

KANTON
NIDWALDEN

REGIERUNGSRAT

TEILREVISION DES GESETZES ÜBER DAS KANTONSSPITAL (SPITALGESETZ)

BERICHT ZUR EXTERNEN VERNEHMLASSUNG

1	Zusammenfassung	5
2	Ausgangslage	6
3	Gründe für die Revision	6
3.1	Neue Spitalfinanzierung nach KVG	6
3.1.1	Vorbemerkung	6
3.1.2	Geltende Spitalfinanzierung	6
3.1.3	Neue Spitalfinanzierung	7
3.2	Projekt LUNIS (<u>L</u> uzerner- <u>N</u> idwaldner <u>S</u> pitalregion)	10
3.2.1	Ausgangslage	10
3.2.2	Die Vorstudie LUNIS	10
3.2.3	Absichtserklärung der Kantonsregierungen von Luzern und Nidwalden	11
3.2.4	Erarbeitung rechtlicher Grundlagen LUNIS	11
3.2.5	Das LUNIS-Konzept	12
3.2.6	Der Nutzen von LUNIS	13
4	Wesentliche Elemente der Vorlage	14
4.1	Grundsatz	14
4.2	Organisation und Zuständigkeit	15
4.2.1	Landrat und Regierungsrat	15
4.2.2	Organe des Kantonsspitals	15
4.2.3	Leistungsauftrag und Betriebsführung	16
4.3	Finanzierung	16
4.3.1	Leistungsbezogene Fallpauschalen nach DRG	16
4.3.2	Investitionen und Übertragung der Spitalgebäude	17
4.4	Übergangsbestimmungen	18
5	Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen	18
5.1	Änderungen im kantonalen Spitalgesetz	18
5.2	Änderungen im Einführungsgesetz zum KVG (Krankenversicherungsgesetz)	23
6	Finanzielle und personelle Auswirkungen für den Kanton	24
6.1	Allgemeine Bemerkungen	24
6.2	Finanzielle Auswirkungen	24
6.2.1	Kosten für das Kantonsspital Nidwalden (KSNW)	24

6.2.2	Budget und Rechnung Kantonsspital (neue Finanzierung = Annahme)	25
6.3	Fallpauschalen	26
6.4	Ambulante Behandlungen	26
6.5	Mittel für die Finanzierung der Investitionen	26
6.6	Schlussfolgerungen	27
6.7	Personelle Auswirkungen	27
7	Zeitlicher Fahrplan	28

1 Zusammenfassung

Die Eidgenössischen Räte verabschiedeten am 21. Dezember 2007 die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der **Spitalfinanzierung**. Das revidierte Gesetz trat per 1. Januar 2009 in Kraft. Einzelne Bestimmungen wie die künftige Abgeltung der Spitäler werden auf den 1. Januar 2012 umzusetzen sein. Ein Kernpunkt sind die **leistungs- bzw. diagnosebezogenen Fallpauschalen nach SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups)** für die Vergütung der stationären Spitalleistungen.

Weitere wichtige Punkte sind die neue Spitalplanung, die freie Spitalwahl ohne Zusatzversicherung, die Gleichstellung der Privatspitäler mit den öffentlich-subsidierten Spitälern bei der Finanzierung von stationären Behandlungen sowie eine verbesserte Transparenz bei den Daten und Qualitätsindikatoren. Damit werden neue Rahmenbedingungen geschaffen, die eine höhere Transparenz schaffen und zu einer Sicherung der Qualität und des Wettbewerbs im Gesundheitswesen beitragen sollen.

Mit Einführung von SwissDRG werden die Spitäler vermehrt unter Kostendruck geraten. Die leistungsorientierte Finanzierung wird ineffizient erbrachte Leistungen nicht kostendeckend abgelden. Um die Versorgungssicherheit und die Qualität in der stationären Versorgung mit vertretbaren Kosten längerfristig zu gewährleisten, sollen die Versorgungsleistungen, Prozesse und Strukturen regional geplant und kantonsübergreifend bereitgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund haben die Kantone Luzern und Nidwalden gestützt auf eine Vorstudie zum **Projekt "LUNIS"** mit Datum vom 22. September 2009 eine Absichtserklärung unterzeichnet. In der Folge wurde das so genannte "Betreiber-Modell", d. h. die **Führung des Kantonsspitals Nidwalden (KSNW) durch das Luzerner Kantonsspital (LUKS)** konkretisiert und im Konzeptbericht "LUNIS" vom 26. Oktober 2010 zuhanden der beiden Kantonsregierungen zusammenfassend dargestellt.

Die beiden Kantonsregierungen sind sich einig, dass die angestrebten positiven Verbundeffekte des Betreiber-Modells – unter Aufrechterhaltung von Versorgungssicherheit und -qualität – zwingend Massnahmen auf folgenden Ebenen voraussetzen:

- Harmonisierung der Kompetenzregelungen und Entscheidungsprozesse;
- Inhaltliche und örtliche Koordination der beiden Leistungsaufträge auf Stufe Regierungsrat;
- Inhaltliche und örtliche Koordination der beiden Leistungsvereinbarungen auf Stufe Gesundheits- und Sozialdepartemente bzw. -direktionen (GSD);
- Identifikation von positiven Verbundeffekten und deren effiziente Umsetzung auf operativer Stufe.

Grundlagen und Dauer des "Betreiber-Modells" sind beim geplanten Modellstart per 1. Januar 2012 nicht vollumfänglich gesichert bzw. absehbar. Die finanziellen Auswirkungen von SwissDRG lassen sich zurzeit nicht abschätzen. In der Absichtserklärung haben die Kantonregierungen von Luzern und Nidwalden vereinbart, spätestens nach Ablauf von fünf Jahren Versuchs- bzw. Pilotphase zu prüfen, ob das "Betreiber-Modell" in Richtung gemeinsame Spitalregion bzw. gemeinsame Gesellschaft weiter ausgebaut werden soll. Der LUNIS-Rahmenvertrag beinhaltet deshalb auch gewisse Lösungsansätze zu möglichen Modell-Entwicklungen.

Trotz gewichtiger offener Fragen im Bereich der neuen Spitalfinanzierung und Spitalplanung müssen Neuerungen eingeführt und einige Bestimmungen im bestehenden Spitalgesetz geändert oder aufgehoben werden.

2 Ausgangslage

Am 24. Mai 2000 genehmigte der Landrat einstimmig das bis heute geltende Spitalgesetz, welches das Kantonsspital Nidwalden (KSNW) beauftragte, die stationäre medizinische Grundversorgung sicherzustellen, ambulante Patientinnen und Patienten zu behandeln sowie eine ständige Notfallversorgung und den Ambulanzdienst mit Strassenfahrzeugen sicherzustellen. Der Regierungsrat setzte das Spitalgesetz auf den 1. Januar 2001 in Kraft. Dank dem bewährten Spitalgesetz verfügt das KSNW als selbständige Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit seit einem Jahrzehnt über ein hohes Mass an unternehmerischer Selbständigkeit. Der Kanton auf der anderen Seite verfügt dank dieses schlanken Gesetzes über die notwendigen Instrumente, die ihm die Wahrnehmung des Controllings und der Aufsichtspflichten gut ermöglichen.

Allerdings hat sich in der Zwischenzeit die Spitallandschaft stark verändert, die eine Teilrevision des Spitalgesetzes zwingend erfordern. Eine kantonale Arbeitsgruppe prüfte deshalb einerseits aufgrund der **neuen Spitalfinanzierung** gemäss geändertem eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und andererseits aufgrund des **Grossprojekts LUNIS (Luzerner-Nidwaldner Spitalregion)** den Anpassungsbedarf für das kantonale Spitalgesetz. Diese Arbeitsgruppe setzte sich wie folgt zusammen:

- Armin Eberli, Landratssekretär NW (Leitung)
- Andreas Scheuber, Direktionssekretär GSD NW (Projektleiter LUNIS)
- Oscar Amstad, Finanzverwalter NW
- Karen Dörr, Controllerin/Ökonomin GSD NW

3 Gründe für die Revision

3.1 Neue Spitalfinanzierung nach KVG

3.1.1 Vorbemerkung

Aufgrund Art. 3 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) ist die Gesundheitsversorgung und damit die Spitalversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Nach Art. 117 BV ist es aber Angelegenheit des Bundes, dass die Bevölkerung gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichert ist. Der Bund besitzt damit in einer wichtigen Schlüsselstelle eine Gesetzgebungskompetenz und greift über das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) indirekt massgeblich auf die kantonale Gesundheitsversorgung im stationären Spitalbereich ein.

3.1.2 Geltende Spitalfinanzierung

Das im Jahre 1996 in Kraft getretene KVG überträgt den Kantonen die Aufgabe, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu planen und darauf basierend eine Spitalliste zu erstellen (Art. 39 Abs. 1 d und e KVG). Die Spitalplanung und die Spitalliste dienen der Koordination des Leistungsangebots der stationären Spitalbehandlung, einer optimalen Nutzung der Ressourcen, der Eindämmung der Kosten und dem Abbau von Überkapazitäten. Nach geltendem Recht sind die Kantone bei der Spitalplanung weitgehend frei. Das KVG setzt lediglich voraus, dass die Planung den Bedarf der Kantonsbevölkerung an Spitalbetten decken, jedoch nicht überschreiten soll.

Nach Art. 5 Ziff. 2 und 3 des kantonalen Einführungsgesetzes vom 25. Oktober 2006 zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, NG 742.1) ist der Regierungsrat für die Festlegung der bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie die Liste der Spitäler und der anderen Einrichtungen zuständig.

Auf dieser Basis verabschiedete der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 1'133 vom 17. November 1997 die Spitalliste und nahm die Spitalplanung der Kantone Uri, Obwalden und Nidwalden zur Kenntnis, welche beschlossen hatten, die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung gemeinsam zu erstellen. Auf der Spitalliste des Kantons Nidwalden werden das öffentlich-rechtliche Kantonsspital Nidwalden und das Kantonsspital Obwalden (im Bereich Psychiatrie OW/NW) aufgeführt. Daneben sind das Luzerner Kantonsspital (LUKS), das Kantonsspital Basel, das Kantonsspital Aarau sowie die Hirslanden-Klinik St. Anna, Luzern als ausserkantonale Angebote für einzelne spezifische Leistungen genannt. Zusätzlich bestehen mit dem Inselehospital Bern, der Psychiatrischen Klinik Zugersee in Oberwil und der Privatklinik Meiringen AG Spitalabkommen. Die in der Spitalliste aufgeführten Spitäler sind zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen.

Der Kanton beteiligt sich heute grundsätzlich nur an den Kosten des KSNW und der Psychiatrie OW/NW. Vorbehalten ist allerdings die Kostenbeteiligung bei medizinisch indiziertem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Spital mit öffentlicher Trägerschaft sowie bei Notfällen (so genannte ausserkantonale Hospitalisationen nach Art. 41 Abs. 3 KVG). Diese macht heute jährlich rund 7 Mio. Franken aus. Bei öffentlichen übernehmen die Krankenversicherer maximal 50% der ausgewiesenen Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten. Die verbleibenden Kosten gehen zu Lasten des Trägers, d.h. in der Regel des Kantons. Für die auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler mit privater Rechtsträgerschaft übernehmen die Krankenversicherer für Grundversicherte sämtliche ausgewiesenen Betriebs- und Investitionskosten. Da sich nach heutigem Recht die Entschädigung nicht auf die Leistung, sondern auf die anrechenbaren Betriebskosten bezieht, spricht man auch von einer Objektfinanzierung.

3.1.3 Neue Spitalfinanzierung

Am 21. Dezember 2007 wurde die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung durch die Eidgenössischen Räte verabschiedet. Das revidierte Gesetz trat per 1. Januar 2009 in Kraft. Einzelne Bestimmungen wie die künftige Abgeltung der Spitäler werden erst auf den 1. Januar 2012 umzusetzen sein. Ein Kernpunkt sind **leistungsbezogene Fallpauschalen nach SwissDRG** (basierend auf dem Vollkostenprinzip und beruhend auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen) für die Vergütung der stationären Spitalleistungen.

Weitere wichtige Punkte sind die **neue Spitalplanung**, die **freie Spitalwahl** ohne Zusatzversicherung sowie die **Offenlegung von Daten und Qualitätsindikatoren**. Damit werden neue Rahmenbedingungen geschaffen, die nicht nur einheitlichere Finanzierungsregeln, sondern auch eine höhere Transparenz schaffen und zu einer Sicherung der Qualität und des Wettbewerbs im Gesundheitswesen beitragen sollen. Schliesslich wird die Position der bisher nicht subventionierten **Privatspitäler** durch die Gleichstellung im Finanzierungs- und Planungsmechanismus teilweise neu geregelt. Die kantonalen Spitalplanungen müssen bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben angepasst werden.

Das KVG verpflichtet die Kantone, wie bis anhin für sich allein oder gemeinsam mit anderen Kantonen eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung aufzustellen, wobei private Trägerschaften wie auch neu Geburtshäuser angemessen in die Planung einzubeziehen sind.

Die für die Planung massgeblichen Kriterien hat der Bundesrat gestützt auf Art. 39 Abs. 2ter KVG neu in den Art. 58 a bis 58 e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) festgelegt. Gemäss Art. 58 d KVV sind die Kantone explizit zur **interkantonalen Koordination der Planungen** verpflichtet.

Die Spitalplanung bildet auch weiterhin die **Grundlage für die Erstellung der Spitalliste**. Auf der Liste sind diejenigen inner- und ausserkantonalen Spitäler und Geburtshäuser aufzuführen, die notwendig sind, um das dem ermittelten Versorgungsbedarf entsprechende Angebot sicherzustellen. Die Kantone erteilen den auf ihrer Liste aufgeführten Einrichtungen einen Leistungsauftrag, der mit Auflagen, insbesondere zur Leistung eines Notfalldienstes, verbunden werden kann.

Spätestens ab 2012 werden die stationären Leistungen der Spitäler in der Regel mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach **DRG (DRG = Diagnosis Related Groups bzw. diagnosebezogene Fallgruppen)** entschädigt. Statt Kosten werden den Spitälern und Geburtshäusern somit künftig **Normpreise** vergütet. Die Fallpauschalen werden von den **Versicherern** und **Spitälern** im Rahmen von **Tarifverträgen** ausgehandelt (Art. 49 Abs. 1 und Art. 46 Abs. 1 KVG). Gemäss KVG ist der Kanton kein Tarifpartner; eine pro-aktive Einflussnahme auf die Preisbildung durch den Kanton ist nicht vorgesehen. Der Einfluss des **Kantons** beschränkt sich auf die **Genehmigung** der von den Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelten Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4 KVG) oder auf die Festsetzung eines behördlichen Ersatztarifs im Falle des Scheiterns der Tarifverhandlungen.

Das KVG weist die Entscheidungskompetenz in diesen Fragen direkt der Kantonsregierung zu, welche einzig zu prüfen hat, ob der Tarif mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Ein gestaltendes Eingreifen des Kantons in einen Verhandlungstarif würde die gesetzlich vorgesehene Tarifautonomie der Tarifpartner verletzen. Der Regierungsrat kann somit einem Tarifvertrag lediglich – aber immerhin - die Genehmigung erteilen oder verweigern und darf diesen nicht abändern. Zudem hat er vor seiner Entscheidung gemäss Art. 14 Abs. 1 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) den **Preisüberwacher** anzuhören und dessen Empfehlung in seiner Entscheidung anzuführen. Weicht der Regierungsrat von der Empfehlung des Preisüberwachers ab, hat er dies zu begründen (Art. 14 Abs. PüG). Nach der Rechtsprechung kommt der Empfehlung des Preisüberwachers wie bisher ein sehr hoher Stellenwert zu.

Der Entscheid über die Genehmigung bzw. Nicht-Genehmigung eines Vertragstarifs oder über die Festsetzung eines behördlichen Ersatztarifs durch den Regierungsrat kann mit Beschwerde beim **Bundesverwaltungsgericht** angefochten werden (Art. 53 Abs. 1 KVG). Darüber hinaus sind die Kantone auch bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur DRG beteiligt (Art. 49 Abs. 2 KVG) und führen gemeinsam mit dem Bundesrat Betriebsvergleiche zwischen den Spitälern durch (Art. 59 Abs. 8 KVG).

Neu umfassen die Fallpauschalen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die stationäre Spitalbehandlung im Gegensatz zur bisherigen Regelung auch die **Kostenanteile der Anlagennutzung**, d.h. die Abschreibung und Verzinsung der **Investitionen**. Daraus folgt grundsätzlich, dass die laufenden Erträge den Spitälern die Finanzierung der Investitionen ermöglichen müssen und dass für das Kantonsspital damit die Notwendigkeit der Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand in der bisherigen Form entfällt.

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen dürfen demgegenüber keine Vergütungen für **gemeinwirtschaftliche oder fallunabhängige Leistungen** enthalten. Zu diesen Leistungen zählt das KVG selber beispielhaft die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die universitäre Lehre und Forschung (Art. 49 Abs. 3 KVG) auf. Als Kosten für die universitäre Lehre gelten die praktische

und theoretische Ausbildung der Studierenden (insbesondere der Humanmedizin gemäss Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 des Bundes, MedBG; SR 811.11) bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie die Weiterbildung (insbesondere der Ärztinnen und Ärzte) bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Darunter werden namentlich die Sachkosten zur aus- und weiterbildenden Tätigkeit sowie die Lohnbestandteile von Personen verstanden, die gemäss Pflichtenheft ganz oder teilweise ausbildnerische Aufgaben haben. Die Löhne der **Assistenzärztinnen und -ärzte** sind indessen Betriebskosten der Spitäler und fallen **nicht** unter den Begriff „universitäre Lehre“. Ebenso gelten die Kosten für die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des medizinisch-technischen, des medizinisch-therapeutischen und insbesondere auch des Pflegepersonals als anrechenbare Kosten und sind im Rahmen der Tarifverhandlungen von den Tarifpartnern entsprechend zu berücksichtigen. **Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen gehen zu Lasten der Spitäler bzw. können diesen vom Kanton separat abgegolten werden.**

Der Kanton muss von den zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern oder Geburtshäusern vereinbarten (Fall-)Pauschalen künftig **mindestens 55 Prozent** übernehmen, die Krankenversicherer dementsprechend höchstens 45 Prozent. Er muss seinen prozentualen Anteil jeweils jährlich **bis zum 31. März des Vorjahres** festlegen (Art. 49 a Abs. 1 und 2 KVG). Die Festlegung des Kostenteilers ist in erster Linie ein Entscheid darüber, welcher Teil der Kosten der stationären Spitalbehandlungen in einem Kanton über die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kopfprinzip) und welcher Teil über Steuergelder (Leistungsprinzip) finanziert werden soll. Die erstmalige Festlegung des Kostenteilers hat der Kanton spätestens per 1. Januar 2012 vorzunehmen. Das KVG kennt **Übergangsbestimmungen**: Sofern die Durchschnittsprämie für Erwachsene am 31. Dezember 2011 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, kann der Kanton seinen Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens 2 Prozentpunkte betragen (Abs. 5 Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG). Ab 2017 muss der kantonale Anteil definitiv mindestens 55 Prozent betragen.

Eine zentrale Neuerung der neuen Spitalfinanzierung ist, dass der Kanton ab 2012 im Rahmen des von ihm festgelegten prozentualen Anteils auch die Vergütung für eine stationäre Behandlung in einem **nicht-kantonalen Spital** oder **Geburtshaus** auf der Nidwaldner Spitalliste oder jener eines andern Kantons zu übernehmen hat (Art. 49 a Abs. 1 KVG). Die bisherige Unterscheidung zwischen Spitälern mit einem Anspruch auf Subventionen der öffentlichen Hand und Spitälern, welche zwar für eine Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind, aber keinen Anspruch auf Beiträge der Kantone haben, besteht nicht mehr.

Spitäler die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können neu die Stellung eines **Vertragsspitals** erlangen (Art. 49 a Abs. 4 KVG). In dieser Position können die Spitäler den Versicherern auf vertraglicher Grundlage höchstens den gleichen Fallpauschalen-Anteil verrechnen, wie er einem Listen-Spital für eine analoge Behandlung auf der allgemeinen Abteilung geschuldet wäre. Eine finanzielle Beteiligung des Kantons erfolgt in diesen Fällen nicht.

Ein wesentliches Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist die **Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler**, wodurch sich der Gesetzgeber eine Verstärkung des Wettbewerbs verspricht. Dieses Ziel soll neben der Gleichstellung bei der Finanzierung der stationären Spitalleistungen insbesondere durch die **freie Spitalwahl** erreicht werden. Die Patientinnen und Patienten können ab 2012 nicht mehr nur unter den auf der Spitalliste des Kantons aufgeführten Einrichtungen frei wählen, sondern sie können anders als heute **auch ohne Spitalzusatzversicherung sämt-**

liche Listen-Spitäler aller Kantone in Anspruch nehmen (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Sie können also sozusagen selber bestimmen, in welchem Spital sie die notwendige stationäre Behandlung durchführen lassen.

Die Wahl des Spitals hat jedoch gewisse **Auswirkungen auf die finanzielle Beteiligung des Kantons und des Krankenversicherers**: Diese haben bei einer stationären Behandlung in einem ausserkantonalem Listen-Spital die Kosten grundsätzlich nur bis zur Höhe des Tarifs zu übernehmen, der im Wohnkanton der Patientin oder des Patienten gilt. Begeben sich beispielsweise Nidwaldner Patientinnen und Patienten in ein Spital nach Zürich, das sich auf der Spitalliste des Kantons Zürich befindet, dann muss der Kanton Nidwalden grundsätzlich nur 55% des Tarifs übernehmen, der für eine Behandlung im KSNW zur Anwendung gekommen wäre. Sofern also das ausserkantonale Spital teurer ist als das Wohnortspital, müssen die Patientinnen und Patienten für die Differenz selber aufkommen oder sie verfügen über eine Zusatzversicherung, welche die entsprechenden Mehrkosten übernimmt. Ist hingegen der Aufenthalt in einem ausserkantonalen Listen-Spital **medizinisch indiziert**, was beispielsweise häufig im Luzerner Kantonsspital (Zentrumsspital) oder in den meisten Fällen in einem Universitätsspital der Fall ist, dann hat sich der Wohnkanton im Rahmen seines prozentualen Anteils gemessen am Tarif des ausserkantonalen Spitals an den Kosten zu beteiligen. Voraussetzung ist, dass die zuständige Behörde des Wohnkantons eine Kostengutsprache erteilt, weil im KSNW selber **kein entsprechendes stationäres Angebot** besteht oder ein **Notfall** vorliegt.

3.2 Projekt LUNIS (Luzerner-Nidwaldner Spitalregion)

3.2.1 Ausgangslage

Die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und insbesondere die Einführung von SwissDRG (diagnosebezogene Fallpauschalen) auf das Jahr 2012 werden die Spitäler vermehrt unter Kostendruck setzen. Die leistungsorientierte Finanzierung wird ineffiziente Leistungen nicht mehr genügend abgelden. Um die Versorgungssicherheit und Qualität in der stationären Versorgung mit vertretbaren Kosten langfristig zu gewährleisten, müssen die entsprechenden Versorgungsleistungen, Prozesse und Strukturen regional geplant und grenzübergreifend bereitgestellt werden.

3.2.2 Die Vorstudie LUNIS

Um für die Zukunft gerüstet zu sein, haben der Regierungsrat des Kantons Nidwalden sowie das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern (GSD LU) ab Herbst 2008 durch ein Projektteam eine Vorstudie erstellen lassen mit dem Ziel zu prüfen, in welcher Form die beiden Kantonsspitäler (LUKS und KSNW) als zusammengeführte Spitalorganisation im Rahmen einer Spitalregion Luzern-Nidwalden zu organisieren, zu finanzieren und zu betreiben wären. Im Vordergrund stand der Aufbau *einer* Spitalunternehmung.

Die Projektleitung LUNIS beantragte den beiden Kantonsregierungen von Luzern und Nidwalden, auf der Basis der Vorstudie einen Grundsatzentscheid zu fällen, ob und wenn Ja in welche Richtung weitere Projektabklärungen vorgenommen werden sollen.

Am 1. September 2009 trafen sich die beiden Kantonsregierungen in Luzern zu einer gemeinsamen Aussprache und beschlossen, das GSD LU sowie die Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden (GSD NW) hätten eine Absichtserklärung bzw. einen „Letter of Intent“ zu erarbeiten.

3.2.3 Absichtserklärung der Kantonsregierungen von Luzern und Nidwalden

Am 22. September 2009 (NW) und am 29. September 2009 (LU) stimmten die beiden Kantonsregierungen der Absichtserklärung vom 22. September 2009 zur Spitalversorgung bzw. Spitalregion Luzern – Nidwalden zu. Die beiden Gesundheitsdirektoren wurden ermächtigt, den Inhalt der Absichtserklärung zu kommunizieren, was sie am 26. Oktober 2009 an einer gemeinsamen Medienkonferenz in Stans taten.

Die beiden Kantonsregierungen einigten sich in der **Absichtserklärung** vom 22. September 2009 auf folgende Inhalte:

1. *Die Kantone Luzern und Nidwalden streben eine **gemeinsame Spitalversorgung bzw. Spitalregion Luzern-Nidwalden** an. Eine **Ausdehnung** auf weitere Kantone ist möglich.*
2. *Die stationäre Versorgung für die Bevölkerung der beiden Kantone soll eine **hohe Qualität** haben und **möglichst wirtschaftlich** erbracht werden. Um dies zu erreichen, muss das **Angebot** der beiden Kantonsspitäler eng aufeinander **abgestimmt** sein.*

*Das Kantonsspital Nidwalden soll deshalb mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (ab dem 1. Januar 2012) **durch das Luzerner Kantonsspital geführt** werden. Eine Arbeitsgruppe wird beauftragt, die in diesem Zusammenhang offenen Fragen zu prüfen und einen entsprechenden **Vertrag** auszuarbeiten.*

3. ***Spätestens nach fünf Jahren** ist zu prüfen, ob die beiden Kantonsspitäler in einer **gemeinsamen Firma** geführt werden sollen.*

In der Absichtserklärung wurde also mit anderen Worten festgehalten, dass die beiden Kantone eine regionale Lösung für die Spitalversorgung anstreben. Die Projektgruppe LUNIS wurde beauftragt, ein entsprechendes Lösungskonzept auszuarbeiten.

3.2.4 Erarbeitung rechtlicher Grundlagen LUNIS

Anfangs Februar 2010 erfolgte der Startschuss zur LUNIS-Konzeptphase. In sechs Teilprojekten (Recht, Medizin, Finanzen, Organisation & Infrastruktur, Spitalplanung und Kommunikation) wurden in der Folge die Grundlagen erarbeitet.

Die Resultate der Arbeitsgruppe **Rechtliches** bilden das Fundament für die Lancierung von LUNIS bzw. des entsprechenden Konzepts. Mit der Bearbeitung der rechtlichen Fragestellungen befasste sich folgende Arbeitsgruppe:

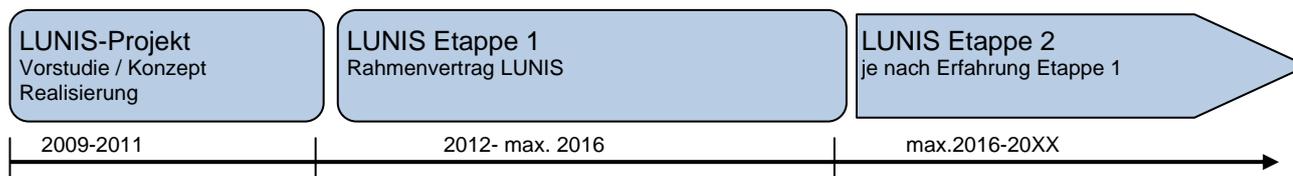
- Franz-Peter Bissig, Balmer-Etienne AG, Luzern (Leitung)
- Andreas Scheuber, Direktionssekretär GSD NW (Projektleiter LUNIS)
- Hanspeter Vogler, Leiter Abteilung Gesundheit GSD LU
- Armin Eberli, Landratssekretär NW
- Oscar Amstad, Finanzverwalter NW
- Benno Fuchs, Direktor LUKS
- Urs Baumberger, Direktor KSNW
- Robert Bisig, Stabschef Direktion LUKS
- Rolf Korner, TeamFocus AG

Ad hoc haben auch David Dürr (Leiter Dienststelle Spitäler GSD LU), Alexander Duss (Juristischer Mitarbeiter GSD LU) sowie Karen Dörr (Controlllerin/Ökonomin GSD NW) mitgearbeitet.

Die Arbeitsgruppe erarbeitete vorerst verschiedene rechtliche Lösungsvarianten für das gemäss Projektauftrag zu vertiefende „Betreiber-Modell“. An der Sitzung vom 29. März 2010 fällte der Projektausschuss LUNIS dann diverse Grundsatzentscheidungen, welche auf die Weiterausgestaltung der rechtlichen LUNIS-Grundlagen (und alle anderen LUNIS-Teilprojekte) massgeblichen Einfluss hatten.

3.2.5 Das LUNIS-Konzept

Der Projektausschuss LUNIS definierte an der Sitzung vom 29. März 2010 den Grundsatz, dass LUNIS in Etappen umzusetzen sei. Dabei sei darauf zu achten, dass in einer ersten Etappe keine Sachzwänge geschaffen werden, welche ein allfälliges „Zurück zur Ausgangslage“ verhindern würden. Dabei wurde nach einer Analyse der Ausgangslage von folgender LUNIS-Etappierung ausgegangen:



Der Unterschied zwischen Etappe 1 und Etappe 2 liegt vor allem darin, dass in Etappe 1 keine Massnahmen umgesetzt werden, welche die Autonomie der beiden Kantonsspitäler nachhaltig einschränken. Etappe 1 ist eine Weiterentwicklung der heutigen, losen Kooperation hin zu einer engen, alle Unternehmensbereiche einbeziehenden Zusammenarbeit. Etappe 1 ist auch eine Test- bzw. Pilotphase im Hinblick auf eine umfassendere Integration (evtl. Fusion) der beiden Unternehmen.

Kernstück des Konzepts ist die Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Etappe 1 von LUNIS. Der **LUNIS-Rahmenvertrag** dokumentiert die übereinstimmende Meinung aller Projektpartner (Kantone Luzern und Nidwalden) zu den rechtlichen Grundlagen. Folgende Grundsätze sind dabei zentral:

LUKS und KSNW bleiben je selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit. Dies ist die Konsequenz des Betreiber-Ansatzes (LUKS betreibt KSNW). Für den Start von LUNIS ist dies eine ideale Ausgangslage und lässt alle Optionen für die künftige Weiterentwicklung offen.

Spitalrat LUKS und Spitalrat KSNW sind personell identisch: Das LUKS und das KSNW verfügen je unverändert über die gesetzlich vorgesehenen Organe. Die beiden Spitalräte LUKS und KSNW sind ab 1.1.2012 jedoch personell identisch. Sie bestehen gemäss bestehendem Spitalgesetz Luzern und gemäss Entwurf des Spitalgesetzes Nidwalden (Teilrevision) je aus 5 - 9 Mitgliedern und konkret bei Modellstart aus 7 Mitgliedern, wovon 5 Personen (inkl. Präsidium) vom Kanton Luzern und 2 Personen vom Kanton Nidwalden vorgeschlagen bzw. gewählt werden.

Direktor LUKS und KSNW personell identisch: Die beiden Spitalräte delegieren die operative Geschäftsführung je an den gleichen Direktor. Dem Direktor steht eine gemeinsame Geschäftsleitung zur Verfügung, die vom LUKS gewählt wird, mit Ausnahme eines stellvertretenden Direktors, der vom Spitalrat KSNW eingesetzt wird. Der stellvertretende Direktor LUKS ist materiell der operative Leiter KSNW.

Geschäftsleitung LUKS und KSNW personell identisch: Die Spitalleitung KSNW wird (wie bereits im Spitalgesetz LU) im geänderten Spitalgesetz NW nicht mehr erwähnt, damit eine gemeinsame Geschäftsleitung mit LUKS möglich wird. Es wird aber weiterhin so sein, dass es pro Standort ein Führungsteam (Spitalleitung) geben wird, welches die lokalen Aufgaben aus dem Tagesgeschäft gemeinsam diskutiert und entscheidet.

Harmonisierung (rechtliche) Entscheidungsprozesse Kantone LU und NW: Die Entscheidungsprozesse und -kompetenzen werden zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden harmonisiert, indem der Leistungsauftrag an das KSNW neu durch den Regierungsrat NW (und nicht mehr durch den Landrat NW, welcher naturgemäss weiterhin über die Budgethoheit verfügt) erteilt wird. Der Leistungsauftrag des Regierungsrates NW erfolgt weiterhin ans KSNW und nicht ans LUKS.

Jeder trägt seine Kosten: Jeder Kanton trägt nach wie vor die Kosten "seines" Spitals. Eine Verlagerung von unternehmerischen Chancen und Risiken soll in Etappe 1 von LUNIS nicht erfolgen. Jedes Unternehmen führt weiterhin eine eigene Rechnung (nach dem Rechnungslegungs-Standard Swiss GAAP FER). Für standortübergreifende Führungsaufgaben (Direktor, Geschäftsleitung, Stab Direktion und Medizin LUKS) verrechnet das LUKS jährlich pauschal 90'000 Franken ans KSNW.

Mit den obigen Rahmenbedingungen wird sichergestellt, dass die strategische und operative Führung der beiden Unternehmen (Spitalrat, Direktor und Geschäftsleitung) ab 1.1.2012 aus einer Hand plant und handelt. Mit der Harmonisierung der politischen Prozesse sollen zudem gute Voraussetzungen für eine enge Kooperation mit allen involvierten Partnern geschaffen werden.

3.2.6 Der Nutzen von LUNIS

Mit der Zusammenführung der obersten Führungsebenen der beiden Kantonsspitäler werden die **Koordination und Planung über beide Unternehmen** in strategischen und wichtigen operativen Fragen sichergestellt. Ebenso wichtig wird es sein, dass auch auf Stufe Kantone / Regierungen bzw. Gesundheitsdepartement LU / Gesundheitsdirektion NW eine **systematische Koordination** in Bezug auf die Weiterentwicklung der beiden Kantonsspitäler stattfindet.

Verschiedene LUNIS-Arbeitsgruppen haben im Rahmen der Konzeptphase schon sehr konkrete Potentiale identifiziert, welche sich in den nächsten Jahren realisieren lassen. Diese lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Optimierung Patientenfluss:

Durch ein leicht optimiertes medizinisches Leistungsangebot des KSNW (z.B. durch konsiliarärztlichen Support des LUKS), soll der Standort Stans seine Rolle als führender Anbieter im Bereich der Grund- und Regelversorgung in seinem Einzugsgebiet stärken. Dadurch werden die KSNW-Infrastrukturen besser ausgelastet, was einen positiven Effekt auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität hat. Im Gegenzug sichert das Zusammengehen dem LUKS die Zuweisung von Patientinnen und Patienten aus dem Einzugsgebiet des KSNW für seine Zentrumsfunktion bzw. dieses kann in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin gefestigt werden. Durch eine optimale Abstimmung der medizinischen Leistungen zwischen dem KSNW und dem LUKS entsteht ein durchgängiges Versorgungsangebot. Trotz freier Spitalwahl werden die Patientinnen und Patienten dadurch grossmehrheitlich innerhalb der LUNIS-Spitäler behandelt werden können. Die Infrastrukturen sowohl des KSNW (Grundversorgung) als auch des LUKS (Zentrumsversorgung) bleiben auch unter zunehmendem Wettbewerb adäquat ausgelastet und entwicklungsfähig.

Skaleneffekte / Synergien:

Durch die Nutzung von Synergien und das Auspielen der Grösse (z.B. koordinierte Beschaffung, Investitionsplanung aus einer Hand, bessere Einkaufskonditionen - z.B. Apotheke -, stärkere Verhandlungspositionen gegenüber den Versicherern, gemeinsame Nutzung von teuren Infrastrukturen, Teilen von hochspezialisiertem Fachpersonal, Abbau von Doppelspurigkeiten usw.) können neben einer qualitativen Leistungsverbesserung auch Kosten eingespart bzw. Mehreinnahmen generiert

werden. Dabei ist von Vorteil, dass auf einer schon bestehenden und gewachsenen Zusammenarbeit der beiden Institutionen aufgebaut werden kann.

Die Quantifizierung des Nutzens dieser ersten Phase ist zum heutigen Zeitpunkt sehr schwierig. Die Projektgruppe geht davon aus, dass mittelfristig allein durch die Optimierung im Bereich des Patientenflusses jährliche Mehreinnahmen von zwei bis drei Mio. Franken sowohl für das KSNW wie auch für das LUKS realistisch sind. Auch im Bereich der Synergien / Skaleneffekte besteht ein grosses Kosteneinsparungspotential. Durch eine verbesserte Marktposition beider Institutionen können aber auch mehr Erlöse erwartet werden. Die Potentiale werden aber erst voll ausschöpfbar, wenn die nötigen Rahmenbedingungen (z.B. Vereinheitlichung der Informatik) realisiert worden sind. Dies wird vorerst (frühestens in Etappe 2) zu hohen, einmaligen Projektkosten führen.

Das Projekt LUNIS nimmt den auf die Unternehmungen bzw. Spitäler wirkenden Anpassungsdruck vorweg. Dieser Druck entsteht u.a. aufgrund der neuen Spitalfinanzierung, der weiteren Spezialisierung des Fachärztespersonals, dem Personalgewinnungsumfeld für qualifizierte (zunehmend subspezialisierte) Ärztinnen und Ärzte und anderes Fachpersonal sowie den zunehmenden Erwartungen an ein ausdifferenziertes Leistungsangebot. Letztlich stehen die Kantone Luzern und Nidwalden vor der Frage, wie viel sie von der Wertschöpfung der zu erbringenden Gesundheitsdienstleistungen in der Region halten oder an die urbanen Zentren abgeben wollen. LUNIS ist eine notwendige Voraussetzung für ersteres.

Der Startschuss von LUNIS fällt zusammen mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Zum heutigen Zeitpunkt sind die Auswirkungen dieser neuen Spielregeln auf die Kosten (-Entwicklung) von niemandem genau abschätzbar. Mit LUNIS entsteht aber in jedem Fall eine gute Ausgangslage, um auf die kommenden Herausforderungen mit einem kantonsübergreifenden, regionalen Ansatz (Spitalregion) zu reagieren.

4 Wesentliche Elemente der Vorlage

4.1 Grundsatz

Eine Teilrevision des Spitalgesetzes vom 24. Mai 2000 ist einerseits aufgrund der **neuen Spitalfinanzierung** gemäss geändertem eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und andererseits aufgrund des **Projekts LUNIS (Luzerner-Nidwaldner Spitalregion)** notwendig. Daraus ergeben sich mehrere Änderungen und Anpassungen in der Organisation und Betriebsführung, aber auch bei der Finanzierung und den Betriebseinrichtungen. Der Regierungsrat NW verpflichtet sich mit dem Rahmenvertrag LUNIS, im Hinblick auf das Betreiber-Modell die erforderlichen Rechtssetzungsverfahren zeitgerecht einzuleiten und voranzutreiben, damit die rechtlichen Erlasse von Nidwalden ab Inkrafttreten des Rahmenvertrages die materiellen Eckwerte aufweisen. Die relevanten Erlasse des Kantons Luzern sind bereits so ausgestaltet, dass für das Betreiber-Modell LUNIS die Eckwerte gelten.

Für die Umsetzung des Zukunftsprojekts LUNIS ist eine gleichartige Lösung in den Spitalgesetzen der Kantone Luzern und Nidwalden in den zentralen Bereichen notwendig. Sollte LUNIS wider Erwarten nicht zustande kommen bzw. nach einer vier- oder achtjährigen Versuchs- bzw. Pilotphase nicht (vollständig) realisiert werden können, so behält das zu revidierende Spitalgesetz trotzdem seine Gültigkeit. Wesentliche Anpassungen müssen ja aufgrund der neuen Spitalfinanzierung des KVG zwingend realisiert werden. Aufgrund LUNIS werden lediglich gleichartige Lösungen

vorbereitet, damit die Zusammenarbeit zwischen Nidwalden und dem Zentrumsanton Luzern reibungslos verlaufen kann.

Nachstehend werden die wichtigsten Elemente der Vorlage erläutert:

4.2 Organisation und Zuständigkeit

4.2.1 Landrat und Regierungsrat

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen nach DRG werden von den Versicherern und Spitälern im Rahmen von Tarifverträgen ausgehandelt. Gemäss KVG ist der Kanton kein Tarifpartner und eine Einflussnahme auf die Preisbildung durch den Kanton ist nicht vorgesehen. Der Einfluss des Kantons beschränkt sich auf die Genehmigung der von den Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelten Tarifverträge oder auf die Festsetzung eines behördlichen Ersatztarifs im Falle des Scheiterns der Tarifverhandlungen. Das KVG selber weist die Entscheidungskompetenz in diesen Fragen direkt der Kantonsregierung zu, welche zu prüfen hat, ob der Tarif mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Die Investitions- und Betriebskosten werden nicht mehr separat abgegolten. Auch die in Art. 5 des kantonalen Spitalgesetzes existierende Bewilligung eines Gesamtbeitrages fällt dahin. Der Aufgabenbereich von Landrat und Regierungsrat wird sich wesentlich verändern. Sie haben aber auch nach der Übertragung der Immobilien (siehe Kapitel 4.3.2) Möglichkeiten, auf das Leistungsangebot des verselbständigten Spitals und deren Bauvorhaben Einfluss zu nehmen, dies insbesondere über das Budget und den Leistungsauftrag. Allerdings betrifft der Einfluss über das Budget nur noch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen des KSNW und in Einzelfällen ausserordentliche Investitionen. Der Kanton bleibt Eigentümer des rechtlich verselbständigten KSNW.

Die Kompetenz zur Erteilung des Leistungsauftrags für das KSNW steht gemäss aktuellem Spitalgesetz dem Landrat zu. Diese soll in Übereinstimmung mit der im Kanton Luzern bereits geltenden Regelung ab Inkrafttreten des vorliegenden Rahmenvertrages beim Regierungsrat liegen. Dies ermöglicht es den neu zu organisierenden Führungsgremien und dem Regierungsrat, im weit härter werdenden Wettbewerb im Spitalbereich rasch zu handeln und zu reagieren.

4.2.2 Organe des Kantonsspitals

Gemäss den Spitalgesetzen der Kantone Nidwalden und Luzern werden die Mitglieder des Spitalrates je durch den Regierungsrat gewählt.

Für die Dauer des vorliegenden **Rahmenvertrages (Projekt LUNIS)** sollen sich die beiden Kantonsregierungen verpflichten, je einen Spitalrat von 7 personell identischen Mitgliedern zu etablieren. Die von der jeweils anderen Kantonsregierung vorgeschlagenen Vertretungen können vom wahlberechtigten Regierungsrat nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Sollten sich die beiden Kantonsregierungen nicht über das Vorliegen wichtiger Gründe einigen können, gelten die im Rahmenvertrag vorgesehenen Bestimmungen zur Konfliktbewältigung.

Für die Dauer des vorliegenden Vertrages verpflichten sich die zuständigen Organe des KSNW und des LUKS, je einen personell identischen Direktor zu wählen. Diesem obliegt während der Geltungsdauer des vorliegenden Vertrages die operative Leitung des LUKS *und* des KSNW. Er vertritt das LUKS und das KSNW je im Rahmen der geltenden Erlasse nach aussen.

Dem Direktor steht eine gemeinsame Geschäftsleitung zur Verfügung, die vom LUKS gewählt wird, mit Ausnahme eines stellvertretenden Direktors, der vom Spital-

rat KSNW vorgeschlagen wird. Der stellvertretende Direktor ist materiell der operative Leiter KSNW. Die Geschäftsleitung ist beratendes Gremium für den Direktor. Eine Geschäftsleitung über beide Unternehmen ist Voraussetzung dafür, dass LUNIS auch im operativen Betrieb (nicht nur auf Stufe Spitalrat/Direktor) zur Realität wird. Es wird aber weiterhin so sein, dass es pro Standort ein Führungsteam (Spitalleitung) geben wird, welches die lokalen Aufgaben aus dem Tagesgeschäft gemeinsam diskutiert und entscheidet. Die Organisation der Spitalleitung KSNW wird künftig im Organisationsreglement festgelegt.

4.2.3 Leistungsauftrag und Betriebsführung

Der Leistungsauftrag an das LUKS und derjenige ans KSNW sollen je eine gleiche Geltungsdauer aufweisen. Damit die erforderliche Basis für die Modell-Zielsetzung überhaupt geschaffen wird und positive Verbundeffekte erreicht werden können, verpflichten sich die beiden Kantonsregierungen von Luzern und Nidwalden, ihren Leistungsauftrag ans LUKS bzw. ans KSNW zeitlich, inhaltlich sowie örtlich unter Einbezug des KSNW bzw. des LUKS zu koordinieren. Dies gilt auch für allfällige Änderungen, die ausnahmsweise während der laufenden Geltungsdauer eines Leistungsauftrages vorgenommen werden. Der Regierungsrat NW und das KSNW werden betreffend Erneuerung des Leistungsauftrages rechtzeitig Gespräche aufnehmen.

Durch das Betreiber-Modell wird die juristische und wirtschaftliche Selbständigkeit je vom KSNW und vom LUKS nicht eingeschränkt. Die Organe und Vertreter von KSNW und LUKS handeln je namens und auf Rechnung der jeweiligen selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt. Das KSNW und das LUKS tragen deshalb weiterhin je getrennt ihre Kosten. Das Betreiber-Modell soll ausdrücklich nicht zu einer Verlagerung der unternehmerischen Chancen und Risiken führen.

4.3 Finanzierung

Der Regierungsrat nahm am 17. November 2009 vom Projekt „Neue Spitalplanung und Spitalfinanzierung 2012“ Kenntnis und beauftragte die Gesundheits- und Sozialdirektion, das Projekt an die Hand zu nehmen und umzusetzen. In der Folge setzte die Steuerungsgruppe drei verschiedene Arbeitsgruppen ein. Die Arbeitsgruppe 3 hatte unter anderem den Auftrag, eine eventuelle Überführung der Spitalbauten an das Kantonsspital zu prüfen. In diesem Zusammenhang war auch die Finanzierung der Investitionen durch die Einführung der neuen Fallpauschalen auf den 01.01.2012 (SwissDRG) zu überprüfen. Der Arbeitsgruppe 3 gehörten an:

- Oscar Amstad, Finanzverwalter NW (Leitung)
- Urs Baumberger, Direktor KSNW
- Nadja Born, Leiterin Finanz- und Rechnungswesen KSNW
- Karen Dörr, Controllerin / Ökonomin GSD NW
- René Mülle, Leiter Technik KSNW

4.3.1 Leistungsbezogene Fallpauschalen nach DRG

Da inskünftig die stationären Leistungen der Spitäler in der Regel mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach DRG entschädigt werden, erfolgt die Vergütung ans KSNW in Zukunft in Form von Normpreisen, und nicht mehr von Kosten. Die Fallpauschalen werden von den Versicherern und Spitalern im Rahmen von Tarifverträgen ausgehandelt. Die nach Art. 5 und 18 des kantonalen Spitalgesetzes notwendige Bewilligung eines Gesamtbeitrages fällt dahin.

4.3.2 Investitionen und Übertragung der Spitalgebäude

Die wichtigsten Änderungen im KVG im Bereich Investitionen:

- Künftig werden nicht mehr die ausgewiesenen Kosten, sondern im Voraus vereinbarte Fallpauschalen (Baserate mal Kostengewicht) vergütet.
- Bestandteil dieser Preise sind neu auch die Investitionskosten. Nach dem bisher geltenden Krankenversicherungsgesetz mussten die Kantone die Investitionskosten in den öffentlichen Spitälern und Kliniken allein finanzieren. Ab 2012 werden die Spitälern und Kliniken die Investitionskostenbeiträge direkt mit der Fallpauschale erhalten. Die Investitions- und Betriebskosten werden also nicht mehr separat abgegolten.
- Die Krankenversicherer werden ab 2012 die Investitionskosten mitfinanzieren müssen. Das KSNW erhält also ab 2012 knapp die Hälfte der Investitionskosten direkt von den Versicherern, während der Kanton andererseits auch rund die Hälfte der Investitionskosten an die Privatspitäler bezahlen muss, welche sich auf den Spitallisten befinden.
- Neu ist auch, dass die auf den kantonalen Spitallisten aufgeführten Privatspitäler gleich finanziert werden wie die öffentlichen Spitäler. Bisher mussten die Kantone keine Beiträge an die Privatspitäler leisten. Auch hier werden die Kantone ab 2012 etwa rund die Hälfte der Betriebs- und Investitionskosten mitfinanzieren müssen.
- Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Abs. 1 der Übergangsbestimmungen (KVG) zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreiten, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Spätestens per 1. Januar 2017 beträgt der Anteil des Kantons mindestens 55 Prozent.
- Schliesslich gilt ab 2012 die freie Spitalwahl. Die Patientinnen und Patienten können auch ohne Zusatzversicherung unter den auf einer Spitalliste aufgeführten Spitälern wählen, wo sie sich behandeln lassen wollen. Der Kanton muss seinen Kostenanteil nach dem Tarif der Referenzspitäler (Spitalliste Nidwalden) an dieses Spital leisten.

Würden die Spitalgebäude nicht übertragen, hätte das KSNW insbesondere gegenüber den Privatspitälern einen grossen Wettbewerbsnachteil. Obwohl diese in gleicher Masse vom Kanton mitfinanziert werden müssen, könnten sie im Gegensatz zum KSNW ohne langwierige politische Prozesse rasch bestimmen, wo was gebaut wird. Aber auch gegenüber den meisten öffentlichen Spitälern wäre das KSNW im Nachteil. Die Übertragung der Spital- und Klinikgebäude wird zurzeit in fast allen Kantonen bearbeitet oder wurde teilweise bereits vollzogen.

Die Übertragung der Spitalgebäude ändert nichts daran, dass der Kanton auch weiterhin für die Gesundheitsversorgung der Nidwaldner Bevölkerung verantwortlich bleibt. Regierungsrat und Landrat haben auch nach der Übertragung der Immobilien Möglichkeiten, auf das Leistungsangebot des verselbständigten Spitals und deren Bauvorhaben Einfluss zu nehmen, dies insbesondere über das Budget (Landrat und Regierungsrat: gemeinwirtschaftliche Leistungen und ausserordentliche Investitionen) und den Leistungsauftrag (Regierungsrat). Der Kanton bleibt Eigentümer des rechtlich verselbständigten Kantonsspitals.

4.4 Übergangsbestimmungen

Es sollen die Gebäude auf der kantonseigenen Liegenschaft (Parzelle 357) an der Ennetmooserstrasse (Gemeinde Stans) übertragen werden. Das Personalhaus 2 (Parzelle 468 = 5'806 m²) verbleibt im Eigentum des Kantons. Die Parzelle 357 weist eine Fläche von 26'601 m² aus. Auf dieser Parzelle steht auch die Unterkunft für Asylsuchende. Es ist vorgesehen, für diese Unterkunft eine Abparzellierung durchzuführen. Die verbleibende Fläche sollte durch die Güterschätzung des Kantons geschätzt werden und dem KSNW im Baurecht zur Verfügung gestellt werden. Im Baurechtsvertrag sind die Bedingungen zu formulieren und insbesondere der Baurechtszins zu regeln. Der Baurechtszins könnte auf der Basis der 10-jährigen Bundesanleihen mit zusätzlichen 25 Basispunkten verzinst werden (siehe Kapitel 6.2.1).

Die Gebäude sollen in Form einer Sacheinlage übertragen werden. Das Baurecht soll für eine Dauer von 50 Jahren eingeräumt werden. Der Baurechtszins wird in einem späteren Kapitel näher definiert.

Die Übertragung soll auf den 1. Januar 2012 erfolgen. Alle laufenden und noch nicht vollständig abgeschlossenen Bau- und Investitionsprojekte werden durch den Kanton fertiggestellt und im Zeitpunkt der Inbetriebnahme dem Kantonsspital übergeben. Die Sacheinlage wird zum Zeitpunkt der Übergabe neu festgelegt und richtet sich nach den abgerechneten Investitionskosten.

5 Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

5.1 Änderungen im kantonalen Spitalgesetz

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 4 Abs. 2 Unternehmerische Tätigkeit

Während Art. 3 des Spitalgesetzes den Hauptauftrag des Kantonsspitals Nidwalden (KSNW) umschreibt, öffnet Art. 4 und dabei insbesondere die neue Ziff. 4 die Möglichkeit zu freier unternehmerischer Tätigkeit. Diese muss sich jedoch mit den Aufgaben und dem Leistungsauftrag nach diesem Gesetz vertragen. Das KSNW ist beispielsweise frei, seine Dienstleistungen auszuweiten und Dritten anzubieten. Schon bisher konnte es sich zur Erfüllung des gemeinwirtschaftlichen Auftrages mit ausserkantonalen Leistungserbringern zusammenschliessen. Dies tat es mit dem Kantonsspital Obwalden. Neu kann es bei Bedarf einzelne Aufgaben gemäss Art. 3 des Spitalgesetzes durch andere Leistungserbringer (z.B. im Rahmen von LUNIS durch das LUKS) erfüllen lassen.

Art. 4 verleiht dem KSNW eine grosse, aber unter dem neuen, raueren Regime der neuen Spitalfinanzierung absolut notwendige Flexibilität, seine Verpflichtung zu wirtschaftlichem Handeln wahrnehmen und im härteren Wettbewerb bestehen zu können. Somit kann es besser den Verpflichtungen des KVG nachkommen, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu handeln und den zentralen Aspekten der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung nachzukommen, die nach Art. 77 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) verlangt werden.

II. ORGANISATION

A. Politische Behörden

Art. 5 Landrat

Gemäss Art. 61 Ziff. 12 der Kantonsverfassung (KV, NG 111) hat der Landrat die Oberaufsicht über die selbständigen Anstalten. Insbesondere hat er die jährlichen Rechenschaftsberichte zu genehmigen. Daran ändert sich nichts.

Der Landrat verfügt weiterhin über die Budgethoheit, die jedoch aufgrund der neuen Spitalfinanzierung des Bundes stark beschnitten wird, da die Kantone ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung ihren Anteil an den Kosten der stationären Behandlung als **gebundene Ausgaben** zu übernehmen haben. Dies ist der Wille des Gesetzgebers, der damit unter anderem bezweckte, dass im Gesundheits- und insbesondere im Spitalwesen der Wettbewerb mehr zum Tragen kommen solle.

Die Entscheidungsprozesse und -kompetenzen sollen zwischen Nidwalden und Luzern harmonisiert werden, indem der Leistungsauftrag an das KSNW neu durch den Regierungsrat NW, und nicht mehr durch den Landrat NW erfolgt. Dies passiert jedoch im Sinne der konsequenten Umsetzung des Betreiber-Modells weiterhin ans KSNW und nicht ans LUKS. Mit der Harmonisierung der politischen Prozesse und Kompetenzebenen wird dafür gesorgt, dass die Koordination innerhalb der beiden Kantone und die Abstimmung zwischen den Kantonen und den Unternehmen LUKS und KSNW mit einem Minimum an Aufwand stattfinden kann. Für den Erfolg von LUNIS ist es von grosser Bedeutung, dass nicht nur die Unternehmen kooperieren, sondern auch auf politischer Ebene eine enge Zusammenarbeit stattfindet.

Art. 6 Regierungsrat

Der Regierungsrat erhält im Hinblick auf das Betreiber-Modell LUNIS neu die Kompetenz zur Erteilung des Leistungsauftrags. Diese Angleichung an die Kompetenzregelung des Kantons Luzern ist für das Projekt LUNIS zwingend erforderlich.

Die Antragstellung für die Finanzbeschlüsse des Landrates beschränkt sich künftig auf die Beiträge gemäss Art. 18. Die bisherigen Finanzbeschlüsse entfallen mit der neuen Spitalfinanzierung.

Art. 7 Gesundheits- und Sozialdirektion

Der Leistungsauftrag, der vom Kanton dem KSNW erteilt wird, ist weiterhin unter Einbezug des Spitalrates und der Spitaldirektion von der Gesundheits- und Sozialdirektion zu erarbeiten. Sie hat aber neu - analog zum Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern - die Kompetenz zum Abschluss der (in der Regel jährlichen) Leistungsvereinbarung, die den Leistungsauftrag konkretisiert.

B. Organe des Kantonsspitals

Art. 9 Spitalrat

1. Zusammensetzung

Die personell identischen Spitalräte stellen sicher, dass auf strategischer Ebene über beide Unternehmen eine optimale Koordination stattfindet und beide Kantone mit den gleichen Spitalräten verkehren. Der jetzige Spitalrat des LUKS besteht gemäss Spitalgesetz Luzern aus 5 bis 9 Mitgliedern. Hier soll eine Angleichung erfolgen. Konkret sollen die personell identischen Spitalräte bei Modellstart aus 7 Mitgliedern bestehen, wovon 5 Personen (inkl. Präsidium) vom Kanton Luzern und 2 vom Kanton Nidwalden vorgeschlagen bzw. gewählt werden.

Art. 10 2. Aufgaben

Es soll explizit im Gesetz festgehalten werden, dass der Spitalrat auch die Führungsstrukturen des KSNW in einem (internen) Reglement festzulegen hat. Damit kann im Sinne einer Angleichung an das Luzerner Spitalgesetz auf die Nennung der Spitalleitung im Gesetz verzichtet werden. Dadurch verfügt die Führung einerseits über mehr Kompetenzen und kann trotzdem beispielsweise die Chefärztinnen und –ärzte in eine interne Spitalleitung integrieren, was im Übrigen für die Führung eines Spitals unumgänglich ist.

Wie auch beim Landrat und beim Regierungsrat fallen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung mehrere Kompetenzen bzw. Aufgaben weg (z.B. Antrag betr. Pauschalbetrag für den betrieblichen und baulichen Unterhalt).

Art. 11 Spitaldirektion

Mit oder ohne LUNIS braucht das KSNW eine Direktion. Im Falle von LUNIS delegieren die beiden Spitalräte die operative Geschäftsführung je an den gleichen Direktor. Ihm steht eine gemeinsame Geschäftsleitung zur Verfügung, die vom Spitalrat LUKS gewählt wird, mit Ausnahme eines stellvertretenden Direktors, der vom Spitalrat KSNW eingesetzt wird. Der stellvertretende Direktor LUKS ist materiell der operative Leiter KSNW.

Art. 12 Spitalleitung

Diese Bestimmung fällt weg. Die Organisation der Spitalleitung wird künftig im Organisationsreglement des KSNW festgelegt. Vergleiche dazu die Ergänzung in Art. 10 Abs. 2 Ziff. 3.

Art. 13 Revisionsstelle

Es wird neu der sprachlich geläufigere Begriff verwendet.

III. LEISTUNGSaufTRAG UND BETRIEBSFÜHRUNG

Art. 14 Leistungsauftrag

Neben der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung (Medizin des Häufigen) in den Bereichen Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Sicherstellung eines Notfalldienstes wird auch im Leistungsauftrag festgelegt werden müssen, welche so genannten gemeinwirtschaftlichen bzw. fallunabhängigen Leistungen zu erbringen sind. Diese richten sich nach Art. 49 Abs. 3 KVG. Danach gehören zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre.

Art. 14a Leistungsvereinbarung

Neu soll auch dieses Instrument im Gesetz aufgeführt werden. Bereits bisher wird jährlich zwischen der GSD und dem KSNW eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Allerdings ist die Basis nicht das Spitalgesetz, sondern lediglich der Leistungsauftrag. Dies soll neu analog zum Luzerner Spitalgesetz rechtlich sauber abgestützt werden. In der Leistungsvereinbarung werden die Auflagen und Bedingungen des Leistungsauftrages konkretisiert. So werden etwa das Controlling, das Reporting, die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen usw. näher umschrieben bzw. konkretisiert.

Art. 15 Betriebsführung und Organisation

Das KSNW hat den Verpflichtungen des KVG nachzukommen und muss seine Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbringen sowie den zentralen Aspekten der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung nachkommen. Damit dieser Steuerungsmechanismus voll zum Tragen kommt, muss das KSNW selber ein spitalinternes operatives Controlling einführen. Gerade in Anbetracht der grossen Herausforderungen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung muss das KSNW in diesem Bereich derart organisiert sein, dass eine reibungslose Zusammenarbeit mit dem bei der GSD angegliederten strategischen Controlling möglich ist.

Art. 16 Strategisches Controlling

Das bei der Gesundheits- und Sozialdirektion angesiedelte strategische Controlling ist von zentraler Bedeutung. Durch dieses Steuerungsinstrument, mit dem die Einhaltung des Leistungsauftrags überprüft wird, kann unter anderem vermieden werden, dass das KSNW sachfremde Dienstleistungen wahrnimmt.

IV. FINANZIERUNG

Art. 17 Dotationskapital

Das Dotationskapital beträgt heute gemäss Beschluss des Landrates 5 Mio. Franken. Das KSNW hat jedoch nach anfänglichem Bezug von 3 Mio. Franken sämtliches Dotationskapital zurückbezahlt, da sie die zur Verfügung gestellten Mittel nicht benötigten und der vereinbarte Zinssatz hoch war.

Mit der Übertragung der Liegenschaften soll das Dotationskapital entsprechend dem Übertragungswert erhöht werden. Der Zins für das Dotationskapital soll im Gegensatz zum Baurechtszins die Beschaffungskosten des Kantons Nidwalden zumindest decken. Zurzeit betragen die langfristigen Zinsen für den Kanton etwas über 2 Prozent. Per 1.1.2012 ist somit ein Dotationskapital (für den Buchwert per 31.12.2011 und die laufenden Projekte) von annähernd 50 Mio. Franken erforderlich.

Art. 17 erfährt im Rahmen dieser Teilrevision keine Änderung. Mit der Übertragung der Gebäude und Einrichtungen gemäss der Übergangsbestimmung (Art. 32a) wird aber der gestützt auf Art. 17 erlassene Landratsbeschluss vom 7. Februar 2001 über das Dotationskapital des Kantonsspital Nidwalden neu zu beschliessen sein, falls die Finanzierung über die Erhöhung des Dotationskapitals erfolgen wird.

Art. 18 Beiträge

Die so genannten **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** oder fallunabhängigen Leistungen sind von den stationären Leistungen zu unterscheiden. Das KVG nennt in Art. 49 Abs. 3 KVG beispielhaft die Aufrechterhaltung von stationären Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die universitäre Lehre und Forschung als gemeinwirtschaftliche Leistungen. Diese Kostenanteile dürfen nicht in den Fallpauschalen enthalten sein.

Auf schweizerischer Ebene gibt es von Seiten des Departements des Innern (Bundesamt für Gesundheit) bisher leider **noch keine** (einigermassen abschliessende oder erhellende) **Definition** der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Diese sollte aber in den nächsten Monaten folgen und wird im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zweifellos im Detail diskutiert werden.

In anderen Kantonen gelten beispielsweise als weitere heute bereits erbrachte gemeinwirtschaftliche Leistungen die Führung eines Krebsregisters, die Schule am Kinderspital Luzern oder das Projekt Praxisassistenten (Förderung der Hausärztinnen und -ärzte). Solche gemeinwirtschaftliche Leistungen, welche der Kanton beim

KSNW "bestellt", sind gemäss KVG separat abzugelten. Die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen untersteht auch nach der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung der Kreditbewilligung durch den **Landrat**, da diese finanzrechtlich keine gebundenen Ausgaben darstellen.

Die Festsetzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist aber aufgrund der vorgängigen Erwägungen noch offen und hängt wesentlich mit dem zu erteilenden Leistungsauftrag zusammen.

Investitionen nach dem 1. Januar 2012 sind grundsätzlich durch das KSNW zu planen und zu realisieren. Hierzu braucht es fachliches Know-how, welches im KSNW vor allem im Bereich Immobilien nur bedingt vorhanden ist. Eine Zusammenarbeit mit dem LUKS (Projekt LUNIS) würde auch in diesem Bereich zu erheblichen Synergien führen.

Die Finanzierung ist ebenfalls Sache des KSNW. Neben der Erhöhung des Dotationskapitals kommen auch **Darlehen** durch Dritte oder durch den Kanton in Frage. Im Falle der Finanzierung durch Dotationskapital oder durch Darlehen des Kantons ist ein marktkonformer Zins zu verrechnen. Der festzulegende Zinssatz hat sich primär nach den Beschaffungskosten richten.

Die Finanzierung der Investitionen hat gemäss geändertem KVG inskünftig einzig durch den Anteil an den Fallpauschalen erfolgen. Zum heutigen Zeitpunkt sind aber weder die Höhe der Fallpauschalen noch der Anteil für Investitionen bekannt. Gesicherte Aussagen über eine genügend hohe Dotierung der Finanzierungsmittel für Investitionen sind somit nicht vorhanden. Trotzdem muss das KSNW aber durch zweckgebundene Rückstellungen, welche aus den Pauschalen zu bilden sind, die notwendigen Investitionen finanzieren. Der Kanton Nidwalden will auch in Zukunft - mit oder ohne LUNIS - über ein Spital am Standort Stans verfügen können. Um den Betrieb langfristig sicherstellen zu können, sind auch inskünftig Ersatzinvestitionen sowie zukunftsgerichtete Neubauten erforderlich.

Aus diesem Grunde soll der Kanton dem KSNW in begründeten Fällen **Beiträge für Investitionen zur Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen** gewähren können. Der Spitalrat und die Spitaldirektion haben via Gesundheits- und Sozialdirektion dem Regierungsrat einen entsprechenden Antrag mit Begründung einzureichen. Nach Prüfung der Unterlagen hat der Regierungsrat dem **Landrat** Bericht und Antrag zu stellen. Dieser entscheidet vorbehältlich der verfassungsmässigen Finanzkompetenzen endgültig.

Art. 19 Ertrag

Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung setzen sich die Erträge des KSNW völlig anders zusammen und bestehen schwergewichtig aus den neu auszuhandelnden Fallpauschalen. Neu kommen auch die in Art. 18 aufgeführten Beiträge hinzu.

Art. 21 Budgetabweichungen bei gemeinwirtschaftlichen Leistungen

Es geht hier im Gegensatz zum bestehenden Spitalgesetz nicht mehr um die Beteiligung am gesamten Geschäftsergebnis, sondern aufgrund der neuen Spitalfinanzierung lediglich noch um Budgetabweichungen bei gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Exogene und endogene Faktoren können den Geschäftsgang eines Betriebes mit einem Globalbeitrag beeinflussen und zu Budgetabweichungen führen. Wenn diese nachweisbar auf Einflüsse zurückzuführen sind, die das KSNW nicht beeinflussen konnte (exogene Ursachen), sind sie vom Kanton zu tragen. Umgekehrt hat das KSNW bei von ihm beeinflussbaren Abweichungen diese dem Kanton zu vergüten. Der Entscheid über die Anerkennung der exogenen Ursachen wird zur Vereinfachung des Verfahrens wiederum dem Regierungsrat zugeteilt.

Art. 22 Reservefonds

Die Regelung des Reservefonds muss anders erfolgen, nachdem das KSNW aufgrund der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr die gleichen Möglichkeiten der Erarbeitung eines Gewinns hat und da mit der Übertragung der Liegenschaften das Dotationskapital entsprechend dem Übertragungswert erhöht werden muss.

V. BETRIEBSEINRICHTUNGEN

Dieses Kapitel wird aufgrund der Übertragung der Liegenschaften ersatzlos gestrichen.

VIII. ÜBERGANGS- UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 31 Rechtsschutz

Neu sollen auch Verfügungen und Entscheide des Regierungsrates beim Verwaltungsgericht angefochten werden können.

Art. 32a Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... 2011 **1. Betriebseinrichtungen**

Nach Berechnungen der kantonalen Finanzverwaltung beträgt der Buchwert der Gebäude gestützt auf eine Nutzungsdauer von nur 20 Jahren per 1. Januar 2010 rund 28.96 Mio. Franken (Spitalbauten inklusive geschützte Operationsstelle GOPS). Die laufenden Projekte der Jahre 2010 und folgende sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Der Bilanzwert per 01.01.2012 wird heute ohne die laufenden Projekte auf rund 22.88 Millionen Franken geschätzt, dies als Folge der Abschreibungen für die Jahre 2010 und 2011.

Die Übertragung erfolgt auf den 1. Januar 2012. Alle laufenden und noch nicht vollständig abgeschlossenen Bau- und Investitionsprojekte werden durch den Kanton fertiggestellt und im Zeitpunkt der Inbetriebnahme dem Kantonsspital übergeben. Die Sacheinlage wird zum Zeitpunkt der Übergabe neu festgelegt und richtet sich nach den abgerechneten Investitionskosten.

Im Rahmen des Baurechtsvertrages sind die Bedingungen zu formulieren und insbesondere der Baurechtszins zu regeln. Bis Ende 2011 sollte eine Einigung zustande gekommen sein, ansonsten der Landrat auf Antrag des Regierungsrates die Bedingungen der Übertragung festlegt.

Art. 32b 2. Wahl des neuen Spitalrates

Das revidierte Spitalgesetz soll am 1. Januar 2012 in Kraft treten. Da dies ausserhalb der Amtsdauer des Regierungsrates ist, muss eine Übergangsbestimmung vorhanden sein.

5.2 Änderungen im Einführungsgesetz zum KVG (Krankenversicherungsgesetz)

II. ORGANISATION UND ZUSTÄNDIGKEITEN

Art. 4 Ziff. 2 Landrat

Nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung sowie auch der neuen Pflegefinanzierung gemäss KVG fällt diese Bestimmung weg, da keine Gesamtbeiträge mehr gesprochen werden. Es handelt sich neu um gebundene Ausgaben, und der Finanzierungsmechanismus funktioniert völlig anders.

VI. FINANZIELLE BESTIMMUNGEN

Art. 34 2. Spitalkosten ausserkantonaler Spitäler

Dieser Artikel wird aufgehoben, da dies übergeordnet im Bundesgesetz KVG geregelt wird.

Art. 36 Globalbudget für Pflegeheime und Spitäler

Da Art. 4 Ziff. 2 wegfällt, muss auch diese Bestimmung gestrichen werden.

6 Finanzielle und personelle Auswirkungen für den Kanton

6.1 Allgemeine Bemerkungen

Was das Projekt LUNIS anbelangt, trägt jeder Kanton nach wie vor die Kosten "seiner" Spitals. Eine Verlagerung von unternehmerischen Chancen und Risiken soll in Etappe 1 von LUNIS nicht erfolgen. Das Personal und die Sachmittel des KSNW verbleiben in einer ersten Phase wie bisher in der Verantwortung des KSNW und werden nicht auf das LUKS übertragen.

Es sind keine Lösungskomponenten erwünscht, die das Betreiber-Modell irreversibel gestalten. Deshalb bleiben die Rechtsform, das Personalrecht und die Sachmittel der beiden Unternehmen bestehen. Sämtliche Kosten und Erträge werden weiterhin in entsprechend getrennten Buchhaltungen ausgewiesen. Allerdings soll dies inskünftig nach den gleichen Rechnungslegungsstandards erfolgen.

6.2 Finanzielle Auswirkungen

6.2.1 Kosten für das Kantonsspital Nidwalden (KSNW)

Das KSNW hat durch die Übertragung der Spitalgebäude und der Übernahme sämtlicher Ersatz- und Neuinvestitionen inskünftig mit folgenden Kosten zu rechnen (Schätzungen in 1'000 Franken):

Immobilienmanagement, zusätzlich	200	Synergien bei LUNIS
Baurechtszins	250	
Zins Dotationskapital	1'250	2.5% von 50 Mio.
Abschreibungen Medizintechnik	2'000	10% von 20 Mio.
Abschreibung des Übertragungswertes sowie der Ersatz- und Neuinvestitionen	3'000	5 % von 60 Mio.
Total pro Jahr	6'700	

Die Abschreibungen wurden einerseits gestützt auf die Investitionen in der Höhe von rund 63 Mio. Franken der letzten 20 Jahre (bis 2009) und andererseits der Investitionspauschale in der Höhe von rund 2 Mio. Franken berechnet. Insgesamt ergibt sich somit für einen Zeitraum von 20 Jahren ein Investitionsvolumen von rund 100 Mio. Franken. Diese Summe ergibt sich aufgrund der vorgegebenen Nutzungsdauer von 20 Jahren für die Immobilien bzw. von 10 Jahren für die Beschaffung der Medizintechnik.

Heute werden sämtliche Investitionen durch den Kanton getragen. Die daraus entstehenden Kosten setzen sich aus der Miete in der Höhe von 4.63 Mio. Franken, der Unterhaltungspauschale von 1.7 Mio. Franken und der Investitionspauschale von 2.3

Mio. Franken (Budget 2010) zusammen. Die gesamte Belastung des Kantons beträgt heute somit rund 8.6 Mio. Franken pro Jahr.

6.2.2 Budget und Rechnung Kantonsspital (neue Finanzierung = Annahme)

Finanzierung ab 2012			Hochrechnung 2010
in TCHF	alte Finanzierung	neue Finanzierung	Bemerkungen
ERTRAG			
Fallpauschalen (stationär)	23'000	38'070	
Total Ertrag stationär	23'000	38'070	DRG
Ärztliche Leistungen	2'100	2'100	
Technische Leistungen	3'470	3'470	
Total Ertrag ambulant	5'570	5'570	TARMED
Nichtärztliche Tarife	1'280	1'280	
Fremdleistungen	5	5	
Medikamente / Material	1'455	1'455	
Sonstiger med. Ertrag	130	130	
Total sonst. med. Ertrag	2'870	2'870	
Total Ertrag medizinisch	31'440	46'510	
Total Ertrag sonstiges	3'204	3'204	
TOTAL BETRIEBSERTRAG	34'644	49'714	
AUFWAND			
Personalaufwand	34'710	34'710	
Sachaufwand (ohne URE)	14'190	14'190	Unterhalt / Reparatur / Ersatz
Investitionen < TCHF 10	310	310	
Investitionen > TCHF 10	2'300	-	
Unterhalt / Reparaturen	1'700	1'700	
Miete Gebäude	4'630	-	
a.o. Ertrag / Aufwand	-16	-16	
Bewirtschaftung Gebäude	-	200	
Zins Baurecht	-	250	
Zins Dotationskapital	-	1'250	CHF 50 Mio / 2.5%
Abschreibungen Medizintechnik	-	2'000	CHF 10 Mio / 10%
Abschreibungen Übertrag / Ersatz- und Neuinvestitionen	-	3'000	CHF 60 Mio / 5%
TOTAL AUFWAND	57'824	57'594	
ERGEBNIS (vor Beitrag)	-23'180	-7'880	
Globalkredit	12'500		
Investitionspauschale	2'300		
Unterhaltungspauschale	1'700		
Beitrag Miete	4'630		
Ergebnis	-450		
Fallpauschalen (alt: Sockelbeiträge)	2'500		
Total BEITRAG KANTON	23'180	-	
Beitrag Gemeinwirtschaftliche Leistungen		??	Vorhalteleistungen / universitäre Lehre
ERGEBNIS (nach Beitrag)	-	-7'880	

Das Ergebnis ist einerseits auf die ungenügende Deckung der Investitionen (Anteil Fallpauschalen und Anteil ambulante Behandlungen) und andererseits auf strukturelle Probleme des KSNW, dabei insbesondere auf die betriebswirtschaftlich nicht optimale Grösse (teilweise zu wenig hohe Fallzahlen, gemeinwirtschaftliche Leistungen) zurückzuführen. Mit einer Steigerung der stationären Fälle und dem Projekt LUNIS sollen Skaleneffekte genutzt, die Durchschnittskosten infolge vermehrter Auslastung gesenkt und somit der Standort Stans für die Zeit nach 2012 gerüstet werden.

6.3 Fallpauschalen

Der Anteil für die Finanzierung der Investitionen wurde bei den obigen Berechnungen mit 12 Prozent der gesamten Fallpauschalen berücksichtigt.

Ertrag ab 2012			Hochrechnung 2010	
in TCHF	Anteil KK	Anteil Kanton	Total	Bemerkungen
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	8'677	10'605	19'282	
Allgemein Ausserkantonal	5'713	-	5'713	
Allgemein Unfall	1'640	-	1'640	
Halbprivat	5'511	2'838	8'349	Baserate 2010
Privat	2'418	668	3'086	Baserate 2010
	23'959	14'111	38'070	
für Investitionen 12%	2'875	1'693	4'568	

6.4 Ambulante Behandlungen

Der Anteil für die Finanzierung der Investitionen wurde mit 6 Prozent der Erträge aus ambulanten Behandlungen berücksichtigt.

Ertrag ambulant	6'850	-	6'850	TARMED (Ärztliche - und Technische Leistungen) nichtärztliche Tarife
für Investitionen 6 %	411	-	411	ambulant / Annahme : 6%, gemäss Aussage H+ Spitäler der Schweiz

6.5 Mittel für die Finanzierung der Investitionen

Unter der Annahme, dass der Anteil für Investitionen bei den Fallpauschalen rund 12 Prozent und bei den ambulanten Behandlungen rund 6 Prozent ausmacht, würde sich der jährlich zur Verfügung stehende Betrag zur Finanzierung der Investitionen wie folgt zusammensetzen:

Anteil für Investitionen aus Fallpauschalen	Ziff. 6.3	4'568
Anteil für Investitionen aus ambulanten Behandlungen	Ziff. 6.4	411
Total für Investitionen pro Jahr		4'979

Es stehen somit voraussichtlich rund 4.98 Mio. Franken zur Verfügung.

6.6 Schlussfolgerungen

Zur Finanzierung der Investitionen fehlen durchschnittlich folgende Mittel:

Kosten pro Jahr (Abschreibungen, Zinsen, usw.)	Ziff. 6.1	6'700
Vorhandene Mittel	Ziff. 6.5	4'979
Fehlbetrag pro Jahr		1'721

Bei einer angenommenen Nutzungsdauer von 20 Jahren sowie einem Zinssatz von 2.5 % auf dem durchschnittlichen Kapital würde dies einen Kantonsbeitrag von rund 27 Mio. Franken an Investitionen in einem Zeitraum von 20 Jahren bedeuten. Das KSNW würde dadurch von den jährlich wiederkehrenden Kosten um durchschnittlich 1.7 Mio. Franken entlastet.

Die gesamte Finanzierung des KSNW ab 2012 ist durch den Spitalrat und die Spitaldirektion umgehend zu analysieren und es sind Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind zu definieren und die Kosten zu ermitteln.

6.7 Personelle Auswirkungen

Da die beiden Kantonsspitäler (KSNW und LUKS) in der Versuchsphase zwei selbständige öffentlich-rechtliche Unternehmen bleiben, gibt es bezüglich Personal in der Versuchsphase LUNIS mit Ausnahme der obersten Führungsebene (Spitalrat, Direktion, Geschäftsleitung; Personell identische Gremien) keine Veränderungen. Dass aber eine Kultur der vermehrten intensiven Zusammenarbeit aufgebaut werden soll, versteht sich von selbst.

Bei Vakanzen oder Stellenwechseln von Kaderleuten (z.B. Chefärztinnen und -ärzte) kann gerade das KSNW stark profitieren, wenn beispielsweise nicht rasch eine geeignete Nachfolge gefunden werden kann. Es ist eine Tatsache, dass es immer schwieriger wird, geeignete Kaderleute für ein kleineres Spital zu finden. Das LUKS kann mit seinem viel grösseren Personalpool im Bedarfsfall aushelfen. Andererseits haben Angestellte des LUKS bei Eignung auch die Chance, im KSNW eine Stelle zu finden.

7 Glossar

akut	Plötzlich auftretende, schnell und heftig verlaufende Krankheiten und Schmerzen (Gegenteil: chronisch); Spitalaufenthalte < 10 Tage.
ambulant	Aufenthalte < 24h
DRG	Siehe SwissDRG .
Erweiterte Grundversorgung	Zusätzlich zum Angebot der Grundversorgung werden eine Intensivpflegestation sowie eine orthopädische Chirurgie geführt und erweiterte Dienstleistungen in den Bereichen bildgebende Diagnostik, Urologie und Gastroenterologie erbracht.
Fallpauschale	Eine Form der Vergütung von Leistungen im Gesundheitssystem. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie tagesgleiche Pflegesätze) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall.
GSD	Gesundheits- und Sozialdirektion (NW); Gesundheits- und Sozialdepartement (LU)
Grundversorgung	Die Medizin des Häufigen in den Bereichen allgemeine Innere Medizin, allgemeine Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, ergänzt durch die Dienste der Anästhesiologie und der Radiologie.
KSNW	Kantonsspital Nidwalden
LUKS	Luzerner Kantonsspital
LUNIS	Luzerner-Nidwaldner Spitalregion : Ein Grossprojekt der Kantone Luzern und Nidwalden sowie des KSNW und des LUKS.
Notfalleintritt	Nicht planbar; Voraussetzung sind Vorhalteleistungen in verschiedenen Bereichen (öffentliches Spital ist meist zur Führung einer Notfallstation verpflichtet).
stationär	Aufenthalte > 24h
SwissDRG	Diagnosis Related Groups (kurz DRG ; deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen oder Fallpauschalen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. In der Schweiz werden das auf Schweizer Verhältnisse zugeschnittene Fallpauschalen-System SwissDRG und die damit verknüpfte neue Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 eingeführt.
Zentrumsversorgung	Diese umfasst unter anderem selbständige Kliniken oder Institute für allgemeine Chirurgie, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Innere Medizin mit Ihren Spezialfächern, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Ohren-Nasen-Halsheilkunde, orthopädische Chirurgie, Pathologie, Radiologie, Radio-Onkologie usw.

8 Zeitlicher Fahrplan

Thema	Termine
Verabschiedung zuhanden der externen Vernehmlassung durch den Regierungsrat	08. Februar 2011
Externe und interne Vernehmlassung	Februar bis Mai 2011
Ende der Vernehmlassungsfrist	01. Mai 2011
Verabschiedung durch den Regierungsrat und Antrag an den Landrat	24. Mai 2011
Vorberatende Kommission (FGS)	1. Juniwoche 2011
Vorberatende Kommission (Fiko)	06. Juni 2011
1. Lesung im Landrat	06. Juli 2011
2. Lesung im Landrat	21. September 2011
Veröffentlichung im Amtsblatt	28. September 2011
Referendumsfrist	bis 28. November 2011
Inkrafttreten	01.01.2012

Stans, 08. Februar 2011

REGIERUNGSRAT NIDWALDEN

Landammann

Gerhard Odermatt

Landschreiber

Hugo Murer