

Die Zukunft der Spitalplanung: Eine umfassende Versorgungsplanung

19. Februar 2026

In Kürze

Die heutige Spitalplanung ist kantonal geprägt, interkantonal nur begrenzt koordiniert und führt zu Doppelstrukturen sowie uneinheitlichen Qualitätsstandards. Der politische Druck nimmt zu: Mehrere parlamentarische Vorstösse verlangen eine verbindlichere Koordination bis hin zu einer stärkeren Bundesrolle. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) reagiert mit einem Dreiphasenplan, der aus Sicht der Groupe Mutuel zu wenig verbindlich und zu langsam ist. Der Bundesrat wiederum legt in einem Bericht wortreich dar, weshalb er lieber weiter beobachtet statt zu handeln.

Die Groupe Mutuel plädiert für den Schritt von einer reinen Spitalplanung hin zu einer gesamtheitlichen Versorgungsplanung: Hierzu braucht es fünf bis sieben überkantonale Gesundheitsregionen sowie eine neue Zuordnung von Leistungsgruppen. So soll im Bereich der hochspezialisierten Medizin wie bis anhin die GDK zuständig sein, im Bereich der spezialisierten Versorgung neu die Gesundheitsregionen, während die Grundversorgung weiterhin auf kantonalen Ebene geplant würde. Ebenso braucht es endlich verbindliche Qualitätskriterien und eine qualitätsabhängige Finanzierung.



Ihre Kontaktperson bei der Groupe Mutuel
Luca Strebel
T. 079 244 04 68
lstrebel@groupemutuel.ch

1. Ausgangslage

Ist-Zustand

Die Spitalplanung liegt heute in der Zuständigkeit der Kantone. Sie erstellen sogenannte Spitallisten, in denen festgelegt ist, welche medizinischen Leistungen Spitäler im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen. Die interkantonale Koordination ist heute noch begrenzt. Sie beschränkt sich im Wesentlichen auf die hochspezialisierte Medizin (HSM), einzelne Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) sowie Zusammenarbeiten zwischen gewissen Kantonen.

Bei der Auswahl der Spitäler sollten die Kantone unter anderem Wirtschaftlichkeit, Qualität, den zeitgerechten Zugang für Patienten sowie die Fähigkeit der Spitäler, ihren Leistungsauftrag zu erfüllen berücksichtigen.

Handlungsbedarf

Die heutige Situation ist aus mehreren Gründen nicht befriedigend:

- **Mehrfachrollen der Kantone** (Planer, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger, Betreiber, Wirtschaftsförderer) schaffen Interessenkonflikte und bremsen Strukturreformen.
- Hohe Spital- und Bettendichte bei Auslastung von unter 80% **verhindert Skaleneffekte und begünstigt Doppelstrukturen und höhere Infrastrukturkosten.**
- Qualitätsrisiken durch **tiefe Fallzahlen** in einzelnen Häusern; unterschiedliche kantonale Kriterien führen zu **uneinheitlichen Qualitätsstandards.**
- Gefahr von **Wettbewerbsverzerrungen** durch intransparente öffentliche Unterstützung in Form von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)
- Die Rahmenbedingungen verändern sich: zunehmende **Ambulantisierung** (verstärkt durch EFAS), **Personalengpässe**, **Alterung der Bevölkerung** und **medizi-**

nischer Fortschritt verschieben Behandlungsbedürfnisse und erhöhen den Anpassungsdruck.

2. Aktivitäten der politischen Akteure

Diverse Parlamentarier haben der Handlungsbedarf bereits vor Jahren erkannt und durch den entstandenen Druck reagierten nun kürzlich auch die GDK sowie der Bundesrat:

Parlament

Aktuell sind noch verschiedene parlamentarische Vorstösse zur Spitalplanung hängig. Im Kern stellen sie alle dieselbe Frage: Reicht die heutige Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen noch aus, um die aktuellen Herausforderungen zu bewältigen. So beschäftigen sich unter anderem folgende Vorstösse mit der Spitalplanung:

- **Motion 25.3017 der SGK-SR** (überwiesen an den Bundesrat): Verbindlichere interkantonale Koordination und gemeinsame Erteilung von Leistungsaufträgen in Versorgungsregionen; subsidiäre Bundesintervention bei Nichterfüllung (analog HSM).
- **Postulat 24.3809 der SGK-NR** (überwiesen an den Bundesrat): Bericht zur Aufteilung/Klärung von Kompetenzen von Bund, Kantonen und Gemeinden (u. a. Spitalplanung).
- **Motion 24.3505 von Patrick Hässig, GLP** (noch nicht behandelt im Rat, Bundesrat ablehnend): Spitalplanung neu beim Bund mit enger Zusammenarbeit und Einflussnahme der Kantone.
- **Motion 23.4284 von Jörg Mäder, GLP** (im NR angenommen, nun in der SGK-SR): Differenziertes Versorgungssystem inkl. Spitalplanung nach Häufigkeit/Verbreitung von Krankheiten und Behandlungen.

Gesundheitsdirektorenkonferenz

Die GDK reagiert auf den politischen Druck mit einem im Herbst 2025 vorgestellten Dreiphasenplan zur Spitalplanung, der folgende Etappen vorsieht.

- Phase 1 (ab 2026): Nationale Bedarfsanalyse als gemeinsame Datengrundlage.
- Phase 2 (bis 2029): Gemeinsame Definition Grund- vs. Spezialversorgung.
- Phase 3 (ab 2029): Entwicklung einheitlicher Kriterien (z. B. Fallzahlen) als Orientierung für kantonale Leistungsaufträge, wobei Grundversorgung wohnortnah und Spezialversorgung überregional erbracht werden sollen.

Einschätzung Groupe Mutuel: Der vorliegende Plan enthält keine verbindlichen Vorgaben, sondern nur Empfehlungen, und ist zu langsam, da die Umsetzung erst in den 2030er-Jahren erfolgt, während der Kosten- und Strukturdruck bereits jetzt hoch ist.

Bundesrat

Ende Januar 2026 veröffentlichte der Bundesrat den Bericht «Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung» in Erfüllung von insgesamt fünf Postulaten aus dem Parlament. Der Bundesrat erkennt im Bericht zur Spitalplanung zwar Defizite, insbesondere bei der Kostenentwicklung und möglichen Überkapazitäten im stationären Bereich, hält aber an der kantonalen Zuständigkeit fest und sieht keinen Bedarf einer Anpassung in der Planungskompetenz. Statt verbindlicher Steuerung werden Empfehlungen formuliert; weitere Schritte sollen erst nach Beobachtung der Umsetzung revidierter GDK-Empfehlungen geprüft werden.

Einschätzung Groupe Mutuel: Der Bundesrat will beobachten statt handeln. Es handelt sich entsprechend um eine Analyse ohne Konsequenz.

3. Neue Impulse durch Real-World-Daten

Seite 3/5

Die Studie «Future of Swiss Hospital Capacity Planning: New impulses from real-world evidence and stakeholder inputs» wurde von der Groupe Mutuel in Auftrag gegeben und durch die Universität St. Gallen durchgeführt.

Die Resultate der soeben veröffentlichten Studie zeigen anhand von Real-World-Daten (MedStat 2022), dass die heutige Spitalplanung vielfach nicht mit den tatsächlichen Patientenströmen übereinstimmt. **Interkantonale Abwanderung ist kein Randphänomen hochspezialisierter Medizin, sondern weit verbreitet – selbst bei Basisleistungen (BP).** In zahlreichen MedStat-Regionen werden 25–50 % oder mehr der Patienten ausserkantonale behandelt; in einzelnen Grenzregionen liegt der Anteil nahe bei 100 %. **Besonders betroffen sind u. a. Teile der West- und Zentralschweiz, der Nordwestschweiz sowie Ostschweizer Grenzräume.**

Die Muster unterscheiden sich je nach Spitalplanungsleistungsgruppe (SPLG): Während die Abwanderung bei Basisleistungen (BP) primär durch **geografische Nähe und Erreichbarkeit** erklärt wird, ist sie bei elektiven Eingriffen wie der Erstprothese Knie (BEW 7.2) stark **zentren- und spezialisierungsgetrieben**. Bei zerebrovaskulären Erkrankungen ohne Stroke Unit (NEU3) überlagern sich Nähe- und Zentrumseffekte. Empirisch belegt ist zudem, dass Outflow-Patienten deutlich längere Reisezeiten in Kauf nehmen – ein Hinweis, dass **interkantonale Versorgung gelebte Praxis ist und akzeptiert wird.**

Die Studie empfiehlt, **Planungsräume stärker an realen Patientenströmen sowie an Komplexität und Dringlichkeit auszurichten.** Für elektive, zentreeignete Leistungen

spricht dies für inter- oder suprakantonale Planung und koordinierte Leistungsaufträge, während bei Notfällen die Sicherstellung kurzer Reisezeiten zentral bleibt. Eine solche Differenzierung kann Qualität sichern und Effizienzgewinne ermöglichen.

Die Studienverfasser haben zudem einen Stakeholder-Dialog durchgeführt mit Vertretungen aus Kantonen, Spitälern, Politik, Versicherungen und Wissenschaft. Dabei wurde betont, dass eine geringe Auslastung kantonaler Leistungsaufträge unterschiedlichste Ursachen haben kann und vorsichtig zu interpretieren ist. Die Stakeholder sehen einen **klaren Bedarf an nationalen Gesundheitszielen und einem verlässlichen Rahmen für interkantonale und sektorübergreifende Versorgungsplanung**. Dabei sollen die Kantone koordinieren, den Spitälern jedoch ausreichend Handlungsspielraum für eine eigenständige Transformation («Bottom-up») belassen.

4. Vision der Groupe Mutuel

Zentrale Erkenntnisse

Für die Groupe Mutuel sind drei Erkenntnisse zentral:

- Weg von isolierter Spitalplanung hin zu einer **gesamtheitlichen Versorgungsplanung** – insbesondere mit fortschreitender Ambulantisierung und der Umsetzung von EFAS.
- Interkantonale **Patientenströme** als objektives Planungsinstrument, das reale Versorgungswege sichtbar macht.
- **Qualität ins Zentrum**: Planung und Vergütung müssen konsequent an Qualitätsindikatoren ausgerichtet werden (z. B. Mindestfallzahlen, PROMs, PREMs).

Vier Eckwerte für eine umfassende Versorgungsplanung

Seite 4/5

Aus Sicht der Groupe Mutuel gibt es vier Eckwerte, welche zur Erreichung einer effektiven und effizienten Versorgungsplanung zentral sind:

1. **Interkantonale Gesundheitsregionen**: Die Spitallandschaft der Zukunft ist in 5 bis 7 überkantonale Gesundheitsregionen organisiert (Kriterien u. a. Einwohnerzahl, bestehende Kooperationen, bestehende Patientenströme, Sprache, Geografie).
2. **Dritte Ebene für Leistungsgruppen**: Künftig soll das Angebot für hochspezialisierte Medizin weiterhin auf Ebene GDK geplant werden, das Angebot für spezialisierte Medizin neu auf Ebene der Gesundheitsregionen und die Grundversorgung weiterhin auf kantonaler Ebene.
3. **Transparente Finanzierung & Qualitätswettbewerb**: Die Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgung sind im Sinne von VBHC (pay-for-performance, bundled payment und capitation) zu reformieren, um den Nutzen für den Patienten endlich ins Zentrum zu stellen. Ebenso braucht es eine Reform der GWL: Separate Budgets nach einheitlichen und transparenten Kriterien.
4. **Versorgungsplanung gesamtheitlich denken**: Neben der Optimierung der Anzahl Spitäler und der verfügbaren Betten, muss auch die ambulante gemeindenahere Versorgung konsequenter geplant werden. Denkbar wäre, eine Planung für die ambulante Spitalversorgung zu schaffen (nach dem Vorbild der derzeitigen Spitalplanung und auf der Grundlage von Listen von Operationen, die nur ambulant durchgeführt werden dürfen).

Fazit

Es braucht einen **Mittelweg** zwischen Kantönligeist und nationaler Übersteuerung – mit **klarer Verpflichtung** statt unscharfen Empfehlungen.

Folgende **vier Eckwerte** sind aus Sicht der Groupe Mutuel für eine **umfassende Versorgungsplanung** zentral:

1. **Gesundheitsregionen statt Zentralismus oder Status quo:** Weder eine vollständig zentralisierte Spitalplanung auf Bundesebene noch ein unverändertes Festhalten am Status quo erscheinen zielführend. Fünf bis sieben Gesundheitsregionen mit klar definierten Leistungsgruppen könnten einen tragfähigen, föderal kompatiblen Ansatz darstellen.
2. **Nicht alles überall:** Hochspezialisiertes national, Spezialisiertes interkantonal, Grundversorgung kantonal – alles andere ist teuer und ineffizient. Die GDK geht hier grundsätzlich in die richtige Richtung, bleibt aber auf halber Strecke stehen, indem sie nur Empfehlungen statt Verpflichtungen aussprechen will und der ganze Prozess zu lange dauert.
3. **Qualität messbar machen und wegkommen von der Logik «Preis x Menge»:** Schweizweit einheitliche und verbindliche Qualitätskriterien sind zentral. Dazu gehören Mindestfallzahlen sowie Indikations- und Outcome-Qualität, die erhoben, ausgewertet und transparent gemacht werden. Ergänzend braucht es qualitätsorientierte Vergütungsmodelle (z. B. Pay for Quality) und klar geregelte GWL. So dass endlich der Nutzen für die Patienten ins Zentrum gerückt wird.
4. **Von einer reinen Spitalplanung hin zur umfassenden Versorgungsplanung:** Mit der zunehmenden Ambulantisierung muss dieser Bereich bei der Planung konsequent mitgedacht werden. Nur so kann eine optimale Versorgung erreicht werden.