

---

## INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	IX
Management Summary .....	XIII
Abkürzungsverzeichnis .....	XV
1 Einleitung .....	1
1.1 Problemstellung .....	2
1.2 Zielsetzung und Untersuchungsfragen.....	4
1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	5
2 Gesundheitswesen Schweiz .....	7
2.1 Gesundheitszustand der Schweizer und Schweizerinnen.....	7
2.2 Das Gesundheitssystem der Schweiz.....	8
2.2.1 Bund – Kantone – Gemeinden .....	8
2.2.2 Kranken- und Unfallversicherung .....	9
2.2.3 Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte .....	10
2.2.4 Apotheken und Drogerien .....	11
2.2.5 Spitäler.....	11
2.2.5.1 Spitallandschaft Schweiz und Entwicklung.....	12
2.2.5.2 Medizinische Leistungen .....	13
2.2.5.3 Einteilung nach Grösse .....	14
2.2.5.4 Einteilung nach Trägerschaft.....	15
2.2.5.5 Zukünftige Herausforderungen.....	16
2.2.6 Kosten und Finanzierung .....	16
2.2.6.1 Kosten.....	16
2.2.6.2 Kostenentwicklung .....	18
2.2.6.3 Finanzierung .....	19
2.2.7 Vergleich mit anderen Ländern .....	19
2.3 Änderungen in der Spitalfinanzierung .....	22
2.3.1 Spitalfinanzierung heute.....	22
2.3.2 Spitalfinanzierung morgen .....	24
2.3.3 SwissDRG .....	24
2.3.4 Auswirkungen der DRG auf die Spitalorganisation.....	25
3 Prozessorientierte Organisation .....	27

---

3.1	Entwicklung von Organisation.....	27
3.1.1	Taylorismus .....	27
3.1.2	Grenzen funktioneller Organisationen .....	28
3.2	Modernes Begriffsverständnis von Organisationen .....	31
3.3	Business Process Reengineering .....	34
3.4	Prozessgestaltung und –management.....	38
3.4.1	Prozessbegriff .....	42
3.4.2	Wertkettemodel nach Porter.....	44
3.4.3	Prozessdefinition.....	45
3.4.4	Kern-, Support- und weitere Prozesse .....	47
3.4.5	Prozessstrukturierung .....	49
3.4.6	Prozessdarstellung und –beschreibung .....	50
3.4.7	Prozesscontrolling und –optimierung .....	51
3.5	Rollen in Prozessorientierten Organisationen .....	52
3.5.1	Process-Owner .....	55
3.5.2	Prozessmanager.....	55
3.5.3	Case-Worker.....	56
3.5.4	Prozessteam.....	56
3.5.5	Prozesssteuergremium .....	57
3.5.6	Prozessmethodenberater .....	58
3.5.7	IT-Prozessentwickler.....	58
3.6	Prozessorientierte Organisationsgestaltung.....	59
3.6.1	Grundlegende Elemente .....	62
3.6.1.1	Prozessmanagement als Primär- und Sekundärorganisation .....	62
3.6.1.2	Kundenorientierung.....	63
3.6.1.3	Empowerment.....	64
3.6.1.4	Information .....	65
3.6.2	Ausgestaltung der Prozessorientierten Organisation....	66
3.6.2.1	Matrixorganisation.....	69
3.7	Kritische Würdigung.....	72
3.8	Prüfpunkte .....	75
4	Organisation Spital.....	79
4.1	Historische Entwicklung .....	79

---

4.2	Leistungen eines Spitals .....	80
4.3	Die traditionelle Spitalorganisation .....	85
4.3.1	Das triale Organisationsmodell .....	85
4.3.2	Die Geschäftsleitung .....	86
4.3.3	Der ärztliche Dienst.....	87
4.3.4	Der Pflegedienst .....	87
4.3.5	Der Verwaltungsdienst .....	88
4.4	Defizite der funktionalen Organisation und Konsequenzen .....	88
4.5	Krankenhausprozess .....	89
4.6	Struktur einer Prozessorganisation im Spital.....	91
4.7	Über die Struktur zum Kulturwandel .....	92
4.8	Ergänzung der Prüfpunkte .....	93
5	Prozessorganisation in ausgewählten Spitälern .....	95
5.1	Datenerhebung .....	95
5.1.1	Auswahl der Spitäler .....	95
5.1.2	Datenerhebungsverfahren .....	97
5.1.3	Datenaufbereitung und –auswertung .....	99
5.2	Beschreibung der untersuchten Spitäler .....	99
5.2.1	Typologie und Kennzahlen.....	99
5.2.2	Organisation Kantonsspital Aarau.....	104
5.2.3	Organisation Kantonsspital Graubünden.....	107
5.2.4	Organisation Spital Thun.....	109
5.2.5	Organisation Spital Schwyz.....	111
5.2.6	Organisation Spital Heiden .....	113
5.3	Prüfpunkte .....	115
5.3.1	Definierte Prozesse.....	116
5.3.2	Dokumentierte Prozesse.....	120
5.3.3	Prozesscontrolling und –optimierung .....	122
5.3.4	Kundenorientierung.....	124
5.3.5	Prozessorientierte Struktur.....	124
5.3.6	Prozessorientierte Rollen und Empowerment .....	127
5.3.7	Vernetzte Information.....	129
5.3.8	Förderung der Prozesskultur.....	131
5.3.9	Formulierte Prozessstrategie .....	132

---

6	Schlussfolgerungen .....	135
6.1	Einleitung.....	135
6.2	Validität der Prüfpunkte.....	136
6.3	Erkenntnisse .....	137
6.4	Gründe für den derzeitigen Stand der Prozessorientierung ..	141
6.5	Empfehlungen.....	143
	Literaturverzeichnis .....	145
	Quellenverzeichnis.....	149
	Abbildungsverzeichnis .....	151
	Tabellenverzeichnis .....	153
	Anhang I: Interviewleitfaden .....	155
	Anhang II: Interviewanfrage .....	159
	Über die Autoren.....	161

## VORWORT

Anfang August 2007 verkündete Markus Dürr, Regierungsrat des Kantons Luzern und Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektoren in einem Interview mit der Neuen Luzerner Zeitung, dass nach seinen Einschätzungen jedes dritte Spital in der Schweiz innerhalb der nächsten zehn Jahre schliessen müsse<sup>1</sup>. Er begründete seine Aussage unter anderem mit der bevorstehenden Einführung der Fallpauschalen (DRG), womit jedes Spital für die gleiche Leistung gleich viel erhält, unabhängig von den aufgewendeten Kosten. Das Bundesparlament diskutierte im Frühjahr in der laufenden Krankenversicherungsgesetzesrevision die Gleichbehandlung der Privatspitäler bei der Abgeltung der Grundversicherungsleistungen sowie die Einführung der freien Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus<sup>2</sup>. H+, der Verband der Schweizer Spitäler, kündigte die Veröffentlichung der Qualitätsbewertungen von Spitälern an<sup>3</sup>, nachdem das Thema „Spitalqualität und Patientenzufriedenheit“ im Sommer 2007 durch eine Comparis-Umfrage bei 5800 Patienten in 53 Spitälern ins Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt worden war<sup>4</sup>.

Die Schweizer Spitäler sind in Zukunft stark gefordert, um in einem offeneren Markt mit mehr Wettbewerb bestehen zu können. Entscheidend fürs Überleben wird nicht unbedingt die Grösse eines Spitals sein, sondern die Effizienz und Qualität bei der Erbringung der angebotenen Leistungen. Die Spitäler müssen sich somit unter anderem die Frage stellen, ob sie mit ihrer jetzigen Organisationsform optimal gerüstet sind. Mit der Entschädigung über Fallpauschalen wird der Leistungsprozess am Patienten ins Zentrum der Kostenberechnungen gerückt. Wäre nicht die Ausrichtung der gesamten Organisation auf die Kern- und Supportprozesse eine Möglichkeit zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit und der Attraktivität eines Spitals? Ist eine reine Prozessorganisation nach Wissenschaft und Lehre in einem Spital überhaupt möglich? Ist das effizien-

---

<sup>1</sup> Appenzeller Volksfreund vom 9.8.07, Appenzeller Zeitung vom 25.8.07 und Internet: [www.zisch.ch](http://www.zisch.ch), 9.9.07

<sup>2</sup> Santésuisse, Rückblick auf die Frühjahrssession 2007, Internet: [www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch), 30.8.07

<sup>3</sup> H+, Medienmitteilung vom 23.8.09 zum Nationalen Spitaltag, Internet: [www.hplus.ch](http://www.hplus.ch), 18.9.07

<sup>4</sup> Internet: [www.comparis.ch](http://www.comparis.ch), Thema: Versicherungen, Krankenkassen, 8.8.07 und 25.8.07

teste und wirtschaftlichste Spital überhaupt dasjenige, in das die Patienten gehen und die Politiker finanzieren wollen?

Diese sehr aktuellen Fragen haben uns dazu bewegt, das Thema „Prozessorientierte Organisation in öffentlichen Spitälern der Schweiz“ als Thema für unsere Masterarbeit zu wählen. Um nicht dem Vorwurf ausgesetzt zu werden, wir seien der Meinung, nur ein optimal prozessorientiert organisiertes Spital könne überleben, zitieren wir Mintzberg aus einem Presseinterview: „Ich glaube, unser grösster Fehler im Umgang mit Organisationen, den wir durch das ganze Jahrhundert hindurch gemacht haben und jeden Tag wiederholen, liegt in der Annahme, es gäbe einen ‚one best way‘, alle Organisationen zu führen. ... Wir können ebenso wenig alle Organisationen gleich behandeln, wie Ärzte allen Patienten die gleiche Brille verschreiben können“ (Henry Mintzberg, 1989, zitiert in Benz 2007: 23).

Die vorliegende Arbeit wurde berufsbegleitend verfasst und von zahlreichen Personen unterstützt. Es ist uns ein Anliegen, all jenen zu danken, die uns geholfen haben:

- Derungs Daniel, Departement Services, Kantonsspital Graubünden, Chur
- Dörler Johannes, Informatik und Organisation, Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
- Furrer Fredy, CEO des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden, Herisau
- Hochuli Rolf, Finanzen und Dienste, Kantonsspital Aarau
- Moeller Kerstin, CO-Leiterin Spital Schwyz
- Moser-Christ Ursina, Medizin-Technische Bereiche, Spital Heiden
- Straubhaar Beat, CEO der Spital STS AG, Thun

Wir danken Herrn Dr. Adrian Ritz vom Kompetenzzentrum für Public Management für die Betreuung der Arbeit sowie unsern Familien und Partnerinnen für die Unterstützung und das Verständnis.

Bern, im Oktober 2007

Albert Fritsche und Michael Herrmann



## **MANAGEMENT SUMMARY**

Das Eidgenössische Krankenversicherungsgesetz (KVG) bestimmt im Wesentlichen die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen in der Schweiz. Nach dem Willen des Parlaments soll in Zukunft mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen herrschen. Die Einführung von schweizweit einheitlichen Fallpauschalen (SwissDRG) führt die Spitäler in ein dynamisches Wettbewerbsumfeld, in dem Effizienz und Qualität als entscheidende Vorteile ins Zentrum rücken. Dies hat zwangsläufig ein stetes Streben nach der Optimierung der wichtigsten Prozesse zur Folge, denn Kosteneinsparungen bedeuten im neuen System auch Erlöse und damit Konkurrenzfähigkeit.

Die Autoren der vorliegenden Arbeit gehen der Frage nach, in welchem Ausmass sich in Schweizer Spitälern bereits Elemente einer Orientierung auf Prozesse finden lassen. Zu diesem Zweck wurde der Kontakt zu Spitälern gesucht, die sich bekanntermassen bereits intensiv mit dem Thema der Prozessorientierung auseinandersetzen. Schliesslich konnten Mitglieder der Geschäftsleitung von fünf Spitälern interviewt werden: das Kantonsspital des Kantons Aargau in Aarau, das Spital Thun im Kanton Bern, das Kantonsspital des Kantons Schwyz, das Kantonsspital Graubünden in Chur und das Spital Heiden im Kanton Appenzell A.Rh.

Um eine Basis für die Interviews zu schaffen orientiert sich die vorliegende Arbeit an den wesentlichen, zur Thematik bekannten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Nebst der Klarheit der Rollen und Aufgaben zeigt sich, dass die effektive Ausgestaltung einer prozessorientierten Organisation kein blindes Nachvollziehen einer schematischen Vorgabe sein kann. Die informationelle Vernetzung ist ein ebenso wichtiger Charakterzug der Organisationsform wie die Ausrichtung auf den Kunden. Die Bestimmung der Kern- und Supportprozesse sowie der Kompetenzzentren dürfte jedoch für jede Unternehmung eine intensive Phase der Reflexion bedingen.

Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Spitalorganisation im Spannungsfeld zwischen sozial und ökonomisch geprägtem Auftrag, zwischen den Interessen des Arztes und des Managers, definieren die

Autoren neun Prüfpunkte, mit denen sie den Stand der Prozessorientierung in den ausgewählten Spitälern analysieren. Sie folgen dabei den drei Organisationsebenen: Strategie, Struktur und Kultur. Untersucht wird der Grad der Definition und Dokumentation der Prozesse, das Controlling derselben, die informationelle Vernetzung, die Ausrichtung der Struktur an den Prozessen und die Bezeichnung der entsprechenden Rollen sowie Fragen der Kundenausrichtung, Unternehmenskultur und der Organisationsstrategie.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt auf, dass keines der analysierten Spitäler eine reine Prozessorganisation im Sinne der wissenschaftlichen Lehre aufweist. In verschiedensten Bereichen lassen sich jedoch Elemente einer Prozessorientierung finden, sei es in den Strategiepapieren, in den Führungs- oder Organisationsstrukturen oder den Controlling-Instrumenten. Breit investiert wird in die elektronische Informationstechnologie, damit diese richtigerweise Daten dezentral zugänglich macht und damit die Überbrückung der zahlreichen Schnittstellen in einem Spital erlaubt. Die allgemein ungenügende Dokumentation der Prozesse erscheint hingegen problematisch. Erst diese würde die Festlegung eines klaren Sollprozesses ermöglichen, der seinerseits die Voraussetzung für ein nachhaltiges Prozesscontrolling schafft. Die dokumentierten Prozesse wären zudem die Basis für eine Diskussion über die Prozesse selbst und damit über Zuständigkeiten und Weiterentwicklungen.

Erfreulich ist das hohe Engagement der Interviewpartner für eine prozessorientierte Sichtweise im Hinblick auf die weitere Organisationsentwicklung. Der Schritt vom reinen Funktionsdenken hin zur Prozessorientierung erscheint sehr herausfordernd, um erfolgversprechend zu sein muss der Veränderungsprozess von der Führungsebene gewollt sein und gefördert werden. Dies ist umso zentraler da die Autoren der Ansicht sind, dass die Einführung der Prozessorientierung in einer Organisation einen Kulturwandel bedingt, der sich in allen Ebenen und Funktionen zu entwickeln hat. Es braucht Zeit und Energie, bis die hierarchischen Abstufungen zwischen den drei verschiedenen Berufsgruppen - Ärzte, Pflege, Management - sich aufzulösen beginnen und die verschiedenen Spezialisten als Bestandteil eines Prozesses wahrgenommen werden.

---

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
ANIR	Anästhesie, Notfall, Intensivmedizin, Rettung
Anz.	Anzahl
AP-DRG	all patients diagnose related group
Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
Bev.	Bevölkerung
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
bzw.	beziehungsweise
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
COO	Chief Operating Officer
dh.	das heisst
DRG	Diagnose related Group
Einw.	Einwohner
etc.	et cetera
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
Fr.	Schweizer Franken (Geldwährung)
H+	Verband der Schweizer Spitäler
Hrsg.	Herausgeber
Kap.	Kapitel
KISAR	Klinikinformationssystem Appenzell A.Rh.
KSA AG	Kantonsspital Aarau AG

KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MIPP	Modell integrierter Patientenpfade
Mrd.	Milliarden
MTS	Medizinisch Technische Spezialgebiete
MTTD	Medizintechnisch/ -therapeutische Dienste
n/a	not available - nicht verfügbar
OECD	Organization für Economic, Cooperation and Development
OP	Operation
OPS	Operationssaal
PD	Pflegedienst
PO	Prozessorganisation
RSZ	Regionales Spitalzentrum
STS	Spitalregion Thun-Simmental
SVAR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

---

## 1 EINLEITUNG

Die Spitallandschaft der Schweiz ist permanent im Umbruch. Immer mehr Öffentliche Spitäler der Schweiz werden aus den Strukturen der Kantons- oder Gemeindeverwaltungen herausgelöst und verselbständigt. Spitäler werden organisatorisch zusammengefasst und unter eine betriebswirtschaftliche Führung gestellt. In der Regel bleiben jedoch die funktionalen Organisationsstrukturen nach Fachgebieten (Medizin, Chirurgie, Pflege, Administration), Instituten oder Häusern bestehen. Geschaftsleitungen thronen über Betriebsleitungen, Betriebswirtschaftler versuchen Chefärzte zu führen.

Nach Jahren des Auf- und Ausbaus in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs, begann vor 20 Jahren eine Umstrukturierungs- und Konzentrationsphase. Die Zahl der Spitäler und Spitalbetten, die Pfl egetage und die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten sinken, obwohl die behandelten Fälle und der Personalbestand zunehmen (vgl. Interpharma 2006: 43 und Kocher 2007: 341). Dieser Konzentrations- und Effizienzsteigerungsprozess ist noch nicht abgeschlossen (vgl. Kocher 2007: 333 ff.).

Das Krankenversicherungsgesetz KVG<sup>5</sup> beeinflusst die Spitäler seit seiner Einführung im Jahre 1996 direkt über die Leistungsentschadigung. Die Krankenhausstrukturen werden von den Kantonen insbesondere über die Investitionen und die Spitallisten gesteuert. Mit der 2004 vom Bundesrat eingelauteten Revision des KVG sind diesbezüglich einige Änderungen geplant<sup>6</sup>, welche den Spardruck auf die Spitäler weiter steigern wird.

---

<sup>5</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (GS 823.10)

<sup>6</sup> Vgl. Entwurf und Botschaft betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 15. September 2004 (04.061) in Verbindung mit den Beschlüssen der Kommissionen und des Parlaments unter [www.admin.ch](http://www.admin.ch), 20. Mai 2007

## 1.1 Problemstellung

Viele Spitäler sind in Departemente und Kliniken aufgeteilt. Diese werden in der Regel von Ärzten geleitet, haben eigenes Pflegepersonal und je nach Spezialisierung auch eine eigene Administration und Supportstellen. Mehrheitlich sind die medizinischen Prozesse an den Strukturen orientiert. Neuerdings lässt sich feststellen, dass die Spitäler beginnen, ihre Prozesse nach den Patientenflüssen zu orientieren. Diese Kundenorientierung bedingt mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und Änderungen in den Führungsstrukturen (vgl. Kocher 2007: 341).

Gemäss Information der Santésuisse<sup>7</sup>, dem Verband der Krankenversicherer bilden die Spitäler mit einem Kostenvolumen von rund 8 Mrd. Franken nicht nur den grössten, sondern auch den am stärksten wachsenden Kostenfaktor in der Krankenversicherung. Ein Grund für das starke Kostenwachstum ist gemäss dem Verband die intransparente, wettbewerbsverzerrende und damit auch ineffiziente Regelung der Spitalfinanzierung. Statt durch leistungsorientierte Pauschalen wird ein Grossteil der Spitäler noch immer mittels Kosten- und Defizitdeckung finanziert. Das Interesse der Kantone an Tarifsenkungen ist beschränkt, da tiefere Tarife zu höheren Defiziten führen würden, welche wiederum die Kantone zu tragen hätten. Privatspitäler sind gegenüber den öffentlichen Spitälern benachteiligt, weil sie den Krankenversicherern für gleiche Leistungen höhere Preise verlangen müssen. In der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG schlägt der Bundesrat einige Änderungen im Spitalfinanzierungsbereich vor. Der Nationalrat befasste sich während der Frühlingssession 2007 mit der neuen Spitalfinanzierung und stimmte grossmehrheitlich den Vorschlägen des Bundesrates zu. Kernpunkte sind eine besser koordinierte Spitalplanung, die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler, der Übergang zu leistungsbezogenen Fallpauschalen und der neue Finanzierungsschlüssel für Kantone und Krankenkassen. Der Nationalrat möchte zusätzlich die freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinweg einführen.

---

<sup>7</sup> <http://www.santesuisse.ch/de>, 28. Mai 2007, Positionspapier zur Spitalfinanzierung vom 2. Mai 2007

---

Die Aufnahme der Privatspitäler auf die Spitallisten der Kantone, deren Mitfinanzierung durch die Kantone - gleich wie die öffentlichen Spitäler - sowie die Einführung der generellen

Leistungsfinanzierung nach schweizweit einheitlichen Regelungen, wird zu mehr Wettbewerb unter den Spitälern führen. In Art. 49 Abs. 7 und 8 der KVG-Revision schlägt der Bundesrat vor, dass die Spitäler geeignete Führungsinstrumente zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten haben müssen sowie zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und Leistungsstatistik. Zweck ist die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und die Beschaffung der Daten für die Spitalplanung. Kantonsregierungen oder der Bundesrat können Betriebsvergleiche sogar anordnen. Ergibt der Vergleich Kosten, welche deutlich über denjenigen vergleichbarer Betriebe liegen, so können Versicherer den Vertrag kündigen und die Tarife müssen angepasst werden.

Unter den neuen Rahmenbedingungen wird es für das Überleben eines Spitals entscheidend sein, wie hoch seine abrechenbaren Fallkosten sein werden und ob es einen Leistungsauftrag von einem oder mehreren Kantonen erhält. Dazu muss es konkurrenzfähig sein. Es muss die Kosten im Griff haben. Eine Möglichkeit zur Steigerung der Effizienz liegt im Wechsel von der funktionalen Organisation zur Prozessorganisation. In der klassischen Spitalorganisation durchläuft ein Patient mehrere gleichgestellte funktionale Einheiten. Die Schnittstellen sind vielfältig und der Datenfluss erschwert. Prozessorganisation hilft u.a. Schnittstellen zu vermindern, die Verantwortlichkeit für ganze Abläufe zu konzentrieren (inklusive finanzielle Verantwortung) und Doppelspurigkeiten zu vermindern. Die Orientierung nach Prozessen bedingt tiefgreifende Änderungen in der Organisation, in den Abläufen, in den Verantwortlichkeiten, in den Führungsstrukturen, etc. Es ist eine Kulturänderung und bedingt eine Änderung im Denken aller Mitarbeiter. Sie verspricht jedoch dauernde Optimierung, auch wenn die Umweltbedingungen ändern. Dazu später mehr. Die Autoren sind der Meinung, dass sich in Zukunft die Öffentlichen Spitäler für diese Organisationsform interessieren werden. Es gibt erst wenige Beispiele. Eine Gegenüberstellung von verschiedenen Um-

setzungen, eine Analyse der gemachten Erfahrungen und eine Diskussion der Vor- und Nachteile der Prozessorganisation in Öffentlichen Spitälern der Schweiz wurden bisher nicht gemacht.

## **1.2 Zielsetzung und Untersuchungsfragen**

Die Arbeit verfolgt die folgenden Hauptzielsetzungen:

- Genereller Überblick über den aktuellen Stand der Theorie zur Prozessorganisation
- Darstellung der Spitalprozesse und Spitalorganisation in der Literatur
- Entwicklung von Prüfpunkten zur Überprüfung der Prozessorientierung eines Spitals
- Vergleich der Prozessorientierung in ausgewählten öffentlichen Spitälern der Schweiz
- Formulierung von Gestaltungsempfehlungen

Die Fragen, welche die folgende Arbeit zu beantworten versucht, lauten:

- Wie richten Schweizer Spitäler ihre Organisation auf die Prozesse aus?
- Welche Strukturen und Mittel werden dazu geschaffen und eingesetzt?
- In wie weit entsprechen die untersuchten Beispiele der Theorie über Prozessorientierte Organisation in der Literatur?
- Was sind die Gründe für Abweichungen?
- Welchen Stellenwert hat die Prozessorientierung für die Entwicklung der Organisation der Spitäler in der Schweiz?

In ausgewählten öffentlichen Spitälern der Schweiz wird eine Analyse der prozessorientierten Organisation durchgeführt. Die Erkenntnisse sollen Führungspersonen in Spitälern helfen, ihre Organisation auf die Prozesse auszurichten.

---

### 1.3 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen (Kapitel 2 - 4) und in einen praktischen Teil (Kapitel 5 - 6). Der theoretische Teil dient der Herleitung der Prüfpunkte, welche im praktischen Teil anhand von Fallbeispielen angewendet werden.

In Kapitel 2 wird zunächst das Umfeld vorgestellt, in dem die Schweizer Spitäler eingebettet sind. Die wichtigsten Elemente des Gesundheitssystems der Schweiz werden beschrieben, mit Schwergewicht auf der Darstellung der Spitallandschaft. Ein Vergleich des Systems mit denjenigen anderer westlicher Länder, wobei die Kosten und die Finanzierung nicht ausser Acht gelassen werden, leitet über zur zukünftigen Änderung der Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen.

Was ist eine prozessorientierte Organisation? Was sind die wesentlichen Elemente? Was für Gestaltungsmöglichkeiten gibt es? Diese Fragen versucht das Kapitel 3 zu beantworten. Nach der Betrachtung der historischen Entwicklung der Organisationslehre, werden die heutigen modernen Begriffe und wesentlichen Bestandteile einer prozessorientierten Unternehmensorganisation aus der Literatur vorgestellt und erläutert. Aus diesem theoriegestützten Kapitel werden die wesentlichen Prüfpunkte für den empirischen Teil abgeleitet.

Kapitel 4 stellt die Organisation „Spital“ vor. Es beginnt mit der Geschichte der Spitäler und deren Bedeutung für die Gesellschaft. Der Leistungskatalog der Spitäler führt zur Darstellung der traditionellen Spitalorganisation. Die sich ändernden Rahmenbedingungen lassen die Krankenhausprozesse ins Zentrum der Überlegungen rücken. In der spitalspezifischen Organisationslehre lassen sich verschiedene Modelle zur Definition und Darstellung der Spitalprozesse finden. Unter dem Eindruck der vielfältigen Besonderheiten einer Spitalorganisation überprüfen die Autoren die in Kapitel 3 hergeleiteten Prüfpunkte und ergänzen diese.

Mittels Experteninterviews werden in ausgewählten öffentlichen Spitälern der Stand der Prozessorientierung erfasst und mit den Prüfpunkten analysiert. Zu Beginn von Kapitel 5 wird die Auswahl der Spitäler und die

Methodik der Datenerhebung vorgestellt (Kapitel 5.1.2 f.). Die Organisationsstrukturen und die Leistungskataloge der untersuchten Spitäler werden in Kapitel 5.2 beschrieben. Es folgen die Ergebnisse der Befragungen im Raster der Prüfpunkte.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Befragungen bewertet und Schlussfolgerungen gezogen. Dabei geht es bei der Bewertung nicht nur um den Stand der Prozessorientierung der Spitäler, sondern auch um die Validität der gewählten Prüfpunkte. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lässt sich eine Liste mit Empfehlungen formulieren.

---

## **2 GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ**

### **2.1 Gesundheitszustand der Schweizer und Schweizerinnen**

Was ist Gesundheit? In der Verfassung der WHO<sup>8</sup> von 1946 wird Gesundheit als ein Zustand völligen, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert. Der subjektive Aspekt von Wohlbefinden wird betont. Eine andere Optik hat die OECD. Nur eine gesunde Gesellschaft ermöglicht höheres Wirtschaftswachstum und eine verbesserte Wohlfahrt. Die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern ist auch ein wirtschaftliches Interesse eines Landes. Daher erklärt die OECD<sup>9</sup> die Bedeutung von Gesundheit folgendermassen: „Gute Gesundheit ist notwendig, um als Bürger, Arbeitstätiger und Konsument erfolgreich zu sein.“ Die Gesundheit einer Bevölkerung kann auch statistisch als mittlere Gesundheit aller Individuen (Lebenserwartung, Krankheitsrate) bestimmt oder als das Ergebnis einer Umfrage über den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand betrachtet werden (vgl. Junker 2007: 59).

Gemäss einem Bericht von Junker (2007: 59 ff.) haben die Schweizer und Schweizerinnen weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen. Bei der Geburt liegt sie bei den Frauen bei fast 84 Jahren und bei den Männern bei 79 Jahren. Hundert Jahre vorher lag sie lediglich bei 50 Jahren. In den letzten Jahren hat vor allem die Lebenserwartung der älteren Menschen zugenommen. Dieser Trend dürfte auch weiter anhalten. Erfreulich ist, dass die älteren Menschen den grössten Teil dieser zusätzlichen Zeit in Gesundheit verbringen können. Die Lebenserwartung in Gesundheit ist im europäischen Vergleich in der Schweiz sehr hoch und beträgt bei der Geburt rund 73 Jahre. In der Schweiz gaben 2002 sechs von sieben Personen ab 25 Jahren an, sich gesundheitlich gut bzw. sehr

---

<sup>8</sup> "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

<sup>9</sup> OECD, Internet: [http://www.oecd.org/topic/0,3373,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/topic/0,3373,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html) , 28. Juli 2007

gut (86%) und nur 3% sich schlecht bzw. sehr schlecht zu fühlen. Auch dies ist im internationalen Vergleich ein Spitzenresultat.

## **2.2 Das Gesundheitssystem der Schweiz**

Wie sieht das Gesundheitssystem der Schweiz aus, das sicher mit ein Grund für die erfreuliche Entwicklung des Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung ist? Die Autoren beschränken sich auf die Beschreibung der Bereiche im näheren Umfeld des Spitalwesens; die drei Staatsebenen, Sozialversicherungen, Ärzte, Apotheken und Drogerien. Ausführlicher wird die Spitallandschaft sowie die Kosten und Finanzierung des Systems beleuchtet und zuletzt ein Vergleich mit andern Ländern gezogen.

### **2.2.1 Bund – Kantone – Gemeinden**

Das Gesundheitswesen ist in der Schweiz stark vom Föderalismus, der geschichtlichen Entwicklung und von den regionalpolitischen Besonderheiten geprägt (vgl. Kocher 2007: 109 ff.). Es wird von allen drei Staatsebenen - Bund, Kantone, Gemeinden - getragen oder präziser gesagt, es ist auf die drei Ebenen zersplittert. Der Bund ist verantwortlich für die Gesetzgebung im Bereich der Krankenversicherung und der Gesundheitsberufe. Die Kantone und Gemeinden gewähren die Gesundheitsversorgung. Sie bauen und betreiben Krankenhäuser, erteilen Bewilligungen für Medizinalberufe und sichern die Ausbildung dieser Berufe. Die Kantone sind Gesetzgeber, Spitaleigentümer und -betreiber, Prämiensubventionierer, Rekursinstanz, Tarifrichter, Spitalplaner usw. Dies führt zu Rollenkonflikten. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist oft unklar und sogar von Region zu Region unterschiedlich. Die Einnahmen- und Ausgabenverflechtung ist kaum noch durchschaubar. Doppelspurigkeiten und andere Unzweckmässigkeiten sind an der Tagesordnung. Die OECD und WHO (vgl. OECD 2006) kritisierte in einem Expertenbericht die komplizierte Struktur und Fragmentierung des Schweizer Gesundheitssystems. Erfreulicherweise sind aber verschiedene Reformen im Gang. Bund und Kantone bemühen sich, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären sowie die Zusammenarbeit zu verbessern. Das Gesundheitswesen ist nicht mehr allein „Sache der

---

Kantone“. Der Bund hat über das KVG (Krankenversicherungsgesetz) in den letzten zehn Jahren grossen Einfluss auf das System genommen. Es gilt immer mehr als das Schweizer Gesundheitsgesetz. Seit längerem geht auch im Gesundheitswesen die Tendenz Richtung mehr Bundeskompetenz, nicht zuletzt getrieben durch die europäische Integration, wofür klare Zuständigkeiten auf nationaler Ebene unabdingbar sind. Zudem wird die Schaffung eines Schweizerischen Gesundheitsrates sowie von drei bis fünf Gesundheitsregionen immer lauter diskutiert. Längerfristig müsste es gemäss dem OECD/WHO-Bericht (2006) Ziel sein, ein übergreifendes Rahmengesetz für Gesundheit auf Bundesebene zu schaffen.

Die Schweiz hat zusammen mit den USA eines der am stärksten marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssysteme. Die staatlichen Organe geben in vielen Bereichen nur den Rahmen vor, in dem private Unternehmen und Organisationen sowie Einzelpersonen grosse Handlungsfreiheiten haben. Eine grosse Rolle spielt das verfassungsmässige Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit. Die nichtstaatlichen Organisationen, wie Versicherer, Stiftungen, Vereine, Betreiber von Spitälern usw., haben in der Schweiz eine grosse Bedeutung für das Funktionieren des Systems und müssen bei der Weiterentwicklung mitentscheiden können.

### **2.2.2 Kranken- und Unfallversicherung**

In der Schweiz ist jeder Einwohner obligatorisch für die Behandlungskosten bei Krankheit versichert (Brunner 2007: 151 ff.). Dies schreibt seit 1996 das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor. Die Zahlung der Prämie ist Sache des Versicherten. Die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftliche Unternehmen, welche untereinander in einem Wettbewerb stehen. Es gibt keine staatliche Krankenkasse. Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, jede Person in die Grundversicherung aufzunehmen. Es gilt die volle Freizügigkeit. Die Grundversicherung deckt einen definierten Katalog von stationären und ambulanten Behandlungen ab. Wer zusätzliche Leistungen will, schliesst in der Regel Zusatzversicherungen ab. Krankenkassenprämien sind von Region zu Region und von Kasse zu Kasse unterschiedlich. Sie sind unabhängig von der Höhe des Einkommens. Ein Solidaritätsaspekt besteht darin, dass das KVG vor-

schreibt, dass die Prämien unabhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand sein müssen. Die unterschiedliche Belastung wird unter den Krankenversicherten durch einen Risikoausgleich korrigiert. Damit die Prämien für Menschen mit tiefen Einkommen nicht zu einer allzu grossen finanziellen Belastung werden, gewähren Bund und Kantone Prämienverbilligungen. Insgesamt profitieren etwa ein Drittel aller Versicherten in der Schweiz davon.

Behandlungskosten bei Unfällen werden durch die obligatorische Unfallversicherung übernommen. Es ist Sache des Arbeitgebers, alle Angestellten zu versichern. Er übernimmt die Prämie für Betriebsunfälle. Die Prämie für Nichtbetriebsunfälle kann er dem Arbeitnehmer weiterbelasten.

Weitere Sozialversicherungen, welche Gesundheitsleistungen bezahlen, sind die Invalidenversicherung (vgl. Leuenberger 2007: 101 ff.) und die Militärversicherung (vgl. Gebel 2007: 211 ff.). Etwa ein Drittel aller Leistungen im Gesundheitswesen werden über die Sozialversicherungen beglichen.

### **2.2.3 Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte**

In der Schweiz sind rund 15'300 Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen tätig; ein Arzt auf etwa 490 Einwohner (vgl. Hänggeli 2007: 47 ff.). Die Zahl der freipraktizierenden Ärzte hat in den letzten dreissig Jahren konstant zugenommen. Sie hat sich verdreifacht. Es ist eine Konzentration von Praxen in den Städten zu beobachten. Die Zahl der klassischen Hausarztpraxen ist im Vergleich mit den Spezialisten rückläufig. In den Grosstadtzentren ist die Ärztedichte dreimal höher als in den ländlichen Gebieten. Über 95% der Bevölkerung erreichen einen Arzt in weniger als 30 Minuten bzw. 15 km Distanz. Bis 2008 gilt ein Zulassungsstopp für Ärzte, d.h. die Kantone müssen die Zahl der Ärzte, welche zulasten der Krankenversicherungen tätig sein dürfen, regulieren. Ob diese Massnahme eine kostensenkende Wirkung zur Folge hat, ist nicht klar erwiesen. In der laufenden KVG-Revision wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, d.h. die Pflicht der Krankenversicherer mit allen zugelassenen Ärz-

---

ten und Ärztinnen abzurechnen, als Alternative zum Ärztstopp diskutiert.

#### **2.2.4 Apotheken und Drogerien**

Apotheken verkaufen Fertigmedikamente an Patienten und stellen selber Medikamente nach ärztlicher Verschreibung oder Hausspezialitäten her. Immer mehr bieten sie auch Gesundheitsdienste im Bereich Ernährungsberatung, Blutdruckmessung etc. an. 2005 gab es in der Schweiz 1672 Apotheken (1 Apotheke pro 4462 Einwohner). Rund 30 % der Bevölkerung wenden sich bei einem Gesundheitsproblem zuerst an einen Apotheker (vgl. Jordan 2007: 12 ff.) bevor sie zum Arzt oder ins Spital gehen.

In der Schweiz gibt es 722 Drogerien (1 Drogerie pro 10334 Einwohner). In den letzten Jahren ging ihre Zahl deutlich rückläufig (-19% seit 1999). Die Kompetenz der Drogisten liegt in der Beratung ihrer Kunden in den Bereichen Gesundheit, Schönheit und Wohlbefinden. Sie sind Spezialisten für die Selbstmedikation und Gesundheitspflege und bieten viele Naturheilmittel an. Die Abgrenzung zwischen Apotheke und Drogerie verwischt immer mehr. Kombinationen und die Umwandlung von Drogerien in Apotheken sind im Trend. Reine Drogerien verlieren Marktanteile an die Grossverteiler, welche ein ähnliches Sortiment anbieten.

#### **2.2.5 Spitäler**

Aufgabe der Spitäler<sup>10</sup> ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und zu sichern sowie eine umfassende und moderne medizinische Diagnostik sicher zu stellen. Prävention und Erstversorgung werden immer bedeutsamer. Spitäler betreiben medizinische Forschung und setzen die Erkenntnisse in die Praxis um. Sie sind Ausbildungsstätten für medizinische, kaufmännische und technische Berufe. Die Spitäler in der Schweiz machten 2004 einen Umsatz von 18 Mrd. Franken (4% des BIP) und beschäftigten rund 6% der Erwerbstätigen. Das Spitalwesen ist eine Wachstums- und Innovationsbranche (vgl. Saladin 2007: 333 ff.).

---

<sup>10</sup> Spitäler oder Krankenhäuser umfassen Akutspitäler, Spezialkliniken, psychiatrische Kliniken sowie Institutionen der Rehabilitation und Landzeitpflege.

### 2.2.5.1 Spitallandschaft Schweiz und Entwicklung

Die Spitallandschaft der Schweiz ist permanent im Umbruch. Nach einer Auf- und Ausbauphase in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts begann vor 25 Jahren im Spitalsektor eine Umstrukturierungs- und Konzentrationsphase. Die Zahl der Spitäler und Spitalbetten, die Pflage tage und die Aufenthaltsdauer von Patienten sinken seither, während die behandelten Fälle und der Personalbestand in den Spitälern zunehmen. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die Zusammensetzung der Spitallandschaft im Jahr 2005.

Tabelle 1: Statistischer Überblick über die Spitäler 2005

	<b>Allgemeine Kranken- häuser</b>	<b>Spezialklini- ken Total</b>	<b>Davon Psy- chiatrie</b>	<b>Davon Re- habilitation</b>	<b>Alle Kran- kenhäuser</b>
Anzahl	150	184	64	45	334
Bettenzahl	26'290	16'274	8'259	3'721	42'564
Bettenbelegung in %	86	90	94	90	88
Pflegetage	8'657'203	5'320'868	2'744'530	1'209'437	13'978'071
Hospitalisation (Fälle) <sup>1)</sup>	1'181'386	290'321	99'145	48'646	1'471'707
Aufenthaltsdauer in Tagen	8.6	29.3	50.6	25.9	11.7
Stellen pro 100 Betten	359	195	178	162	295
<b>Betriebsausgaben</b>					
- Total in Mio. Franken	13'239	3'978.3	1'715.9	712.1	17'217.3
- Pro Fall in 1000 Franken	9.8	12.5	16.2	14.1	10.4
-Pro Tag in 1000 Franken	1.327	0.688	0.586	0.569	1.077

Quelle: BFS 2007, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2005, Neuenburg, T 14.2.3.1.1

---

<sup>1)</sup> Anzahl Austritte

Anschaulich zeigen die folgenden Zahlenvergleiche die massive Veränderung der Spitallandschaft in der Schweiz. 1990 existierten noch mehr als 43'000 Akutbetten, 2005 waren es noch 26'000 (- 40%). Zwischen 1997 bis 2005 hat die Zahl der Spitäler um 15% abgenommen, von damals 407 auf 334.

2005 dauerte der durchschnittliche Spitalaufenthalt in den Allgemeinen Krankenhäusern (ohne Zentrumsspitäler) 8.6 Tage. Im Jahr 2000 lag die Aufenthaltsdauer noch bei 9.7 Tagen (vgl. BFS 2007).

#### 2.2.5.2 Medizinische Leistungen

Die medizinischen Leistungen werden nach drei Kriterien eingeteilt: nach Aufenthaltsdauer (ambulant oder stationär), nach Versorgungsstufe oder nach dem Leistungsangebot (Saladin 2007: 334).

Ambulante Leistungen sind eintägige Behandlungen ohne Bettenbenutzung oder Pflege, teilstationäre Leistungen beinhalten eintägige Behandlungen mit Bettenbenutzung oder Pflege, stationäre Leistungen sind mit Übernachtung im Spital verbunden. Früher waren die Spitäler für die stationäre medizinische Behandlung zuständig und die Arztpraxen für die ambulante. Diese Trennung spielt immer weniger eine Rolle. Viele Eingriffe, die früher stationär durchgeführt werden mussten, benötigen heute keinen Spitalaufenthalt mehr. Die Spitäler führen immer mehr ambulante Behandlungen durch, welche von den Arztpraxen wegen den teuren Medizineinrichtungen nicht angeboten werden können. Die Unterscheidung in stationäre und ambulante Behandlungen ist jedoch nach wie vor relevant für die Spitalplanung und die Finanzierung gemäss KVG. Die Spitäler werden immer mehr für die Notfallversorgung eingesetzt, weil die Hausärzte nicht mehr bereit sind dies zu tun.

Man unterscheidet drei Spital-Versorgungsstufen: Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung. Als Primärversorgung bezeichnet man die Grundversorgung, die von den praktizierenden Hausärzten und den Spitälern (Notfälle etc.) erbracht wird. Die Sekundärversorgung wird von Spezialisten in Praxen und Spitälern ausgeführt. Die Zentrums- und Uni-

versitätsspitäler gewährleisten hoch spezialisierte Behandlungen, die Tertiärversorgung.

Aus Sicht des Leistungsangebots unterscheidet man Akutspitäler (150, davon sind 5 Universitätsspitäler, 23 Zentrumsspitäler und 122 Grundversorgungsspitäler), Institutionen der Langzeitpflege, Psychiatriekliniken (64) und Institutionen für die Rehabilitation (45). Dazu kommen noch 75 Spezialkliniken und 1400 Institutionen der Langzeitpflege.

2005 behandelten die Spitäler mehr als 1.4 Millionen stationäre und teilstationäre Patienten (vgl. BFS 2007). Chirurgie, Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe sind die drei klassischen Hauptgebiete der medizinischen Behandlung, welche fast jedes Allgemeine Spital anbietet.

#### 2.2.5.3 Einteilung nach Grösse

In den 334 Schweizer Spitäler stehen 42'564 Betten, 62% davon in Allgemeinen Krankenhäusern und 38% in Spezialkliniken. Die durchschnittliche Bettenbelegung beträgt 88% und die Bettendichte pro 1000 Einwohner 5.7 Betten, davon 3.9 Akutbetten (vgl. OECD 2005, Health Statistic 2003). Die Bettendichte ist in der Schweiz seit 1960 von 8.2 (OECD Durchschnitt 5.0) auf den heutigen tiefen Wert gesunken. Dieser liegt unter dem heutigen OECD Durchschnitt von 4.1 Akutbetten pro 1000 Einwohner.

Das Universitätsspital Genf ist das grösste Spital in der Schweiz mit 2200 Betten. Das kleinste Krankenhaus befindet sich in Santa Maria, Val Müstair und bietet fünf Betten. Der Verband H+ Die Spitäler der Schweiz unterteilt die 180 Spitäler mit akut-somatischem Angebot in drei Kategorien (Siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Gross-, Mittel- und Kleinspitäler, 2006<sup>11</sup>

	<b>Gross</b> Universitätsspitäler und Allgemeinspi- täler mit >500 Bet- ten	<b>Mittel</b> Allgemeinspitäler mit 125-499 Bet- ten	<b>Klein</b> Allgemeinspitäler mit 1-124 Betten	<b>TOTAL</b>
Anzahl	14	72	94	180
%	8	40	52	
Betten	Durchschnitt 742	222	69	344
Anzahl	10'385	14'363	6'283	31'031
%	33	46	20	
Austritte	Durchschnitt 19'706	8'838	3'036	10'527
Anzahl	275'878	574'498	273'259	1'123'635
%	25	51	24	
Pflegetage	Durchschnitt 224'653	68'944	19'222	104'273
Anzahl	3'145'146	4'412'407	1'729'954	9'287'507
%	34	48	19	

Quelle: Saladin 2007: 337

#### 2.2.5.4 Einteilung nach Trägerschaft

2004 gab es 213 Spitäler (=62%) sogenannt öffentliche Spitäler und 132 private Kliniken (Saladin 2007: 337). In den Privatkliniken wurden jährlich 240'000 Fälle in 4180 Betten therapiert. Dies entspricht 20% der Fälle und 14.5% der Krankenhausbetten. Diese viel verwendete Einteilung spiegelt keineswegs die Rechtsform der Institutionen, sondern die Trägerschaft. Privatspitäler haben zwar immer ein Rechtskleid des Privatrechts; Aktiengesellschaft, Genossenschaft, Stiftung, Verein, etc. Bei den Öffentlichen Spitälern gibt es beide Rechtsformen, öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich. Universitätsspitäler sind oft ohne Rechtskörperschaft, weil sie ein Teil der kantonalen Verwaltung sind. Bei den öffentlichen Spitälern sind Kantone oder Gemeinden Allein- oder Mitbesitzer. Privatspitäler gehören natürlichen oder juristischen Personen. Aber auch diese Unterscheidung stimmt nicht mehr ganz, weil Spitalunternehmen der öffentlichen Hand sich auch an Privatspitälern beteiligen können. Die

<sup>11</sup> Die Zahlen weichen von jener der Statistik des Bundesamtes für Statistik wegen unterschiedlicher Definition des Akutspitals (Allgemeines Krankenhaus) ab.

Unterteilung in private oder öffentliche Spitäler sagt auch nichts darüber aus, ob ein Spital einen Leistungsauftrag der Öffentlichen Hand zu erfüllen hat oder nicht. Das KVG unterscheidet daher diesbezüglich in öffentliche, öffentlich-subventionierte und private Betriebe. Öffentlich-subventionierte Spitäler sind per Definition der Trägerschaft private Unternehmen, erfüllen aber teilweise oder ausschliesslich einen öffentlichen Auftrag.

#### 2.2.5.5 Zukünftige Herausforderungen

Das gesellschaftliche Umfeld und die medizinischen Möglichkeiten ändern sich auch in der Schweiz mit hoher Dynamik. Dies stellt die Spitäler vor grosse Herausforderungen. Produktivität und Effizienz müssen weiter optimiert werden, um die Kosten im Griff zu behalten. Die sich verändernde Demographie mit weniger Geburten und mehr älteren Personen sowie die zunehmende internationale Herkunft der Patienten wird nicht spurlos an den Krankenhäusern vorüber gehen. Die Entwicklung in der Medizin und Pharmakologie zeigt Richtung Informatisierung und Individualisierung. Eine Verlagerung von stationärer zu ambulanten Therapien ist festzustellen. Entwicklungen im Ausland zeigen, dass die Spezialisierung, die Umnutzung von Spitälern zu Pflegezentren und die Abnahme der Spitaldichte weitergehen (Saladin 2007: 350). Spitäler müssen sich flexibel dieser Entwicklung stellen. Die Anpassung von Strukturen ist auch in der Schweiz unabdingbar. Spitalschliessungen werden weiterhin nötig sein, wenn Kooperationen und Fusionen nicht ausreichen, um im harten Wettbewerb zu bestehen. In Zukunft sind eine hohe Anpassungsfähigkeit und rasche Entscheidungswege wichtig und weniger die Grösse und die Anzahl der Spitäler.

### 2.2.6 Kosten und Finanzierung

#### 2.2.6.1 Kosten

2004 betrugen die Gesundheitskosten in der Schweiz total Fr. 51.6 Mrd. Provisorisch vom Bundesamt für Statistik<sup>12</sup> veröffentlichte Zahlen weisen für 2005 Kosten von Fr. 52.9 Mrd. aus (+2.5%). Das gleiche Bundesamt

---

<sup>12</sup> Internet: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Bereich Gesundheit, 14.9.07