



Grossratsbeschluss betreffend

- **die Gesetzesinitiative
«Spitalstandortinitiative» und**
- **den Gegenvorschlag Änderung
des Spitalversorgungsgesetzes
(SpVG)**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Initiative	3
1.1 Zustandekommen	3
1.2 Ziele und Inhalt	3
1.3 Gültigkeit	3
1.4 Würdigung	4
1.5 Konsequenzen der Annahme	5
2. Gegenvorschlag	5
2.1 Grundsätzliches	5
2.2 Umsetzbarkeit	6
2.3 Erläuterungen zu den Artikeln	6
2.4 Finanzielle Auswirkungen	10
2.5 Personelle und organisatorische Auswirkungen.	11
2.6 Auswirkungen auf die Gemeinden	11
2.7 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	11
3. Synopse	11
4. Antrag des Regierungsrates	12
Anhang: Kostenfolgeschätzung der Spitalstandortinitiative und des Gegenvorschlags	12

**Vortrag
des Regierungsrates an den Grossen Rat
zum Grossratsbeschluss betreffend
die Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» und
den Gegenvorschlag Änderung des Spitalversorgungsgesetzes
(SpVG)**

1. Initiative

1.1 Zustandekommen

Am 21. Januar 2014 wurde die Spitalstandortinitiative¹⁾ bei der Staatskanzlei eingereicht. Von den 26 023 eingereichten Unterschriften erklärte die Staatskanzlei 25 945 für gültig. Gemäss Artikel 58 Absatz 2 der Kantonsverfassung²⁾ sind für eine Volksinitiative 15 000 Unterschriften erforderlich. Mit Beschluss vom 12. Februar 2014 stellte der Regierungsrat deshalb fest, dass die Volksinitiative zustande gekommen ist.³⁾

1.2 Ziele und Inhalt

Die Initiative beinhaltet einen Gesetzesvorschlag mit sieben Artikeln, in welchen der Kanton verpflichtet wird, bestimmte Spitalstandorte mit ihrem bestehenden Leistungsangebot während mindestens acht Jahren aufrecht zu erhalten. Anschliessend kann der Grosse Rat im Achtjahresrhythmus auf Antrag des Regierungsrates Änderungen beschliessen, wobei der Beschluss dem fakultativen Referendum unterliegt.

1.3 Gültigkeit

Der Regierungsrat beurteilt das Zustandekommen, der Grosse Rat die Gültigkeit von Initiativen (Art. 59 Abs. 1 KV). Initiativen sind ganz oder teilweise ungültig zu erklären, wenn sie gegen übergeordnetes Recht verstossen, undurchführbar sind oder die Einheit der Form oder der Materie nicht wahren (Art. 59 Abs. 2 KV).

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beauftragte Prof. Dr. Bernhard Rütsche, die Gültigkeit der Initiative gutachterlich zu beurteilen. Er kommt in seinem Gutachten vom 11. Juni 2014⁴⁾ zu folgenden Ergebnissen:

- Die Initiative erfasst sämtliche Regionalen Spitalzentren (RSZ) und die Hôpital du Jura Bernois SA (HJB) an den aufgeführten Standorten, soweit diese Spitäler akutsomatische Leistungen der stationären Grundversorgung erbringen. Auf das

Inselspital ist die Initiative nur anwendbar, wenn es als RSZ bezeichnet wird.⁵⁾ Nicht unter den Anwendungsbereich der Initiative fallen die Psychiatriebetriebe, sämtliche Privatspitäler, die Rehabilitationskliniken und die Geburtshäuser.

- Die Initiative enthält einen Bestandesschutz hinsichtlich der Standorte, nicht aber einen Bestandesschutz für einzelne öffentlich getragene Spitäler. Solange an jedem Standort mindestens ein Spital existiert, darf der Kanton die Anzahl öffentlich getragener Spitäler verändern. Der Kanton darf die von der Initiative erfassten Spitäler in Bezug auf ihre Rechtsform, die Eigentumsverhältnisse und die Organisation umgestalten.
- Der Zweck der Initiative steht in Einklang mit übergeordnetem Recht.
- Die Initiative steht jedoch in einem Spannungsverhältnis zum Prinzip des Wettbewerbs, das dem Krankenversicherungsrecht zugrunde liegt und von der Bundesverfassung geschützt ist. Sofern die Initiative wettbewerbsneutral umgesetzt wird, liegt diesbezüglich keine Verletzung von Bundesrecht vor.
- Die Initiative lässt sich mit den vom geltenden Recht vorgesehenen unternehmens- und eigentümerrechtlichen Instrumenten sowie den Finanzierungsinstrumenten (namentlich kantonale Staatsbeiträge) zumindest teilweise so umsetzen, dass Bundesrecht nicht verletzt wird. Die Initiative ist gültig zu erklären.
- Die Umsetzung der Initiative stösst an Grenzen, wenn ein öffentlich getragenes Spital an einem regionalen Standort hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit den bundesrechtlichen Anforderungen nicht mehr genügen kann.
- Bei der Annahme der Initiative ist eine Anpassung des geltenden Spitalversorgungsrechts nicht notwendig. Der Kanton müsste jedoch die bestehenden Instrumente ausschöpfen, um den Vorgaben der Initiative so gut wie möglich nachzukommen. Für neue Beitragstatbestände zugunsten öffentlich getragener Spitäler an regionalen Standorten lässt das Bundesrecht keinen Raum.

Der Regierungsrat stimmt der Analyse von Prof. Rütsche aus nachfolgenden Gründen zu.

Die Initiative verstösst nicht gegen übergeordnetes Recht, insbesondere nicht gegen Normen des Krankenversicherungsrechts.

Die Initiative ist nicht undurchführbar, ihre Umsetzung kann jedoch an Grenzen stossen:

- Wenn ein Spital, das von der Initiative erfasst wird, die gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen nicht mehr oder nur noch teilweise erfüllt, ist von Amtes ein aufsichtsrechtliches Verfahren einzuleiten. Die zu ergreifenden Massnahmen reichen von einer Verwarnung bis zum Entzug der Betriebsbewilligung.⁶⁾ Wenn das Spital nicht mehr betrieben wird, erlöscht die Betriebsbewilligung.⁷⁾ Ohne Betriebsbewilligung kann ein Spital auch dann nicht betrieben werden, wenn es über einen gesetzlichen Bestandesschutz im Sinne der Initiative⁸⁾ verfügt.

¹⁾ Nachfolgend: Initiative

²⁾ Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

³⁾ RRB 139/2014

⁴⁾ Bernhard Rütsche, Rechtsgutachten: Übereinstimmung der Berner Standortinitiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht, Luzern, 11. Juni 2014 (abrufbar unter <http://bit.ly/15YG889>)

⁵⁾ Art. 16 Abs. 3 Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)

⁶⁾ S. Art. 118 ff. SpVG

⁷⁾ Art. 123 Abs. 2 SpVG

⁸⁾ Art. 2 Gesetz über die regionalen Spitalstandorte gemäss Spitalstandortinitiative

- Wenn ein Spital, das von der Initiative erfasst wird, die bundesrechtlichen Kriterien für die Aufnahme auf der Spitalliste⁹⁾ nicht mehr erfüllt, ist der Regierungsrat von Bundesrechts wegen verpflichtet, dieses Spital von der Spitalliste zu streichen. Damit verliert das Spital die Berechtigung, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen. Theoretisch kann es noch als Vertragsspital fungieren; in diesem Fall ist jedoch das Spital auf die Bereitschaft der Krankenversicherer angewiesen, mit ihm einen Tarifvertrag einzugehen.¹⁰⁾ Diese Bereitschaft ist bei mangelnder Erfüllung der Kriterien für die Aufnahme auf der Spitalliste als unwahrscheinlich einzustufen.
- Ebenso hängt die Umsetzung der Initiative von den Mitteln ab, die der Kanton für weitere Beiträge¹¹⁾ zu Gunsten von Spitälern, die von der Initiative betroffenen sind, bereitstellt. Ohne Voranschlagskredit und ohne Ausgabenbewilligung ist es den Behörden verwehrt, Staatsbeiträge auszurichten.¹²⁾

Die Initiative ist als ausformulierter Entwurf konzipiert, so dass der Grundsatz der Einheit der Form gewahrt ist.

Die Initiative bezweckt, eine ausreichende, qualitativ gute und wirtschaftliche Spitalversorgung sicherzustellen. Zu diesem Zwecke will sie einen geografischen Bestandesschutz für gewisse öffentlich getragene Spitäler schaffen. Zweck und Inhalt der Initiative stehen in einem sachlichen Zusammenhang. Somit ist auch der Grundsatz der Einheit der Materie gewahrt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Initiative als gültig zu erachten ist. Damit kann sie dem Volk zur Abstimmung unterbreitet werden.

1.4 Würdigung

Die Initiative stellt dem Spitalversorgungsgesetz ein Gesetz mit der teilweisen selben Regelungsmaterie zur Seite. Das ist rechtlich möglich, birgt jedoch insbesondere das Risiko von Inkongruenzen und Umsetzungsschwierigkeiten.

Die erst kürzlich erfolgte Revision des Spitalversorgungsgesetzes basiert auf der KVG-Teilrevision 2007 betreffend die Spitalfinanzierung.¹³⁾ Die KVG-Revision 2007 verfolgte insbesondere folgende Ziele: Kosteneindämmung, soziale Finanzierung, Neuregelung des Verhältnisses zwischen Planung und Wettbewerb, Freizügigkeit für die Versicherten und Gleichbehandlung aller Listenspitäler. Zu diesem Zwecke wurden die freie Spitalwahl, die Leistungsfinanzierung und die dual-fixe Finanzierung eingeführt. Diese wettbewerbsorientierten Instrumente haben von Bundesrechts wegen alle Akteure anzuwenden. Das revidierte Spitalversorgungsgesetz wird die-

sen Vorgaben gerecht.¹⁴⁾ Der von der Initiative beabsichtigte Bestandesschutz für gewisse öffentliche Spitäler läuft demgegenüber dem Wettbewerbsgedanken zuwider. Der Bestandesschutz dient der Strukturhaltung, ohne dass den qualitativen und wirtschaftlichen Anforderungen an ein Spital hinreichend Rechnung getragen würde.

Artikel 41 KV verpflichtet Kanton und Gemeinden, für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen. Dabei soll durch Planung und durch ein zweckmässiges Finanzierungssystem der wirksame und wirtschaftliche Einsatz öffentlicher Mittel gesichert werden. Mit dem in der Initiative verankerten Bestandesschutz besteht das Risiko, dass öffentliche Mittel in die Strukturhaltung fließen, ohne dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verbessert wird.

Hinzu kommt, dass eine hohe Dichte an Spitälern die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen für sich allein nicht zu garantieren vermag. Vielmehr bedarf es einer Vielzahl aufeinander abgestimmter Dienstleistungen im ambulanten und stationären Bereich. Im stationären Bereich sollte die Behandlung in demjenigen Spital erfolgen, das über die notwendigen personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen verfügt, um die Behandlung in hinreichender Qualität und wirtschaftlich zu erbringen.

Die Initiative kann mit ihrem Bestandesschutz für gewisse Spitäler den gesundheitspolizeilichen Schutz der Bevölkerung zu Recht nicht übersteuern. Sämtliche Spitäler, die im Kanton Bern liegen, bedürfen einer Betriebsbewilligung.¹⁵⁾ Zu deren Erhalt sind die Leistungserbringer verpflichtet, Minimalanforderungen betreffend der medizinischen Behandlung und Pflege, der Räumlichkeiten und der medizinischen Einrichtungen zu erfüllen.¹⁶⁾ Erfüllen sie diese Voraussetzungen nicht mehr, ist ihnen die Betriebsbewilligung zu entziehen.¹⁷⁾ Die Initiative trägt somit nicht zur Sicherstellung des gesundheitspolizeilichen Mindeststandards bei. Es ist eher anzunehmen, dass der Bestandesschutz mit den gesundheitspolizeilichen Anliegen konfliktieren kann.

Ebenso wenig kann die Initiative die bundesrechtlichen Mindestanforderungen betreffend die Spitalliste übersteuern, da Bundesrecht kantonalem Recht vorgeht.¹⁸⁾ Die Bedarfsgerechtigkeit und die Kriterien der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und der Zugänglichkeit sind auch von einem Spital mit Bestandesschutz einzuhalten.¹⁹⁾ Erfüllt ein Spital mit Bestandesschutz diese Kriterien nicht mehr, ist es vom Regierungsrat von der Spitalliste zu streichen. Der Bestandesschutz trägt nicht dazu bei, dass sich

⁹⁾ Art. 39 Abs. 2^{ter} Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10); Art. 58b Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

¹⁰⁾ Art. 49a Abs. 4 KVG

¹¹⁾ S. Art. 59 ff. SpVG

¹²⁾ Art. 43 Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG; BSG 620.0)

¹³⁾ Nachfolgend: KVG-Revision 2007

¹⁴⁾ S. auch S. 5 ff. Vortrag vom 16. Januar 2013 des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Spitalversorgungsgesetz (Gesetzesrevision) und zum Dekret über die Gebühren des Grossen Rates und des Regierungsrates (Dekretsrevision)

¹⁵⁾ Art. 120 SpVG

¹⁶⁾ Art. 39 Abs. 1 Bst. a–c KVG; Art. 120 SpVG

¹⁷⁾ Art. 123 SpVG

¹⁸⁾ Art. 3 und 42 Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101)

¹⁹⁾ Art. 39 Abs. 1 Bst. d und Abs. 2^{ter} KVG; Art. 58a ff. KVV

die mit Bestandesschutz ausgestatteten Spitäler wirtschaftlich und qualitativ hochstehend verhalten. Er kann somit auch mit diesem Instrument konfligieren.

Der von der Initiative vorgeschlagene Bestandesschutz kostet. Die durch die Umsetzung der Spitalstandortinitiative voraussichtlich verursachte Mehrbelastung des Kantonshaushaltes lässt sich allerdings nur sehr grob und verallgemeinernd abschätzen. Es müssen diverse Annahmen getroffen und modellhafte Vereinfachungen vorgenommen werden. Im Anhang werden das Schätzmodell und die ihm zugrunde gelegten Parameter beschrieben.

Je nach Ausgestaltung der Parameter bzw. den zugrundeliegenden Annahmen resultiert für die Spitalstandortinitiative eine jährliche Mehrbelastung in einer Spanne von rund CHF 26 bis 110 Mio. Rechnet man diese Zahl mit der Dauer des geforderten Moratoriums hoch (inkl. Anpassungszeit von zwei Jahren), so ergeben sich Gesamtkosten von CHF 257 bis 1104 Mio. auf zehn Jahre.

Die Initiative schlägt keine neuen Finanzierungsmöglichkeiten vor. Es ist auf die bestehenden Finanzierungsinstrumente zurückzugreifen:

- Die vom KVG vorgegebenen Tarife dienen der leistungsbezogenen Vergütung der stationären Behandlung.²⁰⁾ Diese Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen beinhalten.²¹⁾ Die Strukturhaltung kann demnach grundsätzlich nicht mittels erhöhten Tarifen finanziert werden. Denkbar ist es jedoch, dass kostentreibende Sonderfaktoren wie namentlich geografisch bedingte Mehrkosten oder fehlende Skaleneffekte in die Tarifbildung einbezogen werden können.²²⁾ Derartige Tariffragen sind sehr umstritten und wurden bis anhin vom Bundesverwaltungsgericht nicht verbindlich geklärt.
- Das Spitalversorgungsgesetz sieht weitere Beiträge vor.²³⁾ Es handelt sich ausnahmslos um Ermessensbeiträge, d.h. dass kein Rechtsanspruch darauf besteht. Bei Annahme der Initiative geht Prof. Rütsche in seinem Gutachten davon aus, dass der Kanton verpflichtet wäre, Beiträge nach Artikel 59 ff. SpVG auszurichten, sofern dies zur Sicherstellung der von der Initiative geforderten umfassenden Grundversorgung notwendig ist und die gesetzlichen Beitragsvoraussetzungen erfüllt sind.²⁴⁾ Das bestehende Spitalversorgungsgesetz sieht die Möglichkeit vor, Vorhalteleistungen zu finanzieren.²⁵⁾ Dieser Beitragstatbestand setzt insbesondere die Versorgungsnotwendigkeit und die Effizienz des Betriebs voraus. Eine ausschliessliche Strukturhaltung kann über diesen Beitragstatbestand nicht finanziert werden. Dementsprechend fehlt der Initiative eine Regelung, wie der Bestandesschutz finanziert werden kann.

²⁰⁾ Art. 49 Abs. 1 KVG

²¹⁾ Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG

²²⁾ Rütsche, a.a.O., Rz. 54; weitergehend: Eva Druey Just, Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen? in: Jusletter 26. Januar 2015

²³⁾ Art. 59 ff. SpVG

²⁴⁾ Rütsche, a.a.O., Rz. 55

²⁵⁾ Art. 67 ff. SpVG

Die Initiative vermag den im Gesundheitswesen akzentuierten und zunehmenden Mangel an Fachkräften nicht zu beeinflussen. Der Bestandesschutz kann ohne Fachpersonal nicht gewährleistet werden. Verfügt zum Beispiel ein Spital an einem regionalen Standort nicht mehr über das erforderliche Fachpersonal, sind ihm je nach Mangellage die Betriebsbewilligung und die Leistungsaufträge auf der Spitalliste zu entziehen.

Zusammenfassend hält der Regierungsrat fest, dass die Initiative die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht zu verbessern vermag, mit dem bestehenden Instrumentarium kaum zu finanzieren ist und mit bundesrechtlichen und kantonbernischen Steuerungsinstrumenten konfligieren kann. Er lehnt die Initiative ab.

1.5 Konsequenzen der Annahme

Die Annahme der Initiative hätte folgende konkrete und absehbare Konsequenzen:

Aufrechterhaltung eines Spitals pro regionalem Standort	Ein öffentlich getragenes Spital in der Stadt Bern muss erhalten bleiben
Gewährleistung der umfassenden Spitalgrundversorgung an jedem regionalen Standort	Die Notfallstation in Langnau muss wiedereröffnet werden
Gewährleistung des Angebots zum Zeitpunkt des Einreichens der Initiative (Februar 2014)	Die Geburtsabteilung im Spital Zweisimmen muss wiedereröffnet werden
Wiedereröffnung der Geburtshilfe im Spital Riggisberg	

2. Gegenvorschlag

2.1 Grundsätzliches

Der Gegenvorschlag orientiert sich am Inhalt der Initiative und umfasst keine neuen oder anders gelagerten Sachverhalte. Er nimmt die Anliegen der Initiative auf und setzt sie in Beziehung zu Gegenstand und Ziel des Initiativbegehrens.

Der Gegenvorschlag ist besser umsetzbar als die Initiative. Allem voran gilt es, den Anforderungen der Krankenversicherungsgesetzgebung Rechnung zu tragen, insbesondere den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität. Ebenso ist auch die Gleichbehandlung aller Listenspitäler zu gewährleisten, unabhängig ihrer Trägerschaft.

Obwohl die Initiative primär auf die Bevölkerung peripherer Regionen abzielt, hat ein Gegenvorschlag alle Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner gleichermaßen zu betreffen.

Der Gegenvorschlag greift die der Initiative zugrunde liegenden Bedürfnisse auf, und stellt ihr eine Lösung entgegen, die sowohl umsetzbar als auch zukunftsorien-

tiert ist. Das Bedürfnis nach einer glaubwürdig garantierten Gesundheitsversorgung in der Form eines (lokalen) Spitals wird aufgegriffen. Anders als der Initiativtext behandelt der Gegenvorschlag jedoch auch die Finanzierungsfrage und das Vorhandensein des erforderlichen Fachpersonals. Zudem zementiert er keine Strukturen oder Leistungsangebote, sondern lässt Anpassungen an die realen Gegebenheiten zu. Schliesslich sieht er eine Mitwirkung der lokalen Bevölkerung bei der Festlegung des örtlichen Leistungsangebotes vor.

2.2 Umsetzbarkeit

Der Grosse Rat beschliesst den Gesetzesvorschlag. Somit befindet er auch über das Angebot. Indessen gelten auch bei einem gesetzlich verankerten Spitalangebot die Bestimmungen des übergeordneten Krankenversicherungsrechts hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Qualität. Zudem müssen die für die Aufrechterhaltung des Angebots erforderlichen Ressourcen vorhanden sein, insbesondere ausreichendes und adäquat qualifiziertes Fachpersonal. Der Spitalbetreiber muss somit jederzeit das Recht und die Pflicht haben, bei einer Gefährdung der Arbeitsbedingungen oder der Versorgungslage, Änderungen am Spitalangebot – das heisst sowohl am Leistungsspektrum als auch bei den betriebenen Standorten – beantragen zu können. Deshalb verzichtet der Gegenvorschlag auf eine zeitliche Fixierung des Angebotes (Moratorium) oder zeitliche Regelungen für dessen Anpassung.

Die Spitalbetreiber müssen über die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beim Regierungsrat einen entsprechenden Antrag auf Anpassung des Spitalangebots stellen. Hierzu haben sie die Gemeinden vorgängig anzuhören.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der Regierungsrat sind gehalten, die Anträge der Spitalleitungen zügig zu prüfen und allenfalls an den Grossen Rat zur Entscheidung weiter zu leiten. Bei der Prüfung ist sowohl auf die Versorgungssicherheit als auch die Wirtschaftlichkeit und Qualität zu achten. Kann letztere nicht (mehr) gewährleistet werden, so muss das Angebot eingestellt beziehungsweise umgelagert werden können. Dies nicht zuletzt im Hinblick auf die Patientensicherheit. Der Grosse Rat entscheidet sodann abschliessend über eine Änderung des gesetzlich vorgegebenen Angebots des betreffenden Regionalen Spitalzentrums (RSZ). Der Beschluss erfolgt unter Vorbehalt eines Referendums über die gesetzlich definierte Angebotsveränderung.

Die Kostenfolgen sind sowohl hinsichtlich einer Annahme der Spitalstandortinitiative als auch jener des Gegenvorschlags sehr schwierig abzuschätzen. Indessen spricht gerade diese Schwierigkeit für den Gegenvorschlag: Da bei Annahme des Gegenvorschlags kein Moratorium bezüglich des Leistungsangebotes vorgesehen ist, müssten explizit auch finanzpolitische Überlegungen zu einer Angebotsveränderung führen können. So könnten der Regierungsrat und der Grosse Rat Korrekturen vornehmen, sollte sich das finanzielle Risiko manifestieren.

Anpassungen des Leistungsangebotes, welche über die im Gegenvorschlag festgehaltenen Vorgaben hinausgehen, obliegen wie bisher dem Regierungsrat. Er erlässt die Spitalliste und entscheidet über die Leistungsaufträge mittels Verfügung auf

Basis der Versorgungsplanung, gemäss den Kriterien des Krankenversicherungsrechts (Wirtschaftlichkeit, Qualität, Erreichbarkeit, Bedarfsnotwendigkeit) sowie deren in der Spitalversorgungsverordnung²⁶⁾ noch vorzunehmenden Konkretisierung.²⁷⁾

2.3 Erläuterungen zu den Artikeln

Artikel 15a

Die Initiative verdeutlicht, dass dem öffentlich getragenen Spital ein anderer Stellenwert zugemessen wird als den privat getragenen Spitälern ohne staatlichem Einfluss. Von ersteren erwartet man einen «Service Public», nämlich die verfassungsmässig garantierte Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, die keinen wirtschaftlichen Restriktionen unterworfen ist.

Mit dem Spitalversorgungsgesetz von 2005 wurden die ehemaligen Bezirks- und Regionalspitäler zu RSZ zusammengefasst, als privatrechtliche Aktiengesellschaften strukturiert und dem Kanton als Allein- bzw. Hauptaktionär unterstellt,²⁸⁾ denen gemäss Artikel 15 Absatz 1 des Spitalversorgungsgesetzes die Sicherstellung der akutstationären (Spital-) Grundversorgung obliegt. Hier besteht denn auch der logische Anknüpfungspunkt, um das der Spitalstandortinitiative zugrunde liegende Hauptanliegen aufzunehmen, nämlich die konkrete Festlegung von geografischen Spitalstandorten und ihren Leistungsangeboten.

Es werden sämtliche der im Initiativtext erwähnten Standorte aufgeführt, mit der gleichen Unterteilung in Haupt- und Nebenstandorte. Aus Gründen der sprachlichen Abgrenzung zu den Regionalen Spitalzentren wird für die Nebenstandorte der Begriff «lokale Standorte» verwendet. Zudem setzt ein Nebenstandort einen Hauptstandort voraus. Dies ist im Fall der Spitäler von Saint Imier und Moutier nicht der Fall.

Absatz 3 ermöglicht die Subsidiarität eines Spitalstandortes. Werden an den in Absatz 1 oder 2 aufgeführten geografischen Standorten äquivalente Spitalangebote durch einen anderen Leistungserbringer beziehungsweise ein Listenspital mit entsprechendem Leistungsauftrag wahrgenommen, entfällt die Spitalführungspflicht für das entsprechende RSZ. Diese Subsidiarität ermöglicht Wettbewerb, grenzt andere Leistungserbringer nicht von der Spitalversorgung aus und beschert den RSZ kein Versorgungsmonopol.

Artikel 15b

Analog zur Initiative werden für die beiden Arten von Standorten unterschiedliche Leistungsspektren als Pflichtangebot festgelegt.

²⁶⁾ Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

²⁷⁾ Art. 18 Abs. 2 SpVG

²⁸⁾ Beim Spitalzentrum Biel (SZB AG) ist die Stiftung Wildermeth mit einem Aktienanteil von unter 1% mitbeteiligt. Bei allen anderen Spitalzentren (fmi AG, RSE AG, SNBe AG, SRO AG, HJB SA, STS AG) ist der Kanton alleiniger Aktionär bzw. Eigentümer

Die RSZ haben an den Hauptstandorten das gesamte Spektrum der Spitalgrundversorgung anzubieten, inklusive Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie eine umfassende Notfallbehandlung sicherzustellen. Letztere impliziert eine uneingeschränkte Behandlungsfähigkeit für das gesamte Leistungsspektrum, insbesondere die Durchführung von Operationen rund um die Uhr, an sämtlichen Tagen der Woche.

Die RSZ müssen an den lokalen Standorten hingegen nur das versorgungsnotwendige Grundangebot gewährleisten. Zu diesem zählen allgemeinmedizinische Leistungen der Inneren Medizin und der Chirurgie. Zudem muss eine durchgängige Notfallaufnahme bestehen, die einen ganzjährigen, uneingeschränkten Zugang während 24 Stunden sowie eine Erstversorgung gewährleistet. Kann die eigentliche Behandlung nicht vor Ort stattfinden, muss eine sofortige Verlegung innerhalb der gebotenen Zeit in ein geeignetes Spital möglich sein. Die Vorgaben der Versorgungsplanung²⁹⁾ sowie die den Leistungsaufträgen der Spitalliste zugrunde liegenden strukturellen, fachlichen und prozeduralen Anforderungen³⁰⁾ bleiben bestehen.

Der Bestandesschutz greift das Bedürfnis der Bevölkerung nach Versorgungssicherheit auf und wahrt gleichzeitig die Kongruenz zu kantonalen, interkantonalen oder nationalen Vorgaben oder Empfehlungen. Basis bilden die Versorgungsplanung nach Spitalversorgungsgesetz in ihrer jeweils gültigen Fassung, die Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz für die Ausgestaltung der Leistungsaufträge auf der Spitalliste sowie die massgebenden Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung, insbesondere Artikel 39 KVG und Artikel 58a ff. KVV.

Absatz 3 ermöglicht, in Analogie zu Artikel 15a Absatz 3, die Subsidiarität des Leistungsangebotes. Werden die in Absatz 1 oder 2 festgehaltenen Pflichtangebote an einem geografischen Standort bereits durch einen anderen Leistungserbringer beziehungsweise ein Listenspital mit entsprechendem Leistungsauftrag wahrgenommen, entfällt diese Pflicht für das entsprechende RSZ. Dies ist insbesondere in der Stadt Bern der Fall, wo es ein ausreichendes stationäres gynäkologisches und geburtshilfliches Angebot gibt. Auch hier ermöglicht die Subsidiarität den Wettbewerb, grenzt andere Leistungserbringer nicht von der Spitalversorgung aus und beschert den RSZ kein Versorgungsmonopol.

Absatz 4 verdeutlicht, dass der Bestandesschutz seine Wirkung nur im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben zur Spitalliste entfalten kann. Wie bereits in Ziff. 1.3 zur Gültigkeit der Initiative ausgeführt, ist der Regierungsrat von Bundesrechts wegen verpflichtet, ein Spital von der Spitalliste zu streichen, wenn es die Vorgaben des Krankenversicherungsrechts nicht mehr erfüllt (insbesondere die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität). Dies kann zur Situation führen, dass ein Standort beziehungsweise ein Leistungsangebot zwar weiterhin kantonalrechtlich vorgehalten werden muss, die dort erbrachten Leistungen jedoch nicht (mehr) über die obli-

gatorische Krankenversicherung nach KVG abgerechnet werden dürfen, da Bundesrecht dem kantonalen vorgeht.

Artikel 15c

Mit der Vorgabe des in Artikel 15a und Artikel 15b festgeschriebenen Pflichtangebotes verlieren die RSZ einen wesentlichen Teil ihrer betrieblichen Autonomie. Dennoch müssen sie die Vorgabe einer wirtschaftlichen und qualitativ einwandfreien Betriebsführung einhalten, damit sie ihre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung weiterhin abrechnen dürfen. Beiträge der öffentlichen Hand sind vom KVG zugelassen, sofern es sich um gemeinwirtschaftliche Leistungen handelt – in diesem Fall die Sicherstellung von Spitalkapazität aus regionalpolitischen Gründen. Somit ist eine wirtschaftliche Betriebsführung auch bei Minderauslastung grundsätzlich möglich. Das Gebot der angemessenen Qualität setzt dagegen enge Grenzen: Ist das erforderliche Fachpersonal nicht mehr verfügbar, darf der Leistungsauftrag aus Gründen der Patientensicherheit grundsätzlich nicht länger ausgeführt werden. Bei Spitälern mit geringem Patientenaufkommen besteht nachweislich die Gefahr, dass das Fachpersonal abwandert oder über eine mangelnde Routine verfügt. Letztlich dürfen auch keine Situationen entstehen, in denen arbeitsrechtliche Vorgaben unterlaufen werden oder mit einem inadäquaten Personalspiegel gearbeitet werden muss. Die RSZ müssen somit die Möglichkeit haben, das Pflichtangebot zur Disposition zu stellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Zeiträume, wie sie der Initiativtext vorsieht, ist unrealistisch und unzweckmässig.

Absatz 1 legt fest, wie das entsprechende Meldeverfahren zum Gesuch betr. der Aufgabe eines Spitals nach Artikel 15a oder eines Leistungsangebots nach Artikel 15b abläuft. Bei der Aufgabe eines Spitals fällt das gesamte dort angebotene Leistungsspektrum weg. Bei der Aufgabe von Leistungsangeboten bleibt das Spital grundsätzlich weiterhin bestehen, sofern die verbleibenden Angebote den Anforderungen an die Qualität und die Wirtschaftlichkeit genügen. Die Meldung muss mit samt Begründung und schriftlichen Nachweisen bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion eingereicht werden. Diese prüft, ob die Meldung gerechtfertigt ist. Falls ja, leitet sie sie zur Beschlussfassung an den Regierungsrat weiter. In Absatz 2 wird das Anliegen der Initiative aufgegriffen, dass sich die Direktbetroffenen explizit zu Wort melden können. Der Meldung hat deshalb auch die Stellungnahme der Einwohnergemeinden im Einzugsgebiet des betreffenden Standorts beizuliegen. Die Einwohnergemeinden sind frei, sich hierfür zu organisieren. Die Stellungnahme kann auch durch Regionalkonferenzen eingebracht werden. Wichtig ist, dass erkennbar ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Region angehört wurden.

Erkennt der Regierungsrat aufgrund der Meldung eines RSZ und der Anträge der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Handlungsbedarf, müssen die entsprechenden Massnahmen ergriffen werden. Diese können je nach Situation unterschiedlich sein, sowohl in ihrer Ausgestaltung als auch in ihrer Fristigkeit. Als Massnahmen stehen die in der kantonalen Gesetzgebung vermerkten Instrumente zur Verfügung. Sie reichen von der Modifikation des Leistungsauftrags per Neuverfügung durch den Regierungsrat über die Befristung oder gar den Entzug der Betriebsbewilligung

²⁹⁾ Erreichbarkeit eines Spitals für 80% der Bevölkerung in 30 Minuten (Versorgungsregel 80/30) sowie Distanz vom Ortskern zum nächstgelegenen Akutspital mit Basisversorgung von maximal 50 km (Distanzregel)

³⁰⁾ Qualitative Anforderungen der Spitalleistungssystematik (SPLG)

durch die zuständige Behörde bis zur Anpassung des in Artikel 15a und 15b festgeschriebenen Angebots durch den Grossen Rat. Dabei ist zu unterscheiden zwischen kantonrechtlichen und bundesrechtlichen Massnahmen: Erstere beziehen sich auf gesundheitspolizeiliche Aspekte, wie sie der Betriebsbewilligung zugrunde liegen. Hierbei geht es um das Recht, ein Spital zu betreiben und die damit verbundenen Vorgaben und Auflagen. Die bundesrechtlichen Massnahmen beziehen sich auf die Erteilung oder den Entzug von Leistungsaufträgen, die zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung berechtigen. Auch wenn die beiden Instrumente identische Voraussetzungen formulieren,³¹⁾ sind sie in ihrer Funktion und Auswirkung sehr unterschiedlich: Die kantonrechtliche Betriebsbewilligung erwirkt die Zulassung zur Spitaltätigkeit an und für sich, der bundesrechtliche Spitalisten-Leistungsauftrag berechtigt hingegen „lediglich“ zur Finanzierung nach KVG und ist grundsätzlich nicht konstitutiv für einen Spitalbetrieb.³²⁾

Nicht vorgesehen ist die Wiederherstellung eines bestimmten Leistungsangebotes. Die Geburtshilfe in Riggisberg muss nicht neu eröffnet werden. Die RSZ sollen ihre Betriebe weiterentwickeln und den wirtschaftlichen, wissenschaftlichen und arbeitsmarktlichen Gegebenheiten anpassen können. Die Schaffung einer zukunftsgerichteten, nachhaltigen Gesundheitsversorgung soll nicht durch das zwangsweise Aufrechterhalten überholter Strukturen verhindert werden. Indessen kann ein RSZ an jedem Standort zusätzliche Angebote führen oder geschlossene Angebote wieder eröffnen, sofern die qualitativen Auflagen erfüllt sind, die Leistungen kostendeckend angeboten werden und der Bedarf gegeben ist. Entsprechende Gesuche zur Anpassung von Leistungsaufträgen können dem Regierungsrat jederzeit unterbreitet werden. Dies gilt auch für die mittlerweile geschlossene geburtshilfliche Abteilung des Spitals Zweisimmen.

Artikel 26

Den Gemeinden kommt beim akutsomatischen Grundangebot kein Mitspracherecht zu. Sie sollen aber die Möglichkeit haben, weitere Leistungen der Gesundheitsversorgung «einzukaufen». Dies können Dienste im vor- und nachgelagerten Versorgungsbereich sowie Koordinations- oder Vernetzungsleistungen sein. Schon jetzt ermöglicht Artikel 26 Spitalversorgungsgesetz den RSZ, Tätigkeiten für Dritte auszuüben, wenn diese in einem sachlich nahen Bezug zu ihren Leistungsaufträgen oder sonstigen übertragenen Aufgaben stehen. Absatz 2 Buchstabe *b* legt nun noch zusätzlich explizit fest, dass diese Dritten auch Gemeinden, Gemeindeverbände oder Regionalkonferenzen sein können (Absatz 2, einleitender Text, und bisheriger Buchstabe *a* werden lediglich redaktionellen Anpassungen unterzogen).

Der Kanton geht hier ein nicht unwesentliches Risiko ein. Durch die Einführung dieses «Kundenkreises» wird ein Segment von Geschäftstätigkeiten explizit zugelassen, das die wirtschaftliche Situation des Gesamtunternehmens durchaus beeinflussen

kann. So kann sich beispielsweise eine zugunsten des lokalen Gemeinwesens getätigte Investitionen als nicht werthaltig erweisen. Das finanzielle Risiko trägt letztlich der Kanton als Eigentümer. Dieses Risiko kann man jedoch als «Gegenleistung» zum Verzicht auf die Mitwirkung bei der Ausgestaltung des akutstationären Angebots auffassen und somit in Kauf nehmen, nicht zuletzt wenn dadurch die Versorgung der lokalen Bevölkerung grundsätzlich verbessert werden kann.

Artikel 67 und 68

Der Initiativtext äussert sich nicht zur Finanzierung. Die Initianten suggerieren, dass die Spitalversorgung durch die Festschreibung der Standorte und deren Leistungspaket günstiger kommt als Zentralisierungen und Angebotsstraffungen. Es wäre jedoch illusorisch zu glauben, das Pflichtangebot könnte selbsttragend erhalten bleiben.

Die Spitalfinanzierung wird seit 2012 nach den Regeln des KVG abgewickelt. Für die Spitalversorgung im engeren Sinn stehen ausser den zwischen den Vertragspartnern (Krankenversicherern und Leistungserbringern) ausgehandelten und von Grundversicherung und Wohnkanton «quasi-hälftig» (45:55) finanzierten Tarifen keine weiteren Mittel zur Verfügung. Die Tarife beinhalten auch die Abgeltungen für die Anlagenutzung (Infrastruktur) sowie die Ausbildung des nichtuniversitären Gesundheitsfachpersonals. Das «alte System» der staatlichen Deckung betrieblicher Defizite wird vom KVG nicht mehr toleriert.³³⁾ Staatsbeiträge dürfen nur noch für gemeinwirtschaftliche Leistungen erfolgen (zum Beispiel die ärztliche Weiterbildung). Zu den zulässigen Zusatzfinanzierungen gehört die Sicherstellung der Spitalkapazität aus regionalpolitischen Gründen.

Die bernischen Spitäler sind seit 2012 dem nationalen Tarifwettbewerb ausgesetzt. Die vom Bundesverwaltungsgericht letztinstanzlich festgelegten Basispreise liegen zumeist unter den aktuell ausgewiesenen Fallkosten, teilweise markant. Wenn sich die RSZ auf dem Spitalmarkt behaupten wollen, müssen sie sich anpassen. Wenn ihnen ein bestimmtes Leistungsangebot vorgeschrieben wird, ist diese Anpassung nicht im erforderlichen Ausmass möglich. Groben Schätzungen nach würde das Aufrechterhalten der aktuellen Spitalstruktur eine Zusatzfinanzierung im mittleren, zweistelligen Millionenbereich erfordern. Dem Pflichtangebot muss somit eine garantierte Zusatzfinanzierung gegenübergestellt werden.

Der bisherige Artikel 67 regelt die Finanzierung versorgungsnotwendiger Spitalangebote, die aus Gründen der Mangelauslastung nicht kostendeckend bereitgestellt werden können, selbst wenn die Leistungserbringung an sich wirtschaftlich erfolgt. Es handelt sich dabei um einen Staatsbeitrag, der im Ermessen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion liegt.

Das gemäss Artikel 15a und Artikel 15b bereit zu haltende Angebot ist nicht versorgungsmässig motiviert sondern wird aus regionalpolitischen Gründen eingeführt. Diese Kostenanteile dürfen deshalb nicht unbesehen in die Vergütungen der Kran-

³¹⁾ So sind die betrieblichen Anforderungen von Art. 39 Abs. 1 Buchstabe *a* bis *c* KVG inhaltlich nahezu deckungsgleich mit jenen von Art. 120 SpVG bzw. Art. 42 bis 44 SpVV

³²⁾ So existieren auch in Bern Privatkliniken, die nicht auf der Spitalliste figurieren und sich ausschliesslich über Selbstzahler oder Zusatzversicherungen finanzieren

³³⁾ Art. 49a KVG

kenversicherer und der Kantone einfließen, die diese nach KVG zu leisten haben.³⁴⁾ Es ist den Kantonen jedoch krankenversicherungsrechtlich nicht verwehrt, solche Kostenanteile selber zu übernehmen.³⁵⁾

Die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen und versorgungsnotwendigen Gründen erfordert eine differenzierte Regelung. Deshalb wird in Artikel 67 die regionalpolitisch motivierte Abgeltung geregelt und in Artikel 68 die versorgungsnotwendige Abgeltung.

Die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen ist nur bei RSZ möglich, die das Leistungsangebot gemäss Artikel 15b zu gewährleisten haben und beschränkt sich auch auf dieses Angebot. Es besteht ein Rechtsanspruch auf diese Abgeltung, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind. Vorausgesetzt wird nur, dass die Vorhalteleistungen trotz effizientem Betrieb nicht mit Versicherungsleistungen und Leistungen der Selbstzahlerinnen und Selbstzahler finanziert werden können. Aufgrund des Rechtsanspruchs ist die regionalpolitisch motivierte Abgeltung aus dem Rahmenkredit herauszulösen.³⁶⁾

Die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus versorgungsnotwendigen Gründen ist bei allen Listenspitälern und Listengeburtshäusern möglich. Es besteht kein Rechtsanspruch auf diese Abgeltung.³⁷⁾ Vorausgesetzt werden Effizienz (wie in Artikel 67 Absatz 2) und Versorgungsnotwendigkeit.

Die Vorhalteleistungen werden durch Normkostenpauschalen abgegolten, um auch in diesem Bereich einen Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten zu schaffen (s. Artikel 69). Denn auch bei der Finanzierung von Vorhalteleistungen sind die Bestimmungen des KVG und des Spitalversorgungsgesetzes zu Wirtschaftlichkeit und Qualität – insbesondere bezüglich dem Vorhandensein und der Qualifikation des erforderlichen Personals – einzuhalten. Dies ist bei der Beurteilung der Ansprüche zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck muss die Gesundheits- und Fürsorgedirektion einen transparenten und nachvollziehbaren Mechanismus für die Bemessung der Kosten der Vorhalteleistungen entwickeln (z.B. analog dem Normkostenmodell für Rettungsdienste).

Variante 1: Ausgleichsabgabe und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Artikel 81a

Zur Sicherstellung der für die Vorhaltung des gesetzlich vorgegebenen und regionalpolitisch motivierten Spitalangebots erforderlichen Mittel wird ein Ausgleichsfonds geschaffen, der auf dem Prinzip der Solidarität unter den Spitalbetrieben beruht.³⁸⁾

Absatz 1

Listenspitäler nehmen im Rahmen ihrer Leistungsaufträge öffentliche Aufgaben wahr. Im Bereich der Zusatzversicherungen sind sie hingegen privatwirtschaftlich tätig. Wenn Listenspitäler zusatzversicherte Leistungen anbieten, können sie von einer durch Kanton und Sozialversicherungen (neben der Kranken- auch die Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung) mitfinanzierten Basisinfrastruktur (Gebäude, Anlagen, Apparate, Geräte u.a.) profitieren und auf einen qualifizierten Personalbestand zurückgreifen. Umgekehrt sind sie in ihrer Preisgestaltung frei und können Abgeltungen vereinbaren, die (hohe) Gewinnmargen zulassen. Dies ist im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung aufgrund von Artikel 59c KVV grundsätzlich nicht zulässig.³⁹⁾ Gleichwohl ist jeder zusatzversicherte Patient und jede zusatzversicherte Patientin auch grundversichert und die «Basisbehandlung» über den Sockelbeitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kostenmässig gedeckt. Im Bereich der Selbstzahler oder der Zusatzversicherung sind die Renditen somit voll abschöpfbar. Allerdings haben nicht alle Listenspitäler dieselben Voraussetzungen, solche Leistungen in Rechnung zu stellen. In ländlichen Gebieten und beim Spitalgrundangebot ist der Anteil zusatzversicherter Patienten wesentlich geringer als in urbanen Zentren oder bei Leistungserbringern, die sich auf bestimmte Angebote – wie Sportorthopädie – spezialisiert haben. Die RSZ sind gemäss Artikel 15a und 15b in der Wahl der Spitalstandorte und des Leistungsspektrums eingeschränkt. Somit ist ihre Möglichkeit zur Generierung von Zusatzrenditen signifikant geschmälert. Mit Artikel 81a soll ein solidarischer Ausgleich der unterschiedlichen Angebotschancen geschaffen werden. Die Ausgleichsabgabe wird jährlich erhoben.

Absatz 2

Diese Bestimmung sieht für die Ausgleichsabgabe einen Höchstsatz von 20 Prozent auf den massgebenden Erträgen von Zusatzversicherungen vor. Hat ein Spital beispielsweise CHF 3 Mio. solcher Erträge, müsste es maximal eine Ausgleichsabgabe in der Höhe von CHF 600 000 leisten. Der Regierungsrat wird ermächtigt, den Abgabesatz im Rahmen dieser Vorgabe auf Verordnungsstufe festzulegen. Bei dieser Festlegung wird er zwei Kriterien berücksichtigen: Einerseits muss der Abgabesatz genügend hoch sein, um einen wirksamen Ausgleich von Wettbewerbsverzerrungen

³⁴⁾ Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG

³⁵⁾ Rütsche, a.a.O., Rz. 54, 56

³⁶⁾ S. nachfolgende Erläuterungen zu Art. 139

³⁷⁾ wie bei allen anderen Staatsbeiträgen nach SpVG

³⁸⁾ Die Regelungen entsprechen jenen, die seinerzeit im Zusammenhang mit der Revision des SpVG 2014 ausgearbeitet wurden (vgl. auch Vortrag zum Spitalversorgungsgesetz, a.a.O.)

³⁹⁾ Selbst wenn dies durch das Bundesverwaltungsgerichtsurteil C-1698/2013 vom 7. April 2014 leicht relativiert wurde.

herbeizuführen. Andererseits sollte er nicht so hoch sein, dass Listenspitäler keine Anreize mehr haben, zusatzversicherte Leistungen zu erbringen

Artikel 81b

Die Erträge der Ausgleichsabgabe fliessen in den Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen. Dieser Fonds wird als Spezialfinanzierung nach Artikel 14 FLG geführt. Dabei gehen nach Artikel 14 Absatz 5 FLG sämtliche Verwaltungskosten zulasten der Spezialfinanzierung. Der Grosse Rat kann den Höchstbestand des Fonds durch Beschluss festlegen; damit soll gewährleistet werden, dass der Fonds nicht übermässig geäufnet wird. Überschüsse werden der Laufenden Rechnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gutgeschrieben.

Variante 2: Steueranlageerhöhung und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Artikel 81a

Zur Sicherstellung der für die Vorhaltung des gesetzlich vorgegebenen Spitalangebots erforderlichen Mittel wird eine Zuschlagssteuer auf den direkten Kantonssteuern erhoben (analog dem ehemaligen «Spitalzehntel»). Die Beschaffung der Mittel über die direkten Kantonssteuern berücksichtigt das Prinzip der Solidarität unter den Kantonseinwohnern und Kantonseinwohnerinnen. Alle Bürgerinnen und Bürger finanzieren das Spitalangebot mit, auch wenn sie selber nicht direkt von den regionalpolitisch motivierten Vorhalteleistungen eines Spitalstandortes profitieren.

Ein Hundertstel entspricht in etwa einem Steueraufkommen von CHF 14 Mio. Um den erwarteten, jährlichen Beitrag im mittleren zweistelligen Millionenbereich zu erzielen, sind drei Hundertstel nötig.

Die Erhöhung der Steueranlage, die gesamthaft zu mehr Steuereinnahmen führt, bedarf der Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder des Grossen Rates.⁴⁰⁾

Artikel 81b

Die Erträge aus dem Steueranlageanteil fliessen in den Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen. Dieser Fonds wird als Spezialfinanzierung nach Artikel 14 FLG geführt. Dabei gehen nach Artikel 14 Absatz 5 FLG sämtliche Verwaltungskosten zulasten der Spezialfinanzierung. Der Grosse Rat kann den Höchstbestand des Fonds durch Beschluss festlegen; damit soll gewährleistet werden, dass der Fonds nicht übermässig geäufnet wird. Dem Grossen Rat steht auch die Kompetenz zu, den Steueranlageanteil bei Überschüssen zu reduzieren. Überschüsse werden der Laufenden Rechnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gutgeschrieben.

Artikel 139

Der Rahmenkredit wird für eine definierte Anzahl von Beiträgen gesprochen, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Die Einführung einer Abgeltung von Vorhalteleistun-

gen aus regionalpolitischen Gründen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, bedingt eine differenzierte Regelung. Sie ist aus dem Rahmenkredit herauszulösen und ausgabenrechtlich separat zu regeln. Ansonsten besteht das Risiko, dass der Rahmenkredit für die nicht planbare Abgeltung von Vorhalteleistung mit Rechtsanspruch blockiert werden müsste. Dies könnte zu Lasten von Beiträgen gehen, die im Ermessen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion liegen (z.B. Beiträge für die ärztliche Weiterbildung, Psychiatrieversorgung).

Aus finanzpolitischen Gründen wird die Ausgabenbewilligungskompetenz für regionalpolitische Vorhalteleistungen dem Regierungsrat übertragen.

Die Umformulierung von Absatz 4 erklärt sich aus dem Einschub der regierungsrätlichen Ausgabenbewilligungskompetenz in Absatz 3.

Variante 2: Steueranlageerhöhung und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Artikel 2 Steuergesetz

Artikel 2 Absatz 5 StG⁴¹⁾ sieht vor, dass der Kanton keine Zuschlagsteuern erheben darf. Die Einführung einer Zuschlagssteuer für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen bedarf einer Ausnahme dieses Grundsatzes.

Inkrafttreten

Wie bei Gesetzen üblich, bestimmt der Regierungsrat das Inkrafttreten.

2.4 Finanzielle Auswirkungen

Bei Annahme der Initiative besteht faktisch ein Rechtsanspruch auf die Abgeltung von Vorhalteleistungen, obschon das bestehende Spitalversorgungsgesetz der zuständigen Behörde ein Ermessen einräumt.⁴²⁾ Im Gegenvorschlag wird der Rechtsanspruch explizit verankert.

Die Kosten der vorzuhaltenden Leistungen hängen sowohl vom verfügbaren Angebot (insbesondere bezogen auf das Fachpersonal), von der konkreten Nachfrage (Anzahl Spitalaufenthalte) sowie der Höhe der verrechenbaren Tarife (Basispreis mal Fallschwere) ab. Diese drei Grössen sind dynamisch und eine präzise Bezifferung deshalb unmöglich.

Für die näherungsweise Schätzung der Kostenfolgen des Gegenvorschlags stellen sich grundsätzlich dieselben Schwierigkeiten wie bei der Spitalstandortinitiative (siehe Anhang). Da im Gegenvorschlag sämtliche Standorte sowie das Leistungsangebot an den Hauptstandorten übernommen werden, ist er in seiner jährlichen Auswirkung nur geringfügig günstiger (CHF 24 bis 108 Mio.). Lediglich das Leistungsangebot der regionalen Standorte schlägt durch gesenkte Anforderungen etwas tiefer zu Buche.

⁴¹⁾ Steuergesetz vom 21. Mai 2000 (StG; BSG 661.11)

⁴²⁾ Art. 67 SpVG; Rütsche, a.a.O., Rz. 55

⁴⁰⁾ Art. 101c KV

Der kostenmässige Vorteil liegt beim Gegenvorschlag in der Dauer der Mehrbelastung: Die RSZ sind gehalten, umgehend Massnahmen zu ergreifen und beim Kanton entsprechende Anpassungen zu beantragen. Selbst wenn man auch hier von einer zweijährigen Umsetzungsfrist ausgeht, greift diese Regelung viel eher und belastet den Staatshaushalt insgesamt deutlich weniger.

2.5 Personelle und organisatorische Auswirkungen.

Die Initiative und der Gegenvorschlag zur Spitalstandortinitiative haben keine direkten personellen Auswirkungen.

2.6 Auswirkungen auf die Gemeinden

Die Gemeinden haben mit dem Gegenvorschlag die Möglichkeit, gestaltend auf das Versorgungsangebot einzuwirken. Es hängt indessen von der Ausgestaltung der Finanzierung beziehungsweise ihrer Finanzkraft ab, ob und in wie weit sie diese Möglichkeit auszuschöpfen vermögen.

2.7 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Spitäler sind wichtige Arbeitgeber in den Regionen. Sie bieten vergleichsweise gut bezahlte Arbeitsplätze, oft Teilzeitstellen, an. Zudem ist eine gute Gesundheitsversorgung ein Standortfaktor. Die volkswirtschaftliche Bedeutung von einzelnen Standorten ist insgesamt nicht sehr hoch. Zudem ist der Betrieb eines Akutspitals ausgesprochen teuer und beansprucht öffentliche Mittel in erheblichem Masse. Die Aufrechterhaltung eines Spitalstandorts aus volkswirtschaftlichen oder regionalpolitischen Gründen und für den Erhalt von Arbeitsplätzen ist nicht sinnvoll. Die in der Initiative angestrebte Sicherung von so genannten Nebenstandorten mit umfassender Grundversorgung hat in einer Gesamtbetrachtung keine positiven Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Der Gegenvorschlag ermöglicht flexible Lösungen in der lokalen Grundversorgung. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind im Vergleich zur Initiative besser.

3. Synopse

Element	Initiative	Gegenvorschlag	Abweichung
<i>Rechtsgrundlage</i>	Eigenes Gesetz	Anpassung SpVG	Geringfügig
<i>Leistungserbringer</i>	Öffentliche Spitäler	RSZ	Geringfügig
<i>Standorte</i>	- Hauptstandorte - Regionale Standorte	- Hauptstandorte - Lokale Standorte	Keine

Element	Initiative	Gegenvorschlag	Abweichung
<i>Leistungsangebot: Hauptstandorte</i>	Keine Vorgabe	- Innere Medizin, Chirurgie - Gynäkologie/Geburtshilfe - Umfassende Notfallbehandlung	Neu
<i>Leistungsangebot: Nebenstandorte</i>	- Umfassende Spitalgrundversorgung - Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe, soweit bisher angeboten - Akutsomatische Notfallversorgung rund um die Uhr	- Basispaket - Innere Medizin und Chirurgie - Umfassende Notfallaufnahme rund um die Uhr	Erheblich
<i>Leistungsangebot: Subsidiarität, Spitalliste</i>	Keine Regelung	- Gewährleistungspflicht entfällt, wenn Angebot durch Dritte sichergestellt - Anforderungen Spitalliste gehen vor	Neu
<i>Geburtshilfe Riggisberg</i>	Muss wieder eröffnet werden (dito Zweisimmen)	Keine Regelung	Gross
<i>Leistungsangebot: Veränderungen</i>	Alle 8 Jahre kann GR auf Antrag RR über Änderungen befinden	RSZ können beim RR Änderungen beantragen; vorgängige Anhörung der Gemeinden. Handlungsspielraum RR: - Anpassung Spitalliste - Antrag an GR zur Anpassung von Art. 15a/b	Gross
<i>Einbezug Gemeinden</i>	Keine Regelung	Gemeinden können bei den RSZ Leistungen «einkaufen»	Neu
<i>Finanzierung</i>	Keine Regelung	- Rechtsanspruch auf Finanzierung der regionalpolitisch motivierten Vorhalteleistungen - Herauslösen aus dem Rahmenkredit	Neu

Element	Initiative	Gegenvorschlag	Abweichung
Mittelbeschaffung		Variante 1: Ausgleichsabgabe und Fonds: Abschöpfung Erträge aus Zusatzversicherung	Neu
		Variante 2: Spitalsteuer und Fonds: Erhöhung Steueranlage um 3/100	Neu
Inkrafttreten	Sofort mit Annahme durch das Volk	RR beschliesst	Gross

4. Antrag des Regierungsrates

Aus den vorstehend aufgeführten Gründen beantragt der Regierungsrat dem Grossen Rat, die Volksinitiative «Spitalstandortinitiative» abzulehnen und den Gegenvorschlag zu beschliessen.

Im Falle, dass den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern der regierungsrätliche Gegenvorschlag nicht unterbreitet werden sollte, spricht sich der Regierungsrat für die Ablehnung der Initiative aus.

Bern, 12. August 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Käser

Der Staatsschreiber: Auer

Anhang

Kostenfolgeschätzung der Spitalstandortinitiative und des Gegenvorschlags

Anhang: Kostenfolgeschätzung der Spitalstandortinitiative und des Gegenvorschlags

Erläuterung

Die Mehrbelastung für den Kantonshaushalt basiert auf der Übernahme der sogenannten Vorhaltekosten, die den Betrieben durch eine suboptimale Auslastung entstehen. Diese Kosten werden als Gemeinwirtschaftliche Leistungen anerkannt und gelten nach KVG als Aufrechterhaltung von Spitalkapazität aus regionalpolitischen Gründen. Vorhaltekosten lassen sich als Differenz zwischen denjenigen Kosten, die bei einer optimalen Auslastung anfallen würden und den Kosten der effektiv erbrachten Leistung darstellen. Da die im Betrieb anfallenden Kosten pro Fall und Abteilung sehr unterschiedlich sind und durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, wird im Berechnungsmodell vereinfachend davon ausgegangen, dass die Kosten der erbrachten Leistungen grundsätzlich durch die Tarifeinnahmen gedeckt sind. Hingegen verursacht die «Fehlmenge» einen ungedeckten Aufwand im Umfang der Fixkosten. Die Fixkosten werden im Spitalbereich auf 80% der Vollkosten (inkl. Anlagenutzung) geschätzt. Das Bundesverwaltungsgericht definiert in früheren Urteilen Auslastungen von unter 85% als Überkapazität. Modellhaft kann somit 85% als «tiefste optimale Auslastung» betrachtet werden. Höhere Werte – bis zu 90% – sind jedoch durchaus plausibel. Die aktuelle Auslastung der RSZ, welche ebenfalls näherungsweise geschätzt werden muss, liegt bei durchschnittlich rund 80% (betriebsindividuelle und saisonale Abweichungen nicht berücksichtigt). So gesehen sind die bernischen RSZ mit ihren insgesamt rund 80 000 Austritten pro Jahr bereits zum heutigen Zeitpunkt suboptimal ausgelastet und müssten ihre Strukturen grundsätzlich konsolidieren. Die Spitalstandortinitiative verhindert diese Konsolidierung allerdings durch Festschreibung von Standorten (Haupt- und regionalen Standorten) und deren Leistungsangebot. Somit ist davon auszugehen, dass der bestehende Kapazitätsüberhang bzw. der daraus resultierende Kostenüberhang nicht abgebaut werden kann und vom Kanton übernommen werden muss.

Da es nicht möglich ist, die künftig anfallenden Kosten der Aufrechterhaltung der Kapazität im Einzelfall zu ermitteln, müssen diese ebenfalls näherungsweise bestimmt werden. Als Hilfsgrösse werden die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten der RSZ herangezogen und mit der «Fehlmenge» multipliziert. Auch hier müssen Annahmen zu den Fallkosten (*Varianten: 9700 oder 10 000*) wie auch zum Schweregrad bzw. dem Casemix-Index (*Varianten: 0,9; 0,92, [0,86 – nur für Gegenvorschlag]*) getroffen werden, weil diese im Einzelfall, pro Jahr und Betrieb stark differieren können. Zur Ermittlung der «Fehlmenge» wird auf das aktuelle, durchschnittliche Mengengerüst (*Varianten: alle RSZ oder nur solche mit regionalen Standorten*) zurückgegriffen. Dieses wird auf eine «optimale Auslastung» hochgerechnet (*Varianten: 85%, 90%*), und einer geschätzten Minderauslastung (*Varianten: gleichbleibend 80%, auf 75% sinkend*) gegenübergestellt.

Auf diese Weise erhält man die Gesamtkosten der Vorhalteleistung sämtlicher RSZ. Das nachstehende Diagramm stellt die geschätzten Kostenfolgen einander gegenüber.

Berechnungsmodell

Methode und Parameter

Zielgrösse: zu übernehmende Vorhaltekosten

Jährliche Vorhaltekosten: $D = N \cdot \frac{r-o}{g} \cdot c \cdot K \cdot f$

Kosten Spitalstandortinitiative: $S = D \cdot (M + P)$

Kosten Gegenvorschlag: $G = D \cdot (A + P)$

wobei:

N: Anzahl Austritte über alle RSZ

r: aktuelle Auslastung der RSZ (in Prozent)

o: optimale Auslastung (in Prozent)

g: geschätzte Auslastung bei erschwerter oder verhinderter Anpassung der Spitalstrukturen oder Leistungsangebote (in Prozent)

c: durchschnittlicher Schweregrad, CMI (normierter Faktor)

K: durchschnittliche Fallkosten (in Franken)

f: Fixkostenanteil (in Prozent)

M: Dauer des Moratoriums (in Jahren)

A: durchschnittliche Dauer der Meldung einer Anpassung ohne zeitliche Begrenzung (in Jahren)

P: Prozedere von der Meldung an die GEF bis zum Wirksamwerden der Anpassung (in Jahren)

Annahmen, Plausibilisierung und Varianten

Faktor	Quelle	Annahme	Werte	Beschreibung
N	Medizinische Statistik BFS	Die Anzahl Austritte über alle RSZ bleibt stabil	80 000 59 000*	aktuelle Anzahl Austritte aller RSZ aktuelle Anzahl Austritte der RSZ mit mehreren Standorten (d.h. ohne SZB, SRO), da Konsolidierungsbedarf v.a. bei diesen (Ein-Standort-Betriebe sind schon konsolidiert)
r	Krankenhausstatistik, Berechnungen GEF (GRULA)	Die aktuelle Auslastung ist korrekt ermittelt	80%°	Ausgangswert

Faktor	Quelle	Annahme	Werte	Beschreibung
o	Urteile Bundesverwaltungsgericht	Eine Auslastung von mindestens 85% gilt weiterhin als «KVG-konform»	85%* 90%	Kostendeckende Auslastung aktuell Erhöhte Auslastung (Effizienzgewinne)
g	Schätzung	Aufrechterhaltung von Kapazität führt zu Minderauslastung	80%* 75%	Die aktuelle Minderauslastung bleibt bestehen Der Kapazitätsüberhang vergrössert sich (durch weitere Abwanderung von Patienten in nicht betroffene Spitäler)
c	Medizinische Statistik BFS	Der jährliche Wechsel des SwissDRG-Groupers wirkt sich nicht (gravierend) auf den CMI eines Spitals aus	0,9* 0,92** 0,86***	Aktueller Durchschnittswert der RSZ Durchschnittswert bei komplexerem Leistungsangebot (Richtung Totalversorgung) Durchschnittswert bei reduziertem Leistungsangebot (Richtung Basismedizin)
K	Verhandelte/beantragte Baserates nach SwissDRG; Kostendaten der RSZ	Die Kosten bleiben konstant	9700.–*** 10 000.–**	Der Tarif deckt die Kosten, kein Defizit bei der Leistungserbringung (angestrebte Situation) Der Tarif deckt die Kosten nicht, Quersubventionierung aus dem Zusatzversicherungsbereich ist erforderlich (aktuelle Situation)
f	In den Leistungsverträgen mit den ehem. Öffentlichen/öffentlich subventionierten Spitälern (SpVG alt) verwendeter Ansatz	Der Anteil bleibt konstant	80%°	Erfahrungswert (inklusive Investitions- bzw. Anlagenutzungskosten)
M	Gesetzestext Spitalstandortinitiative	Das Verfahren wird 1× durchgespielt	8 Jahre**	Dauer des Moratoriums der Spitalstandortinitiative
A	Annahme	Das Verfahren wird 1× durchgespielt; für alle RSZ auf einmal	2,5 Jahre***	Durchschnittliche Dauer des Meldeverfahrens inkl. Anhörung der Gemeinden

Faktor	Quelle	Annahme	Werte	Beschreibung
P	Prozedurale Vorgaben zur Anpassung kantonaler Gesetze	An den Abläufen ändert sich nichts	2 Jahre*	Durchschnittliche Dauer der Anpassung der rechtlichen Grundlage (Gesetz) von der Meldung an die zuständige Kantonsbehörde bis zum Wirksamwerden des Beschlusses

° Fixer Wert

* plausibelste Werte (für beide Vorlagen)

** plausibler Wert für die Spitalstandortinitiative

*** plausibler Wert für den Gegenvorschlag

Ergebnisse

Spitalstandortinitiative

Je nach Ausprägung der Faktoren bzw. Wahl der Parameter resultieren für die Spitalstandortinitiative jährliche Vorhaltekosten in einer Spanne zwischen: CHF 25 753 500.–⁴³⁾ und CHF 110 400 000.–⁴⁴⁾. Multipliziert mit der Dauer⁴⁵⁾ ergibt dies Gesamtkosten von CHF 257 535 000.– bis CHF 1 104 000 000.–.

Wählt man nur die plausibelsten Kombinationen⁴⁶⁾, so reduziert sich die Spanne auf 73 600 000.– pro Jahr bzw. 736 000 000.– insgesamt. Der Durchschnitt aller plausibler Varianten liegt bei CHF 49 178 250.– pro Jahr bzw. CHF 491 782 500.– insgesamt.

SSI	min	Ø max (absolut)	max (plausibel)	Ø plausibel
p.a.	25 753 500.–	110 400 000.–	73 600 000.–	49 178 250.–
Total	257 535 000.–	1 104 000 000.–	736 000 000.–	491 782 500.–

⁴³⁾ Betroffen RSZ mit mehreren Standorten, Fehlbelastung 5%, unveränderter Schweregrad, kostendeckende Tarife (Minimalszenario Standortinitiative)

⁴⁴⁾ Betroffen alle RSZ, Fehlbelastung 15%, unveränderter Schweregrad, Kostenüberhang (Maximalszenario Standortinitiative)

⁴⁵⁾ 8 Jahre + 2 Jahre = 10 Jahre in allen Varianten der Spitalstandortinitiative

⁴⁶⁾ Minimalszenario wie oben; Maximalszenario realistisch: Fehlbelastung 10%; weitere Varianten:

- Wie Minimalvariante aber alle RSZ betroffen;
- Fehlbelastung 10%, Kostenüberhang, unveränderter Schweregrad;
- dito, aber alle RSZ;
- Alle RSZ betroffen, Fehlbelastung 5%, erhöhter Schweregrad, kostendeckende Tarife

Gegenvorschlag

Beim Gegenvorschlag ergeben sich je nach Wahl des Parameters jährliche Vorhaltekosten zwischen: CHF 24 608 900.–⁴⁷⁾ und CHF 108 000 000.–⁴⁸⁾. Multipliziert mit der Dauer⁴⁹⁾ ergibt dies Gesamtkosten von CHF 110 740 050.– bis CHF 486 000 000.–.

Betrachtet man auch hier nur die plausiblen Kombinationen⁵⁰⁾, so reduziert sich die Spanne auf 72 000 000.– pro Jahr bzw. 324 000 000.– insgesamt. Beim Gegenvorschlag beträgt der Durchschnitt der plausiblen Varianten CHF 44 443 886.– pro Jahr und CHF 199 997 486.– insgesamt.

GEVO	Min	Ø max (absolut)	max (plausibel)	Ø plausibel
p.a.	24 608 900.–	108 000 000.–	72 000 000.–	44 443 886.–
Total	110 740 050.–	486 000 000.–	324 000 000.–	199 997 486.–

⁴⁷⁾ Betroffen RSZ mit mehreren Standorten, Fehlbelastung 5%, verringerter Schweregrad, kostendeckende Tarife (Minimalszenario Gegenvorschlag)

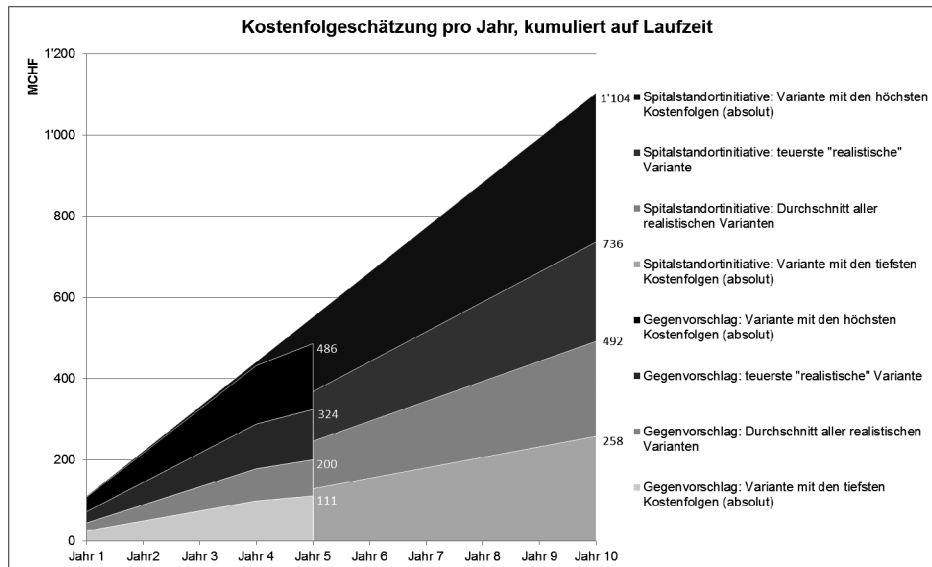
⁴⁸⁾ Betroffen alle RSZ, Fehlbelastung 15%, unveränderter Schweregrad, Kostenüberhang (Maximalszenario Gegenvorschlag)

⁴⁹⁾ 2,5 Jahre + 2 Jahre = 4,5 Jahre bei allen Varianten des Gegenvorschlags

⁵⁰⁾ Minimalszenario wie oben; Maximalszenario realistisch: Fehlbelastung 10%; weitere Varianten analog Spitalstandortinitiative, plus:

- RSZ mit mehreren Standorten, Fehlbelastung 10%, unveränderter Schweregrad, kostendeckender Tarif;
- dito aber reduzierter Schweregrad

Nachstehende Grafik zeigt die Spannbreite der Kostenfolgen, die sich aus den verschiedenen Kombinationen der Berechnungsparameter für die Spitalstandortinitiative und den Gegenvorschlag ergeben.



Antrag des Regierungsrates

Grossratsbeschluss betreffend die Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» und den Gegenvorschlag Änderung des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG)

Der Grosse Rat des Kantons Bern,
gestützt auf Artikel 58 der Kantonsverfassung vom 6. Juni 1993¹⁾,
auf Antrag des Regierungsrates,
beschliesst:

1. Es wird davon Kenntnis genommen, dass die vom Initiativkomitee «Spitalstandortinitiative» eingereichte Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» mit 25 945 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist (Regierungsratsbeschluss Nr. 139 vom 12. Februar 2014).
2. Die Gesetzesinitiative hat die Form eines ausgearbeiteten Entwurfs und lautet wie folgt:

«Gesetz über die regionalen Spitalstandorte

Art. 1 Zweck Dieses Gesetz bezweckt, für Stadt und Land und die gesamte Bevölkerung eine ausreichende, qualitativ gute und wirtschaftliche Spitalversorgung mit einer angemessenen Anzahl Spitäler im ganzen Kanton sicherzustellen.

Art. 2 Regionale Spitalstandorte Der Kanton stellt sicher, dass die öffentlichen Spitäler an den nachfolgend aufgeführten Standorten betrieben werden und die kantonalen und eidgenössischen Vorgaben an die Spitalversorgung erfüllen:

Hauptstandorte:

- Bern
- Biel
- Burgdorf
- Interlaken
- Langenthal
- Thun

¹⁾ BSG 101.1

Gemeinsamer Antrag des Regierungsrates und der Kommission

Grossratsbeschluss betreffend die Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» und den Gegenvorschlag Änderung des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG)

Der Grosse Rat des Kantons Bern,
gestützt auf Artikel 58 der Kantonsverfassung vom 6. Juni 1993¹⁾,
auf Antrag des Regierungsrates,
beschliesst:

1. Es wird davon Kenntnis genommen, dass die vom Initiativkomitee «Spitalstandortinitiative» eingereichte Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» mit 25 945 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist (Regierungsratsbeschluss Nr. 139 vom 12. Februar 2014).
2. Die Gesetzesinitiative hat die Form eines ausgearbeiteten Entwurfs und lautet wie folgt:

«Gesetz über die regionalen Spitalstandorte

Art. 1 Zweck Dieses Gesetz bezweckt, für Stadt und Land und die gesamte Bevölkerung eine ausreichende, qualitativ gute und wirtschaftliche Spitalversorgung mit einer angemessenen Anzahl Spitäler im ganzen Kanton sicherzustellen.

Art. 2 Regionale Spitalstandorte Der Kanton stellt sicher, dass die öffentlichen Spitäler an den nachfolgend aufgeführten Standorten betrieben werden und die kantonalen und eidgenössischen Vorgaben an die Spitalversorgung erfüllen:

Hauptstandorte:

- Bern
- Biel
- Burgdorf
- Interlaken
- Langenthal
- Thun

¹⁾ BSG 101.1

Regionale Standorte:

- Aarberg
- Frutigen
- Langnau
- Moutier
- Münsingen
- Riggisberg
- St-Imier
- Zweisimmen

Art. 3 Umfassende Grundversorgung ¹Die Spitäler an den regionalen Standorten gewährleisten die Spitalgrundversorgung in Zusammenarbeit mit den Spitälern an den Hauptstandorten. Sie sind zudem Bindeglied zu den regionalen und lokalen Erbringern von Medizinaldienstleistungen und Notfallorganisationen.

² Die Spitäler an den regionalen Standorten müssen in der Lage sein, eine umfassende Spitalgrundversorgung anzubieten. Dazu gehören die Gewährleistung einer akutsomatischen Notfallversorgung rund um die Uhr sowie insbesondere die Leistungen der Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe, soweit diese bisher angeboten wurden.

Art. 4 Berichterstattung, Änderungen ¹Der Regierungsrat erstattet dem Grossen Rat alle acht Jahre Bericht über Situation und Entwicklung im Bereich der Spitalversorgung. Er stellt gleichzeitig Antrag an den Grossen Rat auf allfällige Änderungen.

² Der Grosse Rat nimmt den Bericht zur Kenntnis. Über Anträge des Regierungsrats entscheidet er in Form eines dem fakultativen Referendum unterstehenden Sachbeschlusses.

Art. 5 Vollzug Der Regierungsrat vollzieht das vorliegende Gesetz.

Art. 6 Übergangsbestimmung Die Geburtsabteilung des Spitals Riggisberg ist mindestens bis zur ersten Berichterstattung gemäss Art. 4 Abs. 1 dieses Gesetzes zu betreiben.

Art. 7 Inkrafttreten Dieses Gesetz tritt sofort mit Annahme durch das Volk in Kraft.»

Regionale Standorte:

- Aarberg
- Frutigen
- Langnau
- Moutier
- Münsingen
- Riggisberg
- St-Imier
- Zweisimmen

Art. 3 Umfassende Grundversorgung ¹Die Spitäler an den regionalen Standorten gewährleisten die Spitalgrundversorgung in Zusammenarbeit mit den Spitälern an den Hauptstandorten. Sie sind zudem Bindeglied zu den regionalen und lokalen Erbringern von Medizinaldienstleistungen und Notfallorganisationen.

² Die Spitäler an den regionalen Standorten müssen in der Lage sein, eine umfassende Spitalgrundversorgung anzubieten. Dazu gehören die Gewährleistung einer akutsomatischen Notfallversorgung rund um die Uhr sowie insbesondere die Leistungen der Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe, soweit diese bisher angeboten wurden.

Art. 4 Berichterstattung, Änderungen ¹Der Regierungsrat erstattet dem Grossen Rat alle acht Jahre Bericht über Situation und Entwicklung im Bereich der Spitalversorgung. Er stellt gleichzeitig Antrag an den Grossen Rat auf allfällige Änderungen.

² Der Grosse Rat nimmt den Bericht zur Kenntnis. Über Anträge des Regierungsrats entscheidet er in Form eines dem fakultativen Referendum unterstehenden Sachbeschlusses.

Art. 5 Vollzug Der Regierungsrat vollzieht das vorliegende Gesetz.

Art. 6 Übergangsbestimmung Die Geburtsabteilung des Spitals Riggisberg ist mindestens bis zur ersten Berichterstattung gemäss Art. 4 Abs. 1 dieses Gesetzes zu betreiben.

Art. 7 Inkrafttreten Dieses Gesetz tritt sofort mit Annahme durch das Volk in Kraft.»

Antrag des Regierungsrates

3. Die Initiative wird gültig erklärt.
4. Der Grosse Rat lehnt die Initiative ab.
5. Die Initiative wird mit der Empfehlung auf Annahme des Gegenvorschlages der Volksabstimmung unterbreitet.

Bern, 12. August 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: *Käser*

Der Staatsschreiber: *Auer*

Gemeinsamer Antrag des Regierungsrates und der Kommission 18

3. Die Initiative wird gültig erklärt.
4. Der Grosse Rat lehnt die Initiative ab.
5. Streichen.

Bern, 14. Oktober 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: *Käser*

Der Staatsschreiber: *Auer*

Bern, 25. August 2015

Im Namen der Kommission

Die Präsidentin: *Zumstein*

Antrag des Regierungsrates

Spitalversorgungsgesetz (SpVG) (Änderung)

*Der Grosse Rat des Kantons Bern,
auf Antrag des Regierungsrates,
beschliesst:*

I.

Das Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG) wird wie folgt geändert:

Standorte

Art. 15a (neu) ¹Die RSZ führen Spitäler an den Hauptstandorten Bern, Biel, Burgdorf, Interlaken, Langenthal und Thun.

² Sie führen zudem Spitäler an den lokalen Standorten in Aarberg, Frutigen, Langnau, Moutier, Münsingen, Riggisberg, Saint-Imier und Zweisimmen.

³ Die Spitalführungspflicht entfällt, wenn am jeweiligen Standort ein Spital mit dem Leistungsangebot nach Artikel 15b durch einen anderen Leistungserbringer geführt wird.

Leistungsangebot

Art. 15b (neu) ¹Die RSZ gewährleisten in den Spitälern an den Hauptstandorten insbesondere Leistungen in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie und der Geburtshilfe. Sie stellen eine umfassende Notfallbehandlung sicher.

² Sie gewährleisten in den Spitälern an den lokalen Standorten insbesondere Leistungen in der Inneren Medizin und der Chirurgie. Sie stellen eine umfassende Notfallaufnahme sicher.

³ Die Gewährleistungspflicht der RSZ entfällt, soweit die Leistungen am jeweiligen Standort durch andere Leistungserbringer erbracht werden.

⁴ Die bundesrechtlichen Anforderungen an die Listenspitäler bleiben vorbehalten.

Veränderung
des Leistungs-
angebots

Art. 15c (neu) ¹Können die RSZ trotz Ausschöpfung aller betrieblichen und gesetzlichen Möglichkeiten die Spitäler gemäss Artikel 15a nicht mehr führen oder das Leistungsangebot gemäss Artikel 15b nicht mehr gewährleisten, melden sie dies schriftlich der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Gemeinsamer Antrag des Regierungsrates und der Kommission

Spitalversorgungsgesetz (SpVG) (Änderung)

Ablehnen.

² Die Meldung enthält eine Begründung, eine Dokumentation und die Stellungnahmen der betroffenen Einwohnergemeinden und Regionalkonferenzen.

³ Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beantragt dem Regierungsrat die notwendigen Massnahmen.

Art. 26 ¹Unverändert.

² Die RSZ können weitere Tätigkeiten ausüben, wenn diese in einem sachlich nahen Bezug zu ihren Leistungsaufträgen oder übertragenen Aufgaben stehen. Insbesondere können sie

a in Ergänzung zu den Universitätsspitalern Leistungen der Lehre und der Forschung erbringen und

b Leistungen zugunsten von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die der Gemeindegesetzgebung unterstehen, erbringen.

Abgeltung von
Vorhalteleistungen
1. Aus regionalpolitischen Gründen

Art. 67 ¹Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gilt im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Vorhalteleistungen der RSZ ab, die zur Aufrechterhaltung des Leistungsangebots aus regionalpolitischen Gründen nach Artikel 15b notwendig sind.

² Vorhalteleistungen werden abgegolten, wenn sie trotz effizientem Betrieb nicht mit Versicherungsleistungen und Leistungen der Selbstzahlerinnen und Selbstzahler finanziert werden können.

2. Aus versorgungsnotwendigen Gründen

Art. 68 ¹Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Vorhalteleistungen der RSZ aus versorgungsnotwendigen Gründen abgelden, die über das Leistungsangebot nach Artikel 15b hinausgehen.

² Sie kann im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Vorhalteleistungen der anderen Listenspitäler und der Listengeburtshäuser aus versorgungsnotwendigen Gründen abgelden.

³ Vorhalteleistungen können abgegolten werden, wenn sie

a trotz effizientem Betrieb nicht mit Versicherungsleistungen und Leistungen der Selbstzahlerinnen und Selbstzahler finanziert werden können und

b aufgrund der kantonalen Versorgungsplanung versorgungsnotwendig sind oder aufgrund von Verhältnissen, die sich seit der letzten Versorgungsplanung wesentlich verändert haben, versorgungsnotwendig geworden sind.

Variante 1: Ausgleichsabgabe und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen**2.7 (neu) Ausgleichsabgabe**

Art. 81a (neu) ¹Die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion erhebt gegenüber jedem im Kanton Bern gelegenen Listenspital jährlich eine Ausgleichsabgabe auf den Vergütungen, die die Zusatzversicherer diesem für Behandlungen ausrichten, sofern diese einen Sockelbeitrag aus einer Sozialversicherung ausgelöst haben.

² Die Ausgleichsabgabe beträgt höchstens 20 Prozent der Vergütungen nach Absatz 1. Der Regierungsrat legt den Abgabesatz durch Verordnung fest.

³ Die Erträge der Ausgleichsabgabe werden dem Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen zugewiesen.

2.8 (neu) Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Art. 81b (neu) ¹Der Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen (Fonds) wird als Spezialfinanzierung nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG)¹⁾ geführt.

² Er dient der Finanzierung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen.

³ Der Grosse Rat kann den Höchstbestand des Fonds durch Beschluss festlegen.

⁴ Überschüsse werden der Laufenden Rechnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gutgeschrieben.

Variante 2: Steueranlageerhöhung und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen**2.7 (neu) Steueranlageanteil für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen**

Art. 81a (neu) ¹Zur Finanzierung der Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen wird die Steueranlage der direkten Steuern um drei Hundertstel erhöht.

² Die Erträge aus dem Steueranlageanteil werden dem Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen zugewiesen.

¹⁾ BSG 620.0

2.8 (neu) Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Art. 81b (neu) ¹Der Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen (Fonds) wird als Spezialfinanzierung nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG)¹⁾ geführt.

² Er dient der Finanzierung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen.

³ Der Grosse Rat kann den Höchstbestand des Fonds durch Beschluss festlegen.

⁴ Sofern der Höchstbestand festgelegt und überschritten worden ist, kann der Grosse Rat den Steueranlageanteil reduzieren.

⁵ Überschüsse werden der Laufenden Rechnung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion gutgeschrieben.

Art. 139 ¹Der Grosse Rat beschliesst in der Regel alle vier Jahre einen Rahmenkredit für

a bis *e* Unverändert,

f die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus versorgungsnotwendigen Gründen,

g Unverändert.

² Unverändert.

³ Der Regierungsrat bewilligt die Ausgaben für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen.

⁴ Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion bewilligt die Ausgaben für

a die Abgeltung der Leistungserbringer des Rettungswesens,

b die Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen.

Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 5.

¹⁾ BSG 620.0

II.

Variante 2: Steueranlageerhöhung und Fonds für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen

Das Steuergesetz vom 21. Mai 2000 (StG) wird wie folgt geändert:

Art. 2 ^{1 bis 4} Unverändert.

⁵ Es werden mit Ausnahme des Steueranlageanteils für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen nach Artikel 81a des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG)¹⁾ keine Zuschlagssteuern erhoben.

III.

Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Bern, 12. August 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: *Käser*

Der Staatsschreiber: *Auer*

Bern, 14. Oktober 2015

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: *Käser*

Der Staatsschreiber: *Auer*

Bern, 25. August 2015

Im Namen der Kommission

Die Präsidentin: *Zumstein*

Das geltende Recht kann vor der Session bei der Staatskanzlei oder während der Session beim Weibeldienst bezogen werden.

¹⁾ BSG 812.11