Verordnungsänderung zuzustimmen.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Rolf Widmer, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilagen:

- SBE
- Synopse
- Eigentümerstrategie
- Kooperationsfelder KSGL–KSGR (Stand: 27.04.2017)