

## JAAC 64.13

Entscheidung des Schweizerischen Bundesrates vom 17. Februar 1999, auch erschienen in Kranken- und Unfallversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 3/1999 S. 211

---

**Art. 39 LAMal. Admission des hôpitaux à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.**

**- Les décisions des gouvernements cantonaux en matière de listes hospitalières sont en principe sujettes à recours auprès du Conseil fédéral, même si l'art. 129 OJ n'exclut pas expressément le recours de droit administratif dans ce cas (consid. 1.1).**

**- Vu la subsidiarité du recours de droit public, le Conseil fédéral peut, dans le cadre des recours fondés sur l'art. 53 al. 1 LAMal, examiner également si l'autorité inférieure a violé le droit constitutionnel fédéral - en l'espèce l'autonomie communale (consid. 1.2).**

**- Les cantons sont tenus d'établir aussi pour les divisions semi-privées et privées des hôpitaux une planification hospitalière conforme à l'art. 39 al. 1 let. d LAMal (consid. 2.1).**

**- En vertu du droit fédéral, le gouvernement cantonal doit, en établissant la planification selon les besoins, envisager de réduire les surcapacités avérées en lits hospitaliers (consid. 3.4.2).**

**- Le pouvoir d'appréciation dont jouit le gouvernement cantonal l'autorise à préférer de réduire les coûts par la suppression d'unités hospitalières organisées plutôt que par la suppression linéaire du nombre de lits (consid. 4.4).**

**- Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une commune est autonome dans un domaine si le droit cantonal n'y instaure pas un régime exhaustif, mais confère à la commune une liberté de décision relativement importante et lui laisse le soin de régler la matière entièrement ou partiellement. La décision de supprimer le niveau**

***inférieur d'approvisionnement en soins et de ne pas inscrire les hôpitaux de ce niveau dans la liste des établissements qui accueillent des patients en division commune à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Liste A) ne viole pas l'autonomie communale (consid. 9).***

***- Les différends concernant l'admission des hôpitaux dans les listes hospitalières ne relèvent pas des contestations sur des droits de caractère civil au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (consid. 11).***

***- Le refus d'inscrire dans la liste A l'hôpital de district en cause prend effet six mois après la fin du mois dans lequel la présente décision est publiée dans la Feuille officielle. Jusque là l'hôpital de district est soumis au régime d'admission fixé à l'art. 101 al. 2 LAMal (consid. 13).***

---

***Art. 39 KVG. Zulassung von Spitälern zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.***

***- Verfügungen der Kantonsregierungen über Spitallisten unterliegen, auch wenn dieser Fall in Art. 129 OG nicht ausdrücklich von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausgenommen ist, grundsätzlich der Beschwerde an den Bundesrat (E. 1.1).***

***- Aufgrund der Subsidiarität der staatsrechtlichen Beschwerde kann der Bundesrat im Rahmen von Beschwerden nach Art. 53 Abs. 1 KVG auch prüfen, ob die Vorinstanz Bundesverfassungsrecht - vorliegend die Gemeindeautonomie - verletzt hat (E. 1.2).***

***- Die Kantone sind verpflichtet, auch für den Bereich der Halbprivat- und Privatabteilung der Spitäler eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG durchzuführen (E. 2.1).***

***- Gemäss Bundesrecht muss der Regierungsrat bei der Bedarfsplanung einen Abbau der ausgewiesenen Überkapazitäten an Spitalbetten anstreben (E. 3.4.2).***

***- Es liegt im Auswahlermessen des Regierungsrates, die Kosten mittels Aufhebung von organisatorischen Spitaleinheiten und nicht durch einen linearen Abbau von Spitalbetten einzudämmen (E. 4.4).***

***- Nach der Praxis des Bundesgerichts ist eine Gemeinde in einem Sachbereich autonom, wenn das kantonale Recht dafür keine abschliessende Ordnung trifft, sondern diese ganz oder teilweise der Gemeinde zur Regelung überlässt und ihr dabei eine relativ erhebliche Entscheidungsfreiheit einräumt. Der Entscheid, die unterste Versorgungsstufe aufzuheben und die dieser Stufe zugehörigen Regionalspitäler nicht in die Liste der Spitäler mit Zulassung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Liste A) aufzunehmen, verletzt die Gemeindeautonomie nicht (E. 9).***

***- Bei Streitigkeiten über die Aufnahme von Spitälern in die Spitallisten handelt es sich nicht um Streitigkeiten über zivilrechtliche Ansprüche im Sinne von Art. 6 § 1 EMRK (E. 11).***

**- Die Nichtaufnahme des in Frage stehenden Kreisspitals in die Liste A wird 6 Monate ab Ende jenes Monats rechtswirksam, in welchem der vorliegende Entscheid im Amtsblatt publiziert wird. Bis dahin gilt für das Kreisspital die Zulassungsregelung von Art. 101 Abs. 2 KVG (E. 13).**

---

**Art. 39 LAMal. Ammissione degli ospedali ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria.**

**- Contro le decisioni dei governi cantonali concernenti le liste ospedaliere è possibile il ricorso al Consiglio federale, anche se questo caso non è esplicitamente previsto dall'art. 129 OG (consid. 1.1).**

**- Vista la sussidiarietà del ricorso di diritto pubblico, nell'ambito dei ricorsi ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LAMal il Consiglio federale può anche verificare se l'autorità inferiore ha violato il diritto costituzionale federalo- nella fattispecie l'autonomia comunale (consid. 1.2).**

**- I Cantoni sono obbligati ad effettuare una pianificazione ospedaliera ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal anche per le divisioni semi-private e private (consid. 2.1).**

**- In virtù del diritto federale, il governo cantonale deve effettuare la pianificazione secondo il fabbisogno di cure e in tale contesto deve considerare la possibilità di ridurre le sovraccapacità accertate di letti (consid. 3.4.2).**

**- Il governo cantonale dispone di una libertà di apprezzamento che gli permette di optare per un contenimento dei costi sanitari attraverso la chiusura di unità ospedaliere e non attraverso una riduzione lineare del numero di letti d'ospedale (consid. 4.4).**

**- Secondo la prassi del Tribunale federale, un comune è considerato autonomo quando in un determinato ambito il diritto cantonale non prevede una regolamentazione esaustiva, lasciando quindi al comune stesso la possibilità di regolare parzialmente o interamente la situazione; in tal caso il comune dispone di una libertà decisionale relativamente grande. La decisione di sopprimere la categoria inferiore di copertura delle cure e di non includere gli ospedali di tale categoria nella lista degli ospedali che accolgono pazienti nella divisione comune a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria (lista A) non viola l'autonomia comunale (consid. 9).**

**- I litigi inerenti l'ammissione di ospedali nelle liste ospedaliere non costituiscono litigi su diritti di carattere civile ai sensi dell'art. 6 § 1 CEDU (consid. 11).**

**- La mancata ammissione nella lista A dell'ospedale distrettuale in causa entra in vigore 6 mesi dopo la fine del mese in cui la presente decisione è stata pubblicata nel Foglio ufficiale. Nel frattempo l'ospedale distrettuale beneficia della regola dell'art. 101 cpv. 2 LAMal (consid. 13).**

---

A. Mit Beschluss vom 25. Juni 1997 (im Folgenden: RRB 1347) erliess der Regierungsrat des Kantons Zürich (im Folgenden: Regierungsrat) die Zürcher Spitalliste 1998 (im Folgenden: Spitalliste 1998) mit den zugelassenen Akutspitälern, Rehabilitationskliniken und Spezialkrankenhäusern; das Inkrafttreten wurde auf den 1. Januar 1998 festgesetzt. Der Regierungsrat stützte sich hierbei auf den Planungsbericht vom Juni 1997, welcher das Ergebnis der Zürcher Spitalplanung zusammenfasst (Planungsbericht 1997).

A.1. Die *Spitalliste 1998* ist in zwei Abschnitte unterteilt. Abschnitt A (im Folgenden: Liste A) enthält die Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Liste A trennt ihrerseits die zugelassenen Institutionen nach Standorten (kantonal/ausserkantonal). Sie gibt an, ob es sich um ein öffentliches Spital oder ein Privatspital handelt und ob das Spital subventioniert wird, und führt die den Institutionen erteilten Leistungsaufträge an.

Der Abschnitt B (im Folgenden: Liste B) enthält die Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Halbprivat- und Privatabteilung. Die Liste B führt mit Ausnahme der Aussenstation der Klinik Wilhelm Schulthess (Standort Zurzach) und der Zürcher Hochgebirgsklinik Clavadel (Standort Davos-Clavadel) nur Institutionen mit kantonalem Standort an; Hinweise auf eine Subventionierung finden sich nicht, und Leistungsaufträge werden keine erteilt.

Bei der stationären somatischen Akutversorgung wird *planerisch* neu zwischen drei Versorgungsstufen unterschieden, welche die bisherigen vier Versorgungsstufen der Zürcher Krankenhausplanung 1991 (Fassung vom Dezember 1991; herausgegeben von der Gesundheitsdirektion; im Folgenden: Krankenhausplanung 1991) ablösen (Planungsbericht 1997, S. 11 ff. und 23 ff.; RRB 1347, S. 3, Ziff. 1, und S. 4, Ziff. 2).

A.2. Die bisherigen vier Stufen umfassen eine dezentrale teilregionale Grundversorgung (Regionalspitäler), eine erweiterte regionale Grundversorgung (Schwerpunktspitäler), eine spezialisierte überregionale Versorgung (Zentralspitäler) und eine hoch spezialisierte Versorgung (Spitäler des universitären Komplexes). Die höher spezialisierte Spitalkategorie deckt teilweise auch das Leistungsangebot der nachgeordneten Versorgungsstufen ab. Die vierstufige Struktur der bisherigen stationären Akutversorgung wird vervollständigt durch Ergänzungsspitäler. Diese bieten Leistungen an, welche von den jeweiligen Spitalkategorien nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden, so unter anderem im Bereich der Rehabilitationsmedizin, der Komplementärmedizin und weiterer medizinischer Spezialgebiete.

A.3. Die neue dreistufige Struktur gliedert sich wie folgt:

Die stationäre Grundversorgung (Stufe I) beschränkt sich auf die Behandlung häufiger Krankheiten und Unfälle und kann in der Regel ohne den Einsatz aufwendiger technisch-apparativer Mittel sowie spezialisierter Arbeitsteams abgedeckt werden; sie umfasst Bereiche der Inneren Medizin (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Rheumatologie, medizinische Onkologie und Akutgeriatrie), Chirurgie (Allgemeine Chirurgie), Gynäkologie, Geburtshilfe (Betreuung der schwangeren Frau mit normalem geburtshilflichem Risiko, Entbindung

und Betreuung im Wochenbett) und Kinderheilkunde (konsiliarärztliche pädiatrische Grundbetreuung). Die Versorgung auf der Stufe I wird von den regionalen Schwerpunktspitälern und teilweise - in ihren Spitalregionen - von den Zentralspitälern wahrgenommen.

Die spezialisierte Versorgung (Stufe II) erweitert das Leistungsspektrum der Grundversorgung um Fachgebiete wie Endokrinologie, Hämatologie, Kinderheilkunde, Neonatologie, Nephrologie, Neurologie, Gefäss-, Neuro- und Thoraxchirurgie sowie die Bereiche Interventionelle Radiologie, Radio-Onkologie, Infektiologie, Nuklearmedizin, Notfallabteilung, Pathologie, Apotheke mit Sonderfunktionen und Speziallabor. Die Versorgung auf der Stufe II wird von den Zentral- und Universitätsspitälern sichergestellt.

Die hoch spezialisierte Versorgung (Stufe III) betrifft das universitäre Angebot mit hoch spezialisiertem Fachpersonal und hoch differenzierten medizinisch-technischen Gerätschaften. Sie umfasst spezialisierte Fachgebiete wie Dermatologie, Immunologie, Infektiologie, Klinische Pharmakologie, Plastische und Wiederherstellungs-, Transplantations- und Kieferchirurgie, die Behandlung schwer Brandverletzter sowie den Bereich der spezialisierten Bakteriologie. Die Versorgung auf der Stufe III wird durch die Universitätsspitäler erbracht.

Bei der Rehabilitation steht die medizinische Rehabilitation im Vordergrund, so namentlich die Neurorehabilitation sowie die rheumatologische, traumatologisch-orthopädische, kardiologische und pneumatologische Rehabilitation sowie die spezialisierte geriatrische Akut-Rehabilitation.

Inner- und ausserkantonale Ergänzungsspitäler erhalten unter der neuen Struktur Leistungsaufträge für die Behandlung von Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons in der allgemeinen Abteilung, soweit der Bedarf nicht sinnvoll durch die Spitäler der genannten Stufen I-III gedeckt werden kann.

**A.4.** Der Regierungsrat geht davon aus, dass in den Zürcher Spitälern Überkapazitäten bestehen, und berücksichtigt daher in der Liste A grundsätzlich nur solche privaten und öffentlichen Akutspitäler, welche gestützt auf die bisherige Planung bereits einen wesentlichen Auftrag des Kantons Zürich zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung hatten und auch weiterhin für die Versorgung von nur grundversicherten Patientinnen und Patienten benötigt werden (RRB 1347, S. 5, Ziff. 4).

Im Einzelnen sind namentlich folgende Massnahmen zu nennen (Planungsbericht 1997, S. 20 ff., und RRB 1347, S. 5 f., Ziff 4):

Was die Grundversorgung für das ganze Kantonsgebiet angeht, hebt der Regierungsrat die Spitalkategorie «Regionalspitäler» (dezentrale teilregionale Grundversorgung) auf. Sechs Regional- und Ergänzungsspitäler (im Folgenden: Regionalspitäler) erhalten keinen Leistungsauftrag zur stationären Behandlung von Zürcher Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Abteilung (Akutabteilung) und werden nicht in die Liste A aufgenommen (Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald). Das Bezirksspital Affoltern, das Krankenhaus Sanitas (Kilchberg) und das Kreisspital Rüti werden auf Grund des Bedarfs weiterhin benötigt und neu als Ergänzungsspitäler eingeteilt; das Spital Richterswil erhält einen

Leistungsauftrag für Komplementärmedizin. Mit diesen Massnahmen lassen sich gegenüber 1994 nach den Berechnungen der Vorinstanz rund 310 Betten in den allgemeinen Abteilungen der genannten Spitäler einsparen.

In Horgen ist ein regionales Schwerpunktspital aufzubauen, und die Spitäler Horgen und Wädenswil sollen gemäss einem noch zu bestimmenden Zeitplan zusammengelegt werden.

Was die Grundversorgung für die Stadt Zürich betrifft, soll der bisherige kantonale Leistungsauftrag für das Ergänzungsspital Schweizerische Pflegerinnenschule nur teilweise und bei Fusion mit einem anderen Spital aufrechterhalten werden. Das genannte Spital plant, mit dem Spital Neumünster in Zollikerberg zu fusionieren. Das neue Spital wird auf Grund seiner Grösse und seines Leistungsumfanges neu als regionales Schwerpunktspital geführt werden können. Von der Fusion erwartet der Regierungsrat eine Einsparung von 100-120 Betten.

Was die spezialisierte und hoch spezialisierte Versorgung in der allgemeinen Abteilung angeht, sollen gegenüber dem Stand von 1994 am Universitätsspital Zürich gezielt 100 Betten und am Stadtspital Triemli 70 Betten abgebaut werden. Weiter wird die Koordination zwischen den Spitälern verstärkt. Die Maternité Inselhof wird angehalten, die Infrastrukturen so weit als möglich mit dem Spital Triemli zusammenzulegen. In den Kliniken Balgrist und Wilhelm Schulthess sind die medizinischen, administrativen und hauswirtschaftlichen Infrastrukturen so weit als möglich zusammenzulegen.

Aus den Massnahmen resultiert gesamtkantonal ein Abbau von rund 600 Betten in den Zürcher Spitälern (RRB 1347, S. 5, Ziff. 4).

**A.5.** Im Personalbereich wird mit einem Abbau von rund 500 Stellen (somatischer Akutbereich) gerechnet, dem ein eventueller Mehrbedarf in der Langzeitpflege gegenübersteht (Planungsbericht 1997, S. 30).

**B.** Gegen die Listen A und B wurden beim Bundesrat insgesamt 22 Beschwerden eingereicht.

Von den anderen 21 Beschwerden betreffen deren 6 öffentliche Zürcher Spitäler, die nur auf der Liste B figurieren, wobei es in zwei Beschwerden um dasselbe Spital geht. Weiter führen 10 ausserkantonale Privatkliniken Beschwerde, welche nicht in die Spitalliste 1998 aufgenommen wurden und wovon einige in Grenzgebieten zum Kanton Zürich tätig sind. Und schliesslich sind 5 im Kanton Zürich gelegene Privatspitäler zu nennen, von welchen 4 nur auf der Liste B figurieren, während eines zwar auf der Liste A aufgeführt ist, jedoch nur einen beschränkten Leistungsauftrag erhalten hat.

Die meisten Beschwerdeführer beantragen die Aufnahme in die Spitalliste 1998 (A und/oder B) oder verlangen eine Änderung der erteilten Leistungsaufträge. Einige Beschwerdeführer beantragen zudem die ganze oder teilweise Aufhebung der Spitalliste beziehungsweise den Aufschub des

Inkrafttretens der Listen A und B. Ein einzelner Antrag zielt darauf ab, dem betreffenden Spital den Beitritt zu Spitalabkommen des Kantons Zürich mit anderen Kantonen zu ermöglichen.

**C.** Zu den Regionalspitälern, welche nicht in die Liste A, sondern nur in die Liste B aufgenommen wurden, gehört auch das Kreisspital Bauma.

**C.1.** Der Regierungsrat begründete diesen Entscheid insbesondere damit, das Kreisspital Bauma betreibe eine wenig komplizierte Medizin. Es versorge lediglich 3,7% der Spitalbehandlungsfälle in der Region Wetzikon. Das Angebot entspreche im Wesentlichen der Stufe Grundversorgung. Rund 55% aller operativen Eingriffe würden ambulant durchgeführt. Trotz des vergleichsweise tieferen Versorgungsspektrums kämen die Kosten pro Patientenaustritt im Spital Bauma etwa gleich hoch zu stehen wie in der allgemeinen Abteilung des Schwerpunktsitals Wetzikon. Die Patientinnen und Patienten des Spitals Bauma könnten von den Spitälern Wetzikon, Uster und Rüti sowie vom Kantonsspital Winterthur übernommen werden. Für den Rettungsdienst könne eine spezifische Lösung im Raum Bauma gefunden werden. Insgesamt werde sich die medizinische Versorgung für die Bevölkerung im oberen Tösstal durch den Wegfall des Spitals Bauma jedenfalls nicht verschlechtern. Demgegenüber würden der Auslastungsgrad und die Wirtschaftlichkeit der benachbarten Spitäler sich verbessern und damit der Gesamtaufwand pro Patient in den Spitalregionen Wetzikon und Uster insgesamt sinken (RRB 1347, S. 7).

**C.2.** Der Zweckverband des Kreisspitals Bauma (im Folgenden: Beschwerdeführer) führte mit Eingabe vom 22. August 1997 Beschwerde gegen die Spitalliste 1998 und beantragte:

1. die Liste A sei aufzuheben und zur Neufestsetzung zurückzuweisen;
2. die Vorinstanz sei anzuweisen, das Kreisspital Bauma auf die Liste A bzw. auf eine Liste ohne Einschränkungen im vollen Umfange seines bisherigen Leistungsangebotes aufzunehmen;
3. der Leistungsauftrag für die Liste B sei durch den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu präzisieren;
4. sollte der bundesrätliche Entscheid nach dem 31. Dezember 1997 ergehen, so sei vorweg im Sinne einer vorsorglichen Massnahme festzustellen, dass der Beschwerdeführer im vollen bisherigen Leistungsumfang als Leistungserbringer gemäss Art. 35 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) anzusehen sei;
5. sollte der Bundesrat dem Antrag gemäss Ziff. 1 folgen, so sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer bis zur rechtskräftigen Festsetzung der Zürcher Spitalliste als Leistungserbringer gemäss Art. 35 KVG anzusehen sei;
6. der Bundesrat werde ersucht, das im KVG die kantonale Spitalliste betreffende Rechtsmittelverfahren sowie seine Rechtsmittelbelehrung im Einklang mit Art. 6 § 1 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) umzugestalten;

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdegegners.

(...)

**C.4.** Zum Sachverhalt bringt der Beschwerdeführer vor, Träger des Spitals sei der Zweckverband des Kreisspitals Bauma. Dieser umfasse sieben politische Gemeinden und sei auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Das Spital werde seit 1930 betrieben. Es bestehe aus einem Akutspital sowie einem Krankenhaus (mit 23 Betten). Das vom RRB 1347 anvisierte Akutspital verfüge über 21 Betten. Der Akutspitalbetrieb umfasse die Bereiche der Medizin, der Chirurgie sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Spital betreibe eine Tagesklinik mit 4 Betten und garantiere permanente Notfallaufnahmebereitschaft. Auf dem Spital basiere ein regionaler Rettungsdienst rund um die Uhr.

Die Bettenbelegung im Akutspital habe 1995 bei 79,3% und 1996 bei 76,4% gelegen. Damit liege die Bettenbelegung im oberen Segment der öffentlichen Spitäler des Kantons. Die Patientinnen und Patienten kämen praktisch zu 99% aus dem Kanton Zürich.

Die Spitalplanung führe im Ergebnis zu einer Halbierung der regional erforderlichen Bettenzahl für das Zürcher Oberland und zu einer völligen Streichung in der Region Bauma.

Der von der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (im Folgenden: Gesundheitsdirektion) erstellten Austrittsstatistik für das Jahr 1995 könne man entnehmen, dass von rund 9228 Akutpatientinnen und -patienten aus der Region Wetzikon 6096 in der Region selbst, davon 360 im Spital Bauma, behandelt worden seien. Die Statistik unterscheide jedoch nicht zwischen der Grundversorgung und weiteren Akutversorgungsarten, wie sie ausschliesslich an den kantonalen Spitälern oder den in der Stadt Zürich ansässigen Spezialkliniken angeboten würden. Der prozentuale Anteil des Kreisspitals Bauma an der regional erbrachten Grundversorgung dürfte daher tatsächlich weit höher liegen. Im Vergleich mit anderen Spitalregionen des Kantons liege der Anteil der in den Spitälern der Region Oberland versorgten Patientinnen und Patienten mit rund zwei Dritteln sehr hoch. Die Ursache hierfür liege in den topographischen, voralpin geprägten Verhältnissen.

Für den Vergleich der Kostenstruktur an den regionalen Spitälern und den kantonalen Zentralspitälern bzw. den städtischen Spitälern in der Stadt Zürich fehlten transparente Grundlagen. Die Tabelle der Gesundheitsdirektion vom 18. Juni 1997 zur «Wirtschaftlichkeit der kantonalen staatsbeitragsberechtigten Spitäler 1995» (im Folgenden: Austrittskosten 1995) zeige zwar den Aufwand je Spitalaustritt in der allgemeinen Abteilung auf, ohne allerdings anzugeben, welche Leistungen damit verbunden seien. Wenn man die Statistik näher betrachte, so zeige sich, dass das Kreisspital Bauma im Vergleich mit anderen Regionalspitälern in der «Mittelgruppe», aber tiefer als Schwerpunktspitäler liege. Beim Spital Bauma spielten verschiedene Sonderfaktoren eine Rolle, welche die Kosten in die Höhe trieben. Wenn diese Faktoren berücksichtigt würden, so zeige sich, dass das Spital Bauma sehr kostengünstig arbeite.

Rechtlich macht der Beschwerdeführer zur Liste A geltend, dass das Kreisspital Bauma unbestrittenermassen die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen für die Aufnahme in die Spitalliste (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG) erfülle.

Was die Publizitäts- und Transparenzvoraussetzungen sowie die Bedarfsplanung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG) angehe, beruhe das Konzept der Vorinstanz nicht auf den notwendigen empirischen und transparenten Grundlagen, die für eine korrekte Ermessensausübung notwendig wären. Es bestünden klare Belege dafür, dass die vom Kreisspital Bauma erbrachten Leistungen gesamtkantonal zu den kostengünstigsten gehörten.

Die Planung trage auch der besonderen Lage des Kreisspitals Bauma nicht Rechnung, welches in der voralpinen Region liege und dort Leistungen erbringe, die nicht substituierbar seien (so namentlich für die Notfallversorgung der Region). Nicht berücksichtigt habe die Vorinstanz auch, dass das Kreisspital Bauma ambulant und unterstützend auch stationär in der kantonal nicht abgedeckten Komplementärmedizin tätig sei; das Paracelsus-Spital sei anthroposophisch tätig und decke nur den geringsten Teil des komplementärmedizinischen Spektrums ab.

Die Region sei zudem wirtschaftlich benachteiligt und würde durch die Schliessung des Spitals weitere Arbeitsplätze und Lehrstellen verlieren.

Schliesslich verstosse die Liste A auch gegen die Gemeindeautonomie, welche das Zürcher Recht den Gemeinden auf dem Gebiete der stationären Grundversorgung einräume.

**C.5.** Was die Liste B angehe, werde diese weder im angefochtenen Beschluss noch sonst wo in den Akten der Vorinstanz definiert. Die Liste B könne nur als eine Liste im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG angesehen werden. Liste A und Liste B bildeten eine Einheit, die sich aus der Sicht der Planung ergänzten. Die Liste B könne daher nur die Bedeutung haben, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten auf der Halbprivat- oder Privatabteilung eines Spitals der Liste B zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehe, weil allein dies Gegenstand des KVG sei.

**D.** Am 5. September 1997 und damit binnen der bis zum 15. September 1997 angesetzten Frist hat der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss von Fr. 1500.- bezahlt.

**E.** Mit Schreiben vom 12. September 1997 hat der Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) für alle Beschwerden eine gemeinsame Vernehmlassung erstattet. Er hält einleitend fest, dass er und das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) sich grundsätzlich für die Zürcher Spitalliste 1998 ausgesprochen und auf die Einreichung einer Beschwerde gegen die Aufnahme bestimmter Spitäler in die Liste A verzichtet hätten.

**E.1.** Auf Grund des Kostenanstiegs in der stationären Versorgung und der Pflicht der Versicherer, bei nicht subventionierten Spitälern 100% der anrechenbaren Betriebskosten zu übernehmen, gehe der VZKV mit dem Regierungsrat einig, dass auf der Liste A primär subventionierte öffentliche und private Spitäler berücksichtigt werden sollten. Bei der angemessenen Berücksichtigung privater Trägerschaften, wie sie in Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG verlangt werde, sei auch darauf zu achten, ob eine Privatklinik bereits vor oder mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 über eine allgemeine Abteilung verfügt habe und in welchem Umfange sie seither allgemein versicherte Patientinnen und Patienten behandle. Dazu sei zunächst festzuhalten, dass keine der nicht subventionierten Privatkliniken im Kanton

Zürich per 1. Januar 1996 einen Tarifvertrag mit den Krankenversicherern für die allgemeine Abteilung abgeschlossen und bis zum heutigen Zeitpunkt auch keine dieser Kliniken um Abschluss eines Tarifvertrags nachgesucht habe. Den Kenndaten 1996 (Tabellen 2.2 und 2.6) der Zürcher Spitäler (herausgegeben von der Gesundheitsdirektion; im Folgenden: Kenndaten 1996) lasse sich entnehmen, dass die nicht subventionierten Privatkliniken lediglich mit rund 11,5% (= 189 000 Pfl egetage) an den 1996 verrechneten Pfl egetagen in den Akutabteilungen der Zürcher Spitäler (= 1 651 224 Pfl egetage) beteiligt gewesen seien. Von diesen 11,5% wiederum entfielen lediglich rund 11% (= ca. 20 500 Pfl egetage) auf die allgemeine Abteilung. Hieraus lasse sich einwandfrei folgern, dass die nicht subventionierten Privatkliniken praktisch nur zu einem verschwindend kleinen Anteil allgemein versicherte Patientinnen und Patienten behandelten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass jene zwei Privatspitäler mit dem weitaus grössten Anteil von Patientinnen und Patienten auf der allgemeinen Abteilung (= rund 12 000 Pfl egetage), nämlich die Bircher Klinik Susenberg und das Paracelsus-Spital Richterswil, auf der Liste A figurierten.

Der VZKV sei daher der Auffassung, dass sämtliche nicht subventionierten Privatspitäler im Rahmen ihres angestammten Tätigkeitsbereiches bzw. der von ihnen behandelten Anzahl Patientinnen und Patienten auf der allgemeinen bzw. privaten/halbprivaten Abteilung auf den Listen A und B angemessen berücksichtigt seien.

**E.2.** Was die ausserkantonalen nicht subventionierten Privatspitäler angehe, vertrete der VZKV die Ansicht, dass die zusätzliche Aufnahme von solchen Spitälern in die Liste A dem Abbau von überzähligen Betten im Kanton Zürich zuwiderlaufe. *Eventualiter* sei in Betracht zu ziehen, dass für die Aufnahme von ausserkantonalen Spitälern in die Spitalliste die gleichen Entscheidungskriterien wie bei innerkantonalen Spitälern zur Anwendung gelangten.

**E.3.** Zur regionalen Bettenplanung und zur Frage der Wirtschaftlichkeit nehme der VZKV nicht Stellung, weil für ihn mehr die gesamtkantonale Bettenkapazität und weniger die regionalpolitische Betten(fein)planung im Vordergrund stehe. Immerhin sei aber darauf hinzuweisen, dass eine regional unterschiedliche Bettenzuteilung ihre Berechtigung habe. Einerseits komme darin unter anderem auch das Spitalwahlverhalten der Bevölkerung sowie das Ansehen, welches ein Spital in der Bevölkerung geniesse, zum Ausdruck. Andererseits erklärten auch die Grösse und die Standorte der bereits bestehenden Zentral- und Schwerpunktspitäler die differenzierte regionale Bettendichte. Der Verband gehe bei der vom Regierungsrat verfolgten Spital-Konzentrationspolitik davon aus, dass sich wichtige Kostenparameter durch höhere Bettenauslastung und weitere Synergie-Effekte im positiven Sinne verändern würden. Daher könne auch nicht mehr von der heutigen Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden. Dieser Aspekt werde sich bei einer mittel- und langfristigen Betrachtungsweise relativieren und damit auch entsprechend an Gewicht verlieren.

**E.4.** Eine Schwachstelle der Planung in quantitativer Sicht bilde der Rehabilitationsbereich. Ohne genauere statistische Angaben über die diagnosebezogene Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten sei es auch für den VZKV schwierig zu beurteilen, inwieweit die auf der Liste A

aufgeführten Spitäler quantitativ und fachlich-qualitativ in der Lage seien, die Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Der Verband empfehle daher, im Rehabilitationsbereich weitere Entscheidungsgrundlagen zu verlangen, die eine präzisere Beurteilung erlaubten.

**E.5.** Was die Liste B betreffe, könne sich der VZKV mit der Präzisierung einverstanden erklären, wonach die Liste Institutionen mit Zulassung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Halbprivat- und Privatabteilung des Spitals umfasse.

Die ungenügende Kostenausscheidung zwischen Grund- und Zusatzversicherung falle nach Auffassung des VZKV nicht unter den Regelungsbereich von Art. 39 KVG und damit der Spitalplanung, sondern unter Art. 49 KVG und damit in den Sektor der Spitaltarife.

**F.** Mit Vernehmlassung vom 6. Oktober 1997 beantragte die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (im Folgenden: Gesundheitsdirektion) namens des Regierungsrates, die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei, und - für den Fall, dass der Beschwerdeentscheid im Jahre 1997 nicht mehr getroffen werden könne - der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen und festzustellen, dass das Kreisspital Bauma für die Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zugelassen sei. Die relevanten Fakten seien liquid, weshalb auch auf die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels zu verzichten sei.

**F.1.** Die Gesundheitsdirektion betont vorweg die grosse Bedeutung der Beschwerdesache, der überkantonale Bedeutung zukomme. Die Planungsgrundlagen seien sorgfältig erhoben und der Entwurf der Spitalliste in eine Vernehmlassung gegeben worden. Da der Kantonsrat einer gegen die Spitalliste eingereichten Behördeninitiative die vorläufige Unterstützung verweigert habe, sei die Liste auch politisch abgestützt, zumal auch die Krankenversicherer sich für die Zürcher Spitalliste ausgesprochen hätten.

Bei einer Aufhebung der Spitalliste als Ganzes oder in wesentlichen Teilen stünde der Kanton vor einem Scherbenhaufen und wäre wegen der zu erwartenden Verzögerungen um drei bis fünf Jahre eine unerträgliche finanzielle Belastung des Gesundheitswesens zu erwarten, gehe man doch von einem jährlichen Spareffekt von 165 Millionen Franken aus.

**F.2.** Rechtlich stütze sich der Regierungsrat auf Art. 39 Abs. 1 KVG, der für die Spitalliste eine Bedarfsanalyse voraussetze, wozu insbesondere die Definition der Versicherten nach medizinischen Kategorien sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten gehörten.

Die Spitalliste 1998 gehe von einer gesamtheitlichen Betrachtungsweise aus. Die Möglichkeiten der modernen Medizin verlangten nach einer Straffung der bestehenden Strukturen. Mit der Konzentration der Patientenströme in grösseren, betriebswirtschaftlich optimalen Einheiten könnten die bestehenden Ressourcen intensiver genutzt und die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung insgesamt verbessert werden. Dieses Konzept bedinge die Aufhebung der kleinsten Einheiten, nämlich der Regionalspitäler, was zu einer besseren Auslastung der Schwerpunktspitäler führe. Wenn man bloss die Bettenzahl linear abbaue, ohne einzelne Spitäler aufzuheben, lasse sich der

verlangte Rationalisierungsgewinn nicht erzielen. Dass die Schliessung von Schwerpunkt- oder Zentralspitälern ausgeschlossen sei und keine Alternative zur Schliessung von Regionalspitälern darstelle, bedürfe keiner näheren Begründung.

Der Gesundheitsdirektion stünden zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Instrumente zur Verfügung, die in den vergangenen Jahren ständig verbessert worden seien und für den Entscheid über die Spitalliste 1998 genügten. Auch wenn die Gesamtwirtschaftlichkeit der Spitäler erst bedingt vergleichbar sei, habe der Bundesrat dem Kanton Zürich im Entscheid über die Spitaltarife vom 13. August 1997 (Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Kranken und Unfallversicherung [RKUV] 6/1997 S. 367, E. 10.3) immerhin attestiert, dass er im Vergleich zu anderen Kantonen grössere Anstrengungen unternommen habe, um die Kostentransparenz zu verbessern und überkapazitäten abzubauen.

Zum Sachverhalt bringt die Gesundheitsdirektion vor, dass das Kreisspital Bauma lediglich 21 Akutbetten aufweise und damit keine sinnvolle betriebswirtschaftliche Grösse erreiche. Es bestehe keine Notfallabteilung, sondern eine Notfallaufnahme ohne eigenen Stellenplan. Die Bettenbelegung habe von 1992 bis 1996 mit Ausnahme des Jahres 1995 immer deutlich unter dem kantonalen Durchschnitt gelegen.

Dass die Region nach der Schliessung der Akutabteilung in Bauma medizinisch unterversorgt sein werde, treffe nicht zu. Das Spital Bauma versorge nur knapp 4% der Akutpatienten der Spitalregion Wetzikon; diese Patientinnen und Patienten könnten von den benachbarten Spitälern übernommen werden. Das Kostenniveau liege deutlich über demjenigen der Schwerpunktspitäler, obwohl diese anspruchsvollere Aufgaben erfüllten als Regionalspitäler. Der Hauptgrund für diese überhöhten Kosten liege im betriebswirtschaftlich ungünstigen Verhältnis zwischen Bettenkapazität und Infrastruktur. Dies schlage sich in einem zu hohen Fixkostenanteil je Fall nieder.

Die vom Beschwerdeführer erwähnten Besonderheiten, welche für die Aufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A sprächen, seien entweder nicht gegeben oder könnten nicht berücksichtigt werden. Die Notfallversorgung der Bevölkerung der Region sei auch ohne Spital Bauma gewährleistet, die komplementärmedizinische Versorgung werde durch das Paracelsus-Spital Richterswil abgedeckt, und die regionale Wirtschaftsförderung obliege nicht der sozialen Krankenversicherung, weshalb dieser Aspekt nicht ins Gewicht fallen könne.

**F.3.** Was die Gesundheitsdirektion im Einzelnen zu den Einwänden vorbringt, welche der Beschwerdeführer gegen die Liste A erhebt, wird in den rechtlichen Erwägungen wiedergegeben.

**F.4.** Zur Liste B führt die Gesundheitsdirektion aus, dass im Zusatzversicherungsbereich auf Grund der Vorschriften des Privatrechts freier Wettbewerb herrschen müsse. Den Kantonen komme dabei lediglich die Aufgabe zu, für gleiche Wettbewerbsbedingungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen zu sorgen. In die Liste B seien daher sämtliche antragstellenden Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Zürich aufgenommen worden. Diesen Institutionen solle

im Sinne der vom Bundesrat vertretenen Auffassung ermöglicht werden, diese Leistungen teilweise zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen.

(...)

**H.** Mit Vernehmlassung vom 30. April 1998 nahm das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) gemeinsam Stellung zu allen Beschwerden.

**H.1.** Das BSV äussert sich im ersten (allgemeinen) Teil einleitend zur Leistungspflicht der Krankenversicherer, auch wenn diese Frage nach seiner Meinung an und für sich nicht in die Zuständigkeit des Bundesrates fällt. Sodann beschreibt das Amt im Einzelnen die Kriterien, welche die Zulassung der Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regeln (Art. 39 Abs. 1 KVG).

**H.2.** Im zweiten (besonderen) Teil geht das BSV auf die Spitalliste 1998 ein. Es beschreibt zunächst das Verfahren zum Erlass der Liste sowie deren Merkmale und Struktur. Hernach beurteilt das Amt die Liste im Einzelnen aus der Sicht des Bundesrechts und kommt zu folgenden Schlüssen:

**H.2.1.** Für die Gliederung der Spitalliste 1998 in die Listen A und B bestehe rechtlich ein Spielraum, allerdings nur so weit, als die Liste als Ganzes auf derselben Planungsbasis erstellt worden sei und als umfassende Aufstellung dienen könne.

Die Liste B sei indes nach Ansicht des BSV ungenügend geplant. Die Kapazitäten seien nicht festgelegt, was dem Planungsauftrag des KVG zuwiderlaufe und der sozialen Krankenversicherung vermeidbare Kosten verursachen könne. Die Kapazitäten sollten wenigstens global den in der Liste aufgeführten Spitälern zugeordnet werden.

**H.2.2.** Bei der innerkantonalen Akutmedizin betrachte das BSV die Planung als genügend. Eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung der Bevölkerung bleibe gewährleistet, auch wenn die Regionalspitäler nicht in die Liste A aufgenommen würden. Angesichts der kantonalen überkapazitäten im Akutbereich sei Zürich nach der Praxis des Bundesrates ferner nicht verpflichtet, ausserkantonale Leistungserbringer in die Liste aufzunehmen.

Was die stationäre medizinische Rehabilitation angehe, führe der Regierungsrat aus, dass die Institutionen mit kantonalem Standort den Bedarf nicht vollumfänglich decken könnten und der Zusatzbedarf durch Leistungsaufträge an ausserkantonale Kliniken zu befriedigen sei. Für das BSV sei auf Grund der verfügbaren Unterlagen jedoch nicht ersichtlich, wie die Auswahlkriterien im Einzelfall gewichtet und in die Evaluation einbezogen worden seien. Die Akteneinsicht durch eine Delegation des BSV und deren persönliche Vorsprache bei der Gesundheitsdirektion hätten indes glaubhaft ergeben, dass im Rehabilitationsbereich eine Bedarfsschätzung erstellt, eine sachgerechte Evaluation durchgeführt und auf der Grundlage dieser Faktoren die entsprechenden Leistungsaufträge erteilt worden seien. Nach Auffassung des BSV reiche die vom Kanton Zürich vorgenommene Schätzung im Moment

aus, um den Bedarf abzudecken; doch müsse für die zukünftige Erstellung der Spitalliste die Evaluation transparenter und verständlicher aufgearbeitet und vor allem offen gelegt werden.

**H.2.3.** Die hoch spezialisierte Versorgung der Zürcher Bevölkerung werde durch die Zürcher Universitätsspitäler abgedeckt.

**H.2.4.** Im Bereich der Komplementärmedizin habe das Paracelsus-Spital Richterswil einen Leistungsauftrag erhalten. Nach den heutigen Kenntnissen in dieser noch relativ jungen Disziplin dürfe angenommen werden, dass der Bedarf momentan gedeckt sei.

**H.3.** Auf Grund dieser Erwägungen kommt das BSV zum Schluss, dass die Beschwerden teilweise gutzuheissen seien und die Spitalliste 1998 in Teilbereichen zur Überarbeitung zurückzuweisen sei. Die Bemühungen des Kantons Zürich zur Erfüllung der Spitalplanung würden anerkannt, und die Liste A sei auf Grund der umfassenden Erhebungen und der vorliegenden Daten als bedarfsgerecht zu beurteilen. Die Transparenz der Liste sei jedoch nicht in allen Bereichen genügend (komplizierter und verschachtelter Aufbau, mangelnde Verweisungen). Es sei daher verständlich, dass die Beschwerdeführer Einwände geltend machten, weil sie Rechtmässigkeit und Verhältnismässigkeit der mit der Spitalliste 1998 verbundenen Massnahmen nicht verifizieren könnten.

(...)

Aus den Erwägungen:

## 1. Formelles

**1.1.** Vorab ist zu prüfen, ob das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) oder der Bundesrat für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde grundsätzlich zuständig ist.

Gemäss Art. 128 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 (Bundesrechtspflegegesetz [OG], SR 173.110) beurteilt das EVG letztinstanzlich Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 97, Art. 98 Bst. b-h und Art. 98a OG auf dem Gebiet der Sozialversicherung, sofern nicht eine der in Art. 129 OG vorgesehenen Ausnahmen vorliegt (Generalklausel mit abschliessender Enumeration der Ausnahmen).

Zu diesen Ausnahmen gehören Verfügungen der Kantonsregierungen über Spitallisten, auch wenn dieser Fall in Art. 129 OG nicht ausdrücklich von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausgenommen ist.

Aus Gründen der Rechtsklarheit ist die Aufnahme in den Katalog der Ausnahmen zwar angezeigt, aber nicht Bedingung für die rechtliche Gültigkeit einer solchen Ausnahme. Die Praxis anerkennt auch Ausnahmen von der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die in anderen Gesetzen geregelt sind, so namentlich dann, wenn diese als spezialgesetzliches und späteres Recht der Generalklausel von Art. 128 OG vorgehen und diese insoweit einschränken. Diese Voraussetzungen sind für kantonale Verfügungen über Spitallisten mit Art. 53 Abs. 1 KVG erfüllt. Nach dieser Bestimmung kann gegen Verfügungen

der Kantonsregierungen und gegen kantonale Erlasse, welche in Anwendung von Art. 39, Art. 45, Art. 46 Abs. 4, Art. 47, Art. 48 Abs. 1-3, Art. 49 Abs. 7, Art. 51, Art. 54 und Art. 55 KVG getroffen wurden, beim Bundesrat Beschwerde erhoben werden.

Der angefochtene Beschluss des Regierungsrats des Kantons Zürich vom 25. Juni 1997 betreffend den Erlass der Spitalliste unterliegt daher grundsätzlich der Beschwerde an den Bundesrat.

**1.2.** In der Begründung der Beschwerde macht der Beschwerdeführer neben der Verletzung des KVG auch geltend, der angefochtene Beschluss verstosse gegen die Gemeindeautonomie, und begründet dies anhand der einschlägigen Bestimmungen des kantonalen Rechts näher.

**1.2.1.** Es fragt sich, ob der Bundesrat die Autonomierüge materiell prüfen kann oder ob dafür das Bundesgericht zuständig ist, weil die Verletzung verfassungsmässiger Rechte grundsätzlich mit staatsrechtlicher Beschwerde beim Bundesgericht zu rügen ist (Art. 84 Abs. 1 Bst a OG). Die staatsrechtliche Beschwerde ist indes unzulässig, wenn die behauptete Rechtsverletzung sonst wie durch Klage oder Rechtsmittel beim Bundesgericht oder bei einer anderen Bundesbehörde gerügt werden kann (Art. 84 Abs. 2 OG; Subsidiarität der staatsrechtlichen Beschwerde).

**1.2.2.** Gemäss Art. 53 Abs. 1 KVG kann gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen über Spitallisten nach Art. 39 KVG Beschwerde an den Bundesrat geführt werden. Dieser prüft, ob der angefochtene Beschluss Bundesrecht verletzt (vgl. Art. 53 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 49 Bst. a VwVG). Zum Bundesrecht gehört nach der Praxis auch das Bundesverfassungsrecht. Der Bundesrat prüft daher im Rahmen von Beschwerden gegen kantonale Spitallisten auch die Rüge der Verletzung von Bundesverfassungsrecht (RKUV 4/1997 S. 268, E. 11.3). Soweit in solchen Fällen parallel auch staatsrechtliche Beschwerden beim Bundesgericht erhoben wurden, ist dieses daher darauf gemäss Art. 84 Abs. 2 OG nicht eingetreten und hat die Akten von Amtes wegen an den Bundesrat überwiesen. Nach der Praxis des Bundesrates gehört zum Verfassungsrecht, das dieser im Rahmen von Verwaltungsbeschwerden überprüft, auch die Gemeindeautonomie (VPB 46.55 E. 4 und 5 S. 308 ff., ferner auch VPB 38.105 E. 1 S. 78).

**1.2.3.** Wenn somit die Gemeindeautonomie zum Bundesverfassungsrecht gehört, wie auch der Beschwerdeführer annimmt, ergibt sich aus den vorgenannten Entscheiden des Bundesrates, dass dieser im Rahmen von Beschwerden nach Art. 53 Abs. 1 KVG auch prüfen kann, ob die Vorinstanz die Gemeindeautonomie verletzt hat. Insoweit weicht nach Art. 84 Abs. 2 OG die staatsrechtliche Beschwerde an das Bundesgericht der Verwaltungsbeschwerde an den Bundesrat. Für die Beurteilung der Autonomierüge bei Beschwerden gegen kantonale Spitallisten ist in diesem Sinne der Bundesrat zuständig, wenn eine Gemeinde geltend macht, die kantonale Vorinstanz habe mit dem Erlass der Spitalliste gegen das KVG verstossen, und sich zusätzlich darüber beklagt, die Vorinstanz habe in

den Ermessensspielraum der Gemeinde eingegriffen und insofern im Zusammenhang mit der Anwendung von Bundesrecht ihre Befugnisse überschritten.

**1.2.4.** Nach derselben Regel gestaltet sich vor Bundesgericht das Verhältnis der staatsrechtlichen Beschwerde zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Auch das Bundesgericht überprüft dann, wenn in engem Sachzusammenhang mit dem fraglichen Bundesrecht auch kantonale Vorschriften angewendet worden sind, deren Handhabung im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbeschwerde und tritt insoweit auf staatsrechtliche Beschwerden von Gemeinden wegen Verletzung der Gemeindeautonomie nicht ein ([BGE 121 II 237 E. 1](#)).

**1.3.** Anfechtbar vor dem Bundesrat sind im Weiteren allerdings nur Verfügungen, die sich auf öffentliches Recht des Bundes stützen (Art 5 VwVG). Die Spitalliste stellt zwar kantonales Recht dar, doch kommt diesem keine selbstständige Bedeutung zu, weil es bloss Bundesrecht vollzieht; das kantonale Recht fällt deshalb als Grundlage für die Verfügung nicht in Betracht (*Fritz Gygi*, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 91; *Peter Saladin*, Das Verwaltungsverfahren des Bundes, Basel 1979, S. 77 ff.; VPB 48.45; Zeitschrift der bernischen Juristenvereins [ZBJV] 1992, 640 ff.; [BGE 105 Ib 107 E. 1](#), 112 Ib 44 und 166, 112 V 108 ff. sowie 118 Ib 130; RKUV 6/1996 S 221 ff.). Die Spitalliste stützt sich mithin auf öffentliches Recht des Bundes.

**1.4.** Weiter zu prüfen ist, ob es sich bei der Spitalliste um eine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG handelt.

Der vorliegende Spitalistenbeschluss enthält sowohl Elemente eines Rechtssatzes als auch Elemente einer Verfügung. Die Spitalisten enthalten einerseits eine allgemein gültige Regelung, indem sie für alle Versicherten anzeigen, in welchen Spitälern sie sich zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung behandeln lassen können; dies nähert die Spitalisten den Rechtssätzen an. Auf der anderen Seite haben Spitalistenbeschlüsse auch Verfügungscharakter. Für die einzelnen Heilanstalten geht es im Sinne von Art. 5 Abs. 1 VwVG - je nachdem, ob die Heilanstalten in dem von ihnen gewünschten Umfang auf die Spitalliste aufgenommen worden sind oder nicht - entweder um die Begründung, änderung oder Aufhebung von Rechten und Pflichten (Bst. a), um die Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten und Pflichten (Bst. b) oder um die Abweisung von Begehren auf Begründung, änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten und Pflichten oder Nichteintreten auf solche Begehren (Bst. c). Der Verfügungscharakter tritt hier klar in den Vordergrund.

Der Bundesrat geht davon aus, dass bei Spitalisten der Verfügungscharakter insgesamt überwiegt. Aber selbst wenn man annehmen würde, es handle sich bei der Spitalliste um einen Erlass, würde dies nichts an der Zuständigkeit des Bundesrates ändern. Denn nach Art. 53 Abs. 1 KVG kann beim Bundesrat Beschwerden gegen «Beschlüsse» der Kantonsregierung geführt werden. Solche Beschlüsse können aber insbesondere auch Spitalisten zum Gegenstand haben, ohne dass es darauf ankäme, ob es sich dabei um Verfügungen oder Erlasse handelt (vgl. den Hinweis auf Art. 39 in Art. 53 Abs. 1 KVG).

**1.5.** Beim Beschwerdeführer, der als Träger des Spitals Bauma auftritt, handelt es sich um einen Zweckverband des öffentlichen Rechts im Sinne von § 7 des Gesetzes des Kantons Zürich vom 6. Juni 1926 über das

Gemeindewesen (Gemeindegesetz; Art. 1 der Statuten des Zweckverbandes Kreisspital Bauma). Der Beschwerdeführer als öffentlich-rechtlicher Gemeindeverband ist Adressat des RRB 1347 und als solcher durch die Spitalliste berührt; er hat daher ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 48 Bst. a VwVG).

#### 1.6. (Form und Frist der Beschwerde)

1.7. Der Regierungsrat hat die Spitalliste 1998 als erstinstanzliche kantonale Behörde festgesetzt. Der Bundesrat prüft daher die Liste in Bezug auf Tat- und Rechtsfragen mit Einschluss der Angemessenheit grundsätzlich frei (Art. 49 VwVG).

1.7.1. Wie das Bundesgericht räumt der Bundesrat jedoch den Vorinstanzen bei der Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe einen gewissen Beurteilungsspielraum ein, insbesondere soweit örtliche Verhältnisse zu würdigen sind. Er trägt diesem Spielraum dadurch Rechnung, dass er Fragen zurückhaltend prüft, zu deren Beurteilung die Vorinstanzen über die besseren Kenntnisse der besonderen örtlichen, technischen oder persönlichen Verhältnisse verfügen (VPB 53.14 E. 2 S. 78 f., [VPB 54.44](#) E. 5.4 S. 284; [BGE 119 Ib 265](#) E. b, 112 Ib 30 E. 3, 111 Ib 88 E. 3, 109 Ib 219 E. 6).

1.7.2. Zurückhaltung übt der Bundesrat auch, wenn er künftige Entwicklungen, das heisst Prognosen, beurteilt. Das ist zwar keine Ermessensfrage, sondern eine auf Grund von Erfahrungswissen zu beurteilende Tatfrage. Doch kann eine Prognose eine künftige Entwicklung nicht mathematisch genau voraussagen, sondern höchstens mit einer mehr oder weniger grossen Wahrscheinlichkeit in Aussicht stellen. Daher kann in solchen Fällen nicht ein strikter Beweis verlangt werden; es muss genügen, dass sich - ähnlich wie beim Glaubhaftmachen - die erwartete Entwicklung für wahrscheinlich halten lässt (Nachweis der Wahrscheinlichkeit). Soweit die Einschätzung künftiger Entwicklungen Sachkunde voraussetzt und auf Erfahrungswissen oder Erfahrungssätzen basiert, wie dies für die kantonalen Spitalplanungen zutrifft, richtet der Bundesrat sein Augenmerk vor allem darauf, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden ([VPB 51.64](#) E. d S. 438 f., mit Hinweisen auf Literatur und Praxis).

1.7.3. Soweit den Kantonen beim Vollzug des KVG ein Auswahlermessen zusteht, haben sie die allgemeinen Schranken der Ermessensbetätigung zu beachten (Gygi, a.a.O., S. 313 ff.; *Imboden/Rhinow/Krähenmann*, Verwaltungsrechtsprechung, Nr. 67/B/I/II; Knapp, a.a.O., S. 120 ff.; *Pierre Moor*, *Droit administratif*, Bd. I: *Les fondements généraux*, Bern 1988, Ziff. 4.3.1 und 4.3.2). Auswahlermessen fällt bei der Spitalplanung und beim Erlass der Spitalliste dort in Betracht, wo das Bundesrecht den Kantonen keinen bestimmten Weg vorschreibt, sondern ihnen die Wahl zwischen verschiedenen Lösungen und deren konkreten Ausgestaltung lässt (Gygi, a.a.O., S. 304; *Imboden/Rhinow/Krähenmann*, a.a.O., Nr. 66/B/II/a). Pflichtgemässe Ermessensbetätigung verlangt, dass die entscheidende Behörde alle in der Sache erheblichen Interessen berücksichtigt und sorgfältig gegeneinander abwägt und sich von sachlichen Gründen leiten lässt. Zu beachten sind ferner die allgemeinen Rechtsgrundsätze wie das Gebot von

Treu und Glauben und der Grundsatz der Verhältnismässigkeit staatlichen Handelns sowie das Verbot von Willkür und rechtsungleicher Behandlung (Imboden/Rhinow/Krähenmann, a.a.O., Nr. 67/B/I/II).

**1.8.** Unter den vor Einreichung der Beschwerde erstellten Akten der Vorinstanz stützt sich der Bundesrat für seinen Entscheid neben dem RRB 1347 insbesondere auf die Spitalliste 1998 und den Planungsbericht 1997; der Beschwerdeführer hat diese beiden Schriftstücke zusammen mit dem angefochtenen Beschluss erhalten (Ziff. VII des RRB-Dispositivs). Ferner zieht der Bundesrat die Kenndaten 1996 bei; diese Daten sind dem Beschwerdeführer ebenfalls bekannt. Soweit nötig greift der Bundesrat auch auf die Zürcher Krankenhausplanung 1991 zurück. Die Krankenhausplanung 1991 war dem Beschwerdeführer ebenfalls zugänglich.

**1.9.** Die Gesundheitsdirektion hat in der Vernehmlassung beantragt, es sei auf die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels zu verzichten. Die Instruktionsbehörde hat diesem Anliegen insofern entsprochen, als sie von den Verfahrensbeteiligten weder Replik noch Duplik eingeholt hat. Zur Wahrung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 und 30 Abs. 1 VwVG) erwies es sich jedoch als unerlässlich, vor dem Entscheid des Bundesrates den Beschwerdeführer zu den Vernehmlassungen der Gesundheitsdirektion, des VZKV und des BSV anzuhören. Im gleichen Zug hat auch die Gesundheitsdirektion Gelegenheit zu einer abschliessenden Stellungnahme erhalten.

## 2. Zulassungsregelung für Halbprivat- und Privatabteilungen (Liste B)

Der Beschwerdeführer beantragt, die Liste B sei durch den Zusatz: Institutionen mit Zulassung zur Versorgung «*zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*» in der Halbprivat- und Privatabteilung zu präzisieren.

**2.1.** Für die Beurteilung des Antrags ist vorweg zu prüfen, ob dieser Zusatz die Rechtslage für die Liste B richtig wiedergibt. Der Bundesrat hat am 21. Oktober 1998 zwei Beschwerden gegen die Spitalliste des Kantons Appenzell Ausserrhoden beurteilt und dabei entschieden, dass die Kantone auch für den Bereich der Halbprivat- und Privatabteilungen der Spitäler eine Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG durchführen müssen. Nur Halbprivat- und Privatabteilungen, die auf einer Spitalliste figurieren, sind zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Versicherte, die sich in Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern behandeln lassen, können einen Beitrag aus der Grundversicherung (=Sockelbeitrag) beanspruchen. Die Kantone müssen die Leistungen dieses Bereichs indes nicht zwingend auf der Spitalliste aufführen. In diesem Sinne ist auch die Zuordnung von Bettenzahlen an die Anbieter von Leistungen der genannten Spitalabteilungen empfehlenswert,

aber nicht zwingend. Die übrigen Zulassungsvoraussetzungen (personelle und technische Ausstattung als Spitäler; Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG) sind jedoch für allgemeine Abteilungen sowie Halbprivat- und Privatabteilungen identisch.

**2.2.** Für die Zürcher Liste B, welche die Spitäler mit Privat- und Halbprivatabteilungen separat aufführt, ergibt sich aus dem Gesagten das Folgende:

**2.2.1.** Der Bundesrat bestätigt zum einen die rechtliche Tragweite, welche die Vorinstanz der Liste B beilegt, nämlich den privaten und halbprivaten Abteilungen der dort aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verschaffen.

**2.2.2.** Offen und zu entscheiden bleibt dagegen die andere Frage, ob die Liste B durch den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu präzisieren ist, wie der Beschwerdeführer beantragt. Nach den vorstehenden Erwägungen gibt der Zusatz die materielle Rechtslage richtig wieder. Allerdings hat ein solcher Zusatz nur deklaratorische Bedeutung, weil es nicht auf die Bezeichnung bzw. die Überschrift zur Liste B ankommen kann, sondern darauf, welche rechtliche Tragweite dieser Liste nach den Art. 35 und 39 KVG zukommt. Aus dieser Sicht ist die Aufnahme des genannten Zusatzes in die Liste B nicht zwingend.

Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass das Titelblatt der Spitalliste 1998 für die Liste A ausdrücklich die Zulassung der dort genannten Spitäler zur Versorgung von Patientinnen und Patienten «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» nennt, während dieser Hinweis auf der Liste B fehlt.

Die Gesundheitsdirektion bringt dazu vor, dass zurzeit noch kein Urteil des in der Sache zuständigen EVG vorliege, ob ein Anspruch auf einen solchen Sockelbeitrag aus der Grundversicherung bestehe, weshalb der Regierungsrat auf den Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» verzichtet habe.

Nach Ansicht des Bundesrates sind in diesem Zusammenhang zwei Fragen zu unterscheiden, wovon die eine vom EVG und die andere vom Bundesrat zu beurteilen ist.

Dem EVG obliegt im Streitfall fraglos der Entscheid, wie hoch im Sinne der ersten Frage der Sockelbeitrag aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzusetzen ist, wenn der Versicherte ein zugelassenes Spital aufsucht und auch die übrigen Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch den zuständigen Versicherer erfüllt (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG). Dies hat der Bundesrat in ersten Entscheiden zu Spitallisten denn auch ausdrücklich festgehalten und ist daher wegen Unzuständigkeit auf entsprechende Begehren (z.B. auf Erlass von Feststellungsverfügungen zu Art. 41 KVG) nicht eingetreten (RKUV 6/1996 S. 233, E. 6).

Ob dagegen ein bestimmtes Spital zugelassen ist und ob insbesondere die Liste B den privaten und halbprivaten Abteilungen der aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbürgt, wird nicht in Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG geregelt und ist daher nicht vom EVG zu entscheiden. Diese zweite Frage, das heisst die Bezeichnung der zugelassenen Spitäler und die

Regelung der rechtlichen Tragweite der Spitallisten, bestimmt sich nach Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG. Der Entscheid darüber obliegt in erster Instanz den zuständigen kantonalen Behörden und im Streitfall dem Bundesrat. Dass sich der Bundesrat im vorliegenden Entscheid zu dieser zweiten Frage ausspricht und in Auslegung der Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG feststellt, die Liste B vermittele den privaten und halbprivaten Abteilungen der dort aufgeführten Spitäler die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, liegt daher im Rahmen seiner Zuständigkeit (Art. 53 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 KVG).

Gegen die Aufnahme des Zusatzes in die Liste B lassen sich somit keine triftigen Gründe anführen. Die Listen A und B unterscheiden sich in der Frage der Zulassung der dort aufgeführten Spitäler zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht voneinander. Die unterschiedlichen Formulierungen können zudem den Leser oder die Leserin über die rechtliche Tragweite der Listen in die Irre führen, was sich vermeiden lässt, wenn der Zusatz auch in die Liste B aufgenommen wird.

Ziff. 3 des Antrags in der Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Liste B an den einschlägigen Stellen mit dem Zusatz «zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» zu ergänzen. Nach dem Gesagten versteht es sich, dass damit nichts über die Höhe des von der Grundversicherung zu leistenden Sockelbeitrages gesagt ist. Dieser ist im Streitfall vom EVG zu bestimmen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG).

### 3. Zulassung von Spitälern mit allgemeiner Abteilung (Liste A)

In der Hauptsache verlangt der Beschwerdeführer, das Kreisspital Bauma sei in die Liste A aufzunehmen.

**3.1.** Gleich wie für die Liste B muss ein Spital auch für die Liste A die Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen erfüllen, um zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen zu werden (Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG). Im vorliegenden Fall ist nicht bestritten, dass das Kreisspital Bauma diese Voraussetzungen erfüllt.

**3.2.** Im Weiteren muss das Spital für die Zulassung zur Liste A der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen sind (Bedarfsdeckungs- und Koordinationsvoraussetzung, Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG).

Im Sinne einer Publizitäts- und Transparenzvoraussetzung - an welche Rechtswirkungen geknüpft werden - setzt die Zulassung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG schliesslich voraus, dass die Spitäler oder einzelnen Abteilungen in der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons enthalten sind.

Die genannten Voraussetzungen sollen eine Koordination der Leistungserbringer, eine optimale Ressourcennutzung und eine Eindämmung der Kosten bewirken (Botschaft des Bundesrates, a.a.O., S. 167).

Nach der Praxis des Bundesrates (RKUV 4/1997 S. 262 f., E. 4.2-4.6) gehört zur Spitalplanung eine Bedarfsanalyse, nämlich die Definition der Versicherten nach medizinischen Kategorien sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten durch Leistungsaufträge an die in die Liste aufgenommenen Spitäler; die Planung bedarf einer laufenden Überprüfung. Für die Zuweisung und Sicherung der Kapazitäten sind die Angebote der Leistungserbringer zu evaluieren und Lösungsvarianten für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erarbeiten. Die Suche nach der im Sinne einer Gesamtbetrachtung wirtschaftlich günstigsten Lösung muss auf Grund objektiver Kriterien erfolgen und hat dem Gebot der Kostenwahrheit zu entsprechen. Die Auswahl darf sich nicht allein nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit richten; ein blosser Zahlenvergleich trüge weiteren wichtigen Kriterien wie der Bereitschaft und Fähigkeit der Kliniken zur Tarifbindung und zur Aufnahme schwieriger Fälle nicht Rechnung. Nur ein umfassender und entsprechend fundierter Vergleich der Angebote trägt dem Gebot der Gleichbehandlung tatsächlich Rechnung.

Planung bedeutet, dass der Wettbewerb im Bereich der Grundversicherung und der Versorgung der allgemein Versicherten seine Funktion als Koordinations- und Steuerungsprinzip stets nur beschränkt wird entfalten können. Staatliche Ordnungen, in welchen die Koordination von Angebot und Nachfrage über einen Plan erfolgt, bilden den Gegensatz zu einer vom Markt gesteuerten Wettbewerbswirtschaft.

Bei der Wahl unter den planerischen Varianten verfügt der Regierungsrat über ein Auswahlermessen. Das Bundesrecht schreibt den Kantonen für die Spitalplanung nicht einen bestimmten Weg vor, sondern lässt ihnen die Wahl unter verschiedenen Lösungen, sofern diese die vorgenannten Voraussetzungen in Bezug auf die Spitalplanung und die Spitalliste sowie deren Ziele erfüllen.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Liste A die Voraussetzungen in Bezug auf die Spitalplanung und die Spitalliste (Bedarfsdeckung, Koordination, Publizität, Transparenz) sowie deren Ziele (optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten) erfüllt, soweit der Beschwerdeführer dies bestreitet.

**3.3.** Zunächst ist festzustellen, dass das Kreisspital Bauma von einem Zweckverband politischer Gemeinden und damit von einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft geführt wird (Ziff. C.4 und E. 1.5 hiervor). Der Beschwerdeführer kann sich daher von vornherein nicht auf den zweiten Teil von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG berufen, welcher allein den privaten Trägerschaften einen angemessenen Einbezug in die Spitalplanung garantiert. Zu prüfen bleibt dagegen, ob die Liste A die übrigen Voraussetzungen und die Ziele der Spitalplanung erfüllt.

**3.4.** Zu diesen Anforderungen gehört zunächst die Bedarfsplanung, die ihrerseits die Ermittlung der Kapazitäten der Leistungserbringer und die Erhebung des gegenwärtigen und künftigen Bedarfs der Bevölkerung an stationären Leistungen umfasst (E. 3.2 hiervor).

Der Beschwerdeführer wendet in diesem Zusammenhang ein, die vom Regierungsrat vorgelegte Bedarfsplanung sei unverhältnismässig und werde im Sinne einer Bedürfnisklausel eingesetzt, für welche das KVG keine

Grundlage biete. Daher ist im Folgenden zu prüfen, ob der Regierungsrat die Bedarfsplanung richtig durchgeführt hat und ob er das Angebot an stationärer Versorgung nach dem Bedarf ausrichten darf.

**3.4.1.** Nach dem Planungsbericht 1997 gab es im Kanton Zürich 1990 insgesamt 5907 Betten in den Akutspitälern. Diese Zahl ging bis 1994 auf 5541 Betten zurück. Der Bettenbedarf reduzierte sich in derselben Zeitspanne von 5490 auf 5270 Betten. Die Reduktion erklärt sich daraus, dass gegenüber den Faktoren, die eine steigende Nachfrage bewirken (namentlich Wachstum der Bevölkerung), jene anderen Faktoren überwiegen, die eine sinkende Nachfrage begünstigen. Dazu zählen insbesondere vermehrte ambulante Behandlungen statt stationärer Aufenthalte wegen des medizinisch-technischen Fortschritts, kürzere mittlere Aufenthaltsdauer dank neuer Behandlungsverfahren, Ausbau der spitalexternen Dienste und frühzeitige Verlegungen in Rehabilitationskliniken. Ferner ist gemäss Praxis des Bundesrates je nach Klinik eine Bettenbelegung von 85% (Akutspitäler mit Notfallstation) bzw. 90% (Akutspitäler ohne Notfallstation und Höhenkliniken) anzustreben, was bei der Ermittlung des Bettenbedarfs normativ vorzugeben ist und den Bedarf an Spitalbetten ebenfalls vermindert, soweit die effektive Bettenbelegung tiefer liegt (RKUV 6/1997 S. 359, E. 8.1.2). Diese Faktoren werden den Bedarf nach Ansicht des Regierungsrates auch in Zukunft weiter absinken lassen. Der Planungsbericht 1997 prognostiziert, dass 1998 noch 4760 Betten, im Jahre 2000 noch 4520 Betten und im Jahre 2005 noch 4320 Betten gebraucht werden. Ohne den Abbau weiterer Betten ergibt dies gegenüber dem Stand von 1994 für 1998 einen Überschuss von 781 Betten, für 2000 einen Überschuss von 1021 Betten und für 2005 einen Überschuss von rund 1200 Betten (RRB 1347, S. 3, Ziff. 2). Um den Unwägbarkeiten bei der Entwicklung (etwa der demographischen Strukturen oder der Morbidität) zu begegnen, sollen in der ersten Phase jedoch weniger Betten, nämlich deren 600, abgebaut werden.

Die Planung des Bedarfs ist von der Sache her auf die Zukunft ausgerichtet und beruht deshalb zwangsläufig auf Prognosen über die künftige Entwicklung, was Sachkunde und Erfahrungswissen voraussetzt. In solchen Fällen prüft der Bundesrat, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden (E. 1.7.2 hiervor).

Nach dem Planungsbericht 1997 sind die Prognosewerte der Krankenhausplanung 1991 zu übernehmen und im Rahmen der rollenden Planung zu korrigieren. Die Planung 1991 verwendete für die Ermittlung des kantonalen Bedarfs an Spitalbetten eine Formel, die auch den Bedarfsschätzungen im Planungsbericht 1997 zu Grunde liegt, wie sich den einschlägigen Berechnungsfaktoren entnehmen lässt. Diese Formel entspricht zwar nicht in der Terminologie, aber doch bei den massgeblichen Faktoren einem der Modelle, welche nach den Empfehlungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG in Betracht fallen. Darnach kann der kantonale Bedarf an Spitalbetten entweder normativ (mittels Kennziffern, z.B. anhand einer bestimmten Anzahl Betten pro tausend Einwohnerinnen/Einwohner) festgelegt oder durch eine Bettenbedarfsberechnung (detaillierte analytische Bedarfsprognose) ermittelt werden.

Der Bettenbedarf wird gemäss den Empfehlungen der SDK analytisch wie folgt ermittelt:

$$\begin{aligned} & SE \cdot AD \cdot EW \\ & 365 \cdot BB \\ = & \text{Bettenbedarf} \end{aligned}$$

SE = Spitaleinweisungen je 1000 Einwohnerinnen/Einwohner (Hospitalisationsrate)

AD = Aufenthaltsdauer

EW = Bevölkerungszahl des Versorgungsgebietes (geteilt durch den Faktor 1000)

BB = mittlere Bettenbelegung.

Die Zürcher Formel verwendet in der Sache dieselben Faktoren (Spitalhäufigkeit · mittlere Aufenthaltsdauer · Einwohnerzahl: 365 · normale Bettenbelegung). Nach Ansicht des Bundesrates enthalten die Zürcher Formel und jene der SDK die Faktoren, welche für die Berechnung des Bedarfs eines Kantons an Spitalbetten relevant sind. Der Bundesrat sieht daher keinen Anlass, Bedarfsschätzungen in Frage zu stellen, die auf diesen Formeln basieren, soweit der Bedarf nicht normativ (mittels Kennziffern) ermittelt wird. Es versteht sich indes, dass sich die Faktoren weder für die Gegenwart und noch weniger für die Zukunft mathematisch genau quantifizieren lassen, weil sie auf Schätzungen und Prognosen beruhen. Sowohl bei der Ermittlung des gegenwärtigen und noch mehr des künftigen Bedarfs werden daher je nach den quantitativen Vorgaben die Zahlenwerte zwangsläufig in einer gewissen Bandbreite streuen.

Der Einfachheit halber verwendet der Bundesrat in den folgenden Erwägungen nur noch die analytische Formel der SDK, um die Zürcher Schätzwerte nachzuprüfen.

Wenn man die Daten im Planungsbericht 1997 nach dieser Formel überprüft, so ergibt sich 1998 für die Versorgung der Zürcher Wohnbevölkerung (EW rund 1 181 991; SE 130; AD 9,4 Tage) ein Bedarf zwischen rund 4656 Betten (bei 85% Auslastung) und rund 4397 Betten (bei 90% Auslastung). 1994 betrug der Anteil von Betten für die Befriedigung der ausserkantonalen Nachfrage rund 13% des kantonalen Bedarfs. Wenn für 1998 auf dieser Basis die Betten für Ausserkantonale addiert werden, ergibt sich nach der Formel der SDK für alle Abteilungen ein Bedarf zwischen rund 5262 bzw. 4969 Betten. Die kantonale Spitalplanung rechnet demgegenüber mit einem Bedarf von 4760 Betten, wobei auch die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt ist.

Für 2005 ergibt die Formel der SDK für alle Abteilungen einen Bedarf zwischen rund 4287 Betten (bei 85% Auslastung) und rund 4049 Betten (bei 90% Auslastung; EW 1 191 798; SE 124; AD 9,0 Tage). Wenn man die ausserkantonale Nachfrage ebenfalls mit rund 13% beziffert, ergibt sich ein

Bedarf zwischen rund 4845 bzw. 4576 Betten. Die kantonale Spitalplanung rechnet mit einem Bedarf von 4320 bzw. 4330 Betten, wobei auch hier die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt ist (530 Betten ausserkantonale; 2800 Betten innerkantonale allgemein und 1000 Betten privat/halbprivat).

Man kann sich fragen, ob der Regierungsrat den kantonalen Bedarf nicht unterschätzt und daher die Schätzwerte erhöht werden müssten. Indes erweist sich dies nicht als nötig, weil der Regierungsrat in der ersten Phase nur einen Teil der von ihm errechneten Überkapazitäten abbauen will, nämlich 600 von 781 überzähligen Betten, wie schon dargelegt worden ist. Damit bleibt eine Reserve von rund 180 Betten, die zunächst nicht abgebaut wird und zusammen mit dem vom Regierungsrat berechneten Bedarf ein Angebot an Betten sichert, welches mit Blick auf die Schätzwerte nach der Formel der SDK in einer tolerierbaren Bandbreite liegt und aller Wahrscheinlichkeit nach den kantonalen und ausserkantonalen Bedarf decken kann. Bei der Schätzung des Bedarfs handelt es sich um eine Prognose, für welche der Nachweis der Wahrscheinlichkeit genügt (E. 1.7.2 hiervor), weshalb sich die regierungsrätlichen Schätzwerte nicht beanstanden lassen. Auch das BSV kommt zum Schluss, dass die zur Bedarfsabklärung herangezogenen Kriterien genügen und die Liste A dem Bedarf entspricht. Demgemäss ist davon auszugehen, dass es im Kanton Zürich zur Zeit rund 600 Akutbetten gibt, welche den Bedarf übersteigen.

Der Regierungsrat leitet aus der Pflicht zur Planung und Verwirklichung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG) ab, dass das Angebot und damit der Bestand an Spitalbetten dem Bedarf anzupassen und deshalb die Zahl der überzähligen Betten abzubauen ist.

**3.4.2.** Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, bei der Auslegung von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG sei zu beachten, dass das KVG - entgegen dem ursprünglichen Antrag des Bundesrates in der KVG-Botschaft - keine Bedürfnisklausel vorsehe. Der bundesrechtliche Auftrag an die Kantone zur Planung der bedarfsgerechten Spitalversorgung dürfe demnach nicht im Sinne einer Bedürfnisklausel ausgelegt werden. Die kantonale Spitalplanung solle daher (auch) die Marktverhältnisse und die regionalen Gegebenheiten, das heisst die tatsächlichen Nachfrageverhältnisse, in einem gewissen Umfang reproduzieren, dürfe sie aber nicht unbesehen der realen Verhältnisse lenken. Im Lichte dieser Vorgaben müsse die kantonale Bedürfnisplanung als unverhältnismässig bezeichnet werden.

Dazu ist vorweg festzustellen, dass der KVG-Entwurf gemäss Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 im 5. Abschnitt unter den ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung neben anderen Massnahmen die Ermächtigung an den Bundesrat zur Einführung eines Bedürfnisnachweises für die Zulassung von Leistungserbringern vorsah (Art. 47 Abs. 2 E KVG; BBl 1992 I 273; im Folgenden: KVG-Botschaft). In den Erläuterungen (BBl 1992 I 189) führte der Bundesrat aus, der Bundesrat erhalte damit die Möglichkeit, die Bedingungen für die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zu verschärfen. Damit werde eine übermässige Zunahme der Zahl der Leistungserbringer verhindert, wenn dies zu einer unnötigen Ausdehnung der erbrachten Leistungen und damit zu einer Zunahme der Kosten führen würde. In der parlamentarischen Beratung

(AB 1992 S 1318 ff. und 1322) hat der Ständerat den Bedürfnisnachweis gestrichen, unter anderem mit dem Argument, diese Massnahme laufe auf ein Berufsverbot (z.B. für ärzte und Ärztinnen nach Abschluss des Studiums) hinaus und setze das Dringlichkeitsrecht der Jahre 1991 und 1992 fort (Votum Berichterstatte Huber und Votum Loretan, a.a.O., 1319 und 1320). Der Nationalrat hat sich in diesem Punkt dem Ständerat angeschlossen (AB 1993 N 1865 und 1870).

Auch wenn die eidgenössischen Räte den Bedürfnisnachweis somit abgelehnt haben, so haben sie andererseits doch die Pflicht der Kantone zur Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung gemäss Entwurf des Bundesrates (BBl 1992 I 267; Art. 33 Abs. 1 Bst. d E KVG) nicht angetastet, sondern ins geltende Recht überführt (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Wenn die eidgenössischen Räte auch an der Planungspflicht der Kantone hätten Abstriche machen wollen, hätten sie dies in Art. 39 KVG zum Ausdruck gebracht, was nicht der Fall ist. Das Parlament hat im Gegenteil die Kontrolle über die kantonalen Spitalplanungen verstärkt, indem es gegen diese - in Abweichung vom Entwurf des Bundesrates (Art. 45 Abs. 1 E KVG; BBl 1992 I 272) - als Kontrollmittel die Beschwerde an den Bundesrat eingeführt hat. Im schriftlichen Bericht der zuständigen Kommission des Nationalrates figurierte die Neuerung unter den Massnahmen zur Verstärkung der Kontrolle und wurde damit begründet, dass ein Versicherter Beschwerde an den Bundesrat solle führen können, wenn er der Ansicht sei, ein in der kantonalen Spitalliste genanntes Spital sei nicht planungskonform oder die zu Grunde liegende Spitalplanung sei nicht bedarfsgerecht, sondern schaffe Überkapazitäten (AB 1993 N 1727 und 1863 f.; AB 1993 S 1077 f. und 1994 94). In den parlamentarischen Beratungen kam somit klar zum Ausdruck, dass mit der Spitalplanung Überkapazitäten bekämpft werden sollen und deren Abbau nötigenfalls mit Beschwerde an den Bundesrat durchgesetzt werden kann.

Der Bundesrat schliesst daraus, dass nach dem Willen des Parlaments der Abbau von Überkapazitäten im Spitalbereich auch ohne formellen Bedürfnisnachweis geboten ist. Zwar haben die eidgenössischen Räte diesen Nachweis bei den ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung gestrichen. Angesichts der geschilderten Vorgeschichte kann dieser Umstand indes die Annahme nicht stützen, dass die Räte für ausserordentliche Lagen eine Steuerung des Angebots nicht gewollt hätten, bedeute, dass dies erst recht für die Planung des Normalfalls im Spitalbereich gelten müsse (anderer Meinung *Jean-Louis Duc*, *Etablissements médico-sociaux et planification hospitalière* [art. 39 LAMal], *Pratique juridique actuelle* [AJP/PJA] 8/97 959 ff., Ziff. 1, 4 und 5).

In diesem Sinn kann die Spitalplanung nicht einfach das bestehende Angebot an Spitalleistungen fortschreiben, sofern Überkapazitäten bestehen, sondern muss deren Abbau anvisieren. Es versteht sich, dass bei der Beurteilung von Angebot und Bedarf sowie bei der Wahl der Mittel ein Spielraum besteht, den nicht jede Kantonsregierung gleich nutzen wird. Soweit sich ein Kanton an diesen Spielraum hält, wird der Bundesrat diesen jedoch respektieren (E. 1.7.1 hiervor).

**3.4.3.** Ohne Belang ist in diesem Zusammenhang, dass auf die Pauschalen für die allgemeinen Abteilungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler die Kosten aus Überkapazität nicht anzurechnen sind (Art. 49 Abs. 1

KVG). Dies entlastet zwar die Kassen, nicht aber die öffentliche Hand, die nötigenfalls die nicht gedeckten Kosten aus Überkapazität übernehmen muss. Im Ergebnis bringt dies nicht eine effektive Eindämmung der Kosten der stationären Versorgung, sondern höchstens eine Verlagerung von den Kassen auf die öffentliche Hand. Kosteneindämmung kann aus der Sicht der sozialen Krankenversicherung zwar durchaus eine solche Verlagerung einschliessen, wie die Regel von Art. 49 Abs. 1 KVG sie je nach Anteil der öffentlichen Hand an den Kosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler bringt. Das Schwergewicht muss jedoch auf Massnahmen zur Kosteneinsparung liegen (KVG-Botschaft, BBl 1992 I 127; RKUV 4/1997 S. 235, E. 7.1). Dazu gehört nach Art. 39 Abs. 1 KVG die Planung des Bedarfs an stationärer Versorgung.

**3.4.4.** Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass der Regierungsrat die Bedarfsplanung (Ermittlung der Kapazitäten der Leistungserbringer sowie Erhebung des gegenwärtigen und künftigen Bedarfs der Bevölkerung an Leistungen der stationären Akutversorgung) richtig durchgeführt hat. Gemäss Bundesrecht darf und muss er einen Abbau der überkapazitäten an Spitalbetten anstreben, und die von ihm vorgelegte Bedarfsplanung ist nicht unverhältnismässig.

**4.** Der Regierungsrat hat sodann weiter geprüft, mit welchen Mitteln der Abbau der überzähligen Betten anzustreben ist.

**4.1.** In dieser Hinsicht unterscheidet er zwischen den allgemeinen Abteilungen der Spitäler (Liste A) einerseits und den privaten/halbprivaten Abteilungen andererseits (Liste B). Für die zweite Kategorie soll - so der Regierungsrat - der freie Wettbewerb Angebot und Nachfrage steuern (RRB 1347, S. 2, Ziff. 4, und S. 12, Ziff. 2). Den Kantonen kommt dabei lediglich die Aufgabe zu, für gleiche Wettbewerbsbedingungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen zu sorgen. In die Liste B sind daher sämtliche antragstellenden Anbieter von Leistungen im Privatversicherungsbereich mit Standort im Kanton Zürich aufgenommen worden. Den Institutionen soll damit ermöglicht werden, diese Leistungen teilweise zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen (E. 2 hiervor).

**4.2.** Was die Liste A betrifft, hat der Regierungsrat diese nach dem mutmasslichen künftigen Bedarf ausgerichtet. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern kann nach Ansicht des Regierungsrates insoweit nicht jene Rolle spielen, welche ihm zwischen den privaten und halbprivaten Abteilungen der Spitäler zukommt.

Zur Umsetzung der Bedarfsplanung bieten sich für ihn grundsätzlich zwei Varianten an, nämlich der lineare Abbau von Betten in den Akutspitälern und Akutabteilungen von Spitälern einerseits (im Folgenden: Variante «linearer Abbau») oder die Nichtaufnahme von organisatorischen Einheiten (Akutspitäler bzw. Akutabteilungen von Spitälern) in die Liste A andererseits (im Folgenden: Variante «Konzentration»; RRB 1347, S. 3 f., Ziff. 2). Der Planungsbericht 1997 stellt zur ersten Variante fest, dass im Kanton Zürich zwischen 1989 und 1996 knapp 700 Akutbetten (rund 11% des Bestandes) abgebaut worden seien und die Gesamtkosten trotzdem weiter anstiegen. Die Erfahrungen zeigten somit, dass der lineare Abbau von Spitalbetten eine effektive Kostensenkung nicht bewirkt habe. Erklären lasse sich dies damit, dass Spitäler nicht in erster Linie Pflege-, sondern Behandlungszentren seien. Nur rund ein Drittel der Kosten entfalle auf den Pflegebereich, zwei

Drittel dagegen auf den Behandlungsbereich. Nur wenn gleichzeitig mit den Betten auch die damit verbundene administrative, medizinische und hauswirtschaftliche Infrastruktur abgebaut werde, könnten dank des Wegfalls der Betriebs- und Investitionskosten nachhaltige Kosteneinsparungen erzielt werden (RRB 1347, S. 6, Bst. B). Hinzu komme, dass sich einerseits einfachere medizinische Eingriffe zusehends vom stationären in den teilstationären oder ambulanten Bereich verlagerten und andererseits dort, wo die stationäre Versorgung nötig bleibe, die medizinischen Eingriffe laufend komplexer würden. Dies führe zu einer Segmentierung und Spezialisierung innerhalb der medizinischen Grunddisziplinen und unter den Leistungsanbietern (RRB 1347, S. 3, Bst. A).

Der Regierungsrat entschied daher, einen Teil der überzähligen Betten durch die Nichtaufnahme von organisatorischen Spitaleinheiten in die Liste A abzubauen, was der Variante «Konzentration» entspricht.

**4.3.** Wie bei der Schätzung des künftigen Bedarfs an Spitalbetten (E. 3.4.1 hiervor) geht es auch hier um eine Prognose, nämlich um eine Voraussage über die künftige Entwicklung der Kosten der beiden Varianten, was Sachkunde und Erfahrungswissen voraussetzt. In solchen Fällen prüft der Bundesrat, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden (E. 1.7.2 hiervor).

**4.3.1.** Nach dem Planungsbericht 1997 (S. 19) sank der betriebswirtschaftliche Bettenbestand der Akutspitäler im Kanton Zürich von 5907 Betten (1990) auf 5723 Betten (1992) und 5674 Betten (1993) und 5541 Betten (1994). Diesem Rückgang bei der Zahl der Betten stehen für die Jahre 1993-1996 Aufwand-Positionen gegenüber, die insgesamt stärker stiegen als die Erträge. Das Betriebsergebnis der Zürcher Akutspitäler (= Betriebsaufwand minus Betriebsertrag) war in diesen Jahren stets defizitär und entwickelte sich von Fr. 414 263 686.- (1993) über Fr. 394 738 530 (1994) und Fr. 426 194 885.- (1995) auf Fr. 472 704 730.- (1996). Auch wenn die untersuchten Jahre sich bloss für 1993 und 1994 decken, so lassen sie doch einen gegenläufigen Trend erkennen, nämlich, dass einerseits der betriebswirtschaftliche Bettenbestand der Zürcher Akutspitäler sinkt, sich aber andererseits das Betriebsergebnis nicht verbessert.

Dass in den genannten Zahlen auch Betriebsaufwand und Betriebsertrag der halbprivaten und privaten Normalpflegebetten enthalten sind, kann diesen Trend nicht grundsätzlich in Frage stellen. Zwar ist - solange eine genaue Kostenausscheidung gegenüber den allgemeinen Abteilungen fehlt - gemäss Praxis des Bundesrates bei der Berechnung der Pauschalen für die allgemeinen Abteilungen (Art. 49 Abs. 1 KVG) davon auszugehen, dass allgemein versicherte Patientinnen und Patienten weniger Kosten verursachen als privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten; deshalb ist bei den anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilungen ein Abschlag vorzunehmen. Dieser beträgt jedoch nur 2% (RKUV 6/1997 S. 362, E. 8.5). Er kann daher den Trend nicht widerlegen, den die vorgenannten Zahlen erkennen lassen, nämlich, dass der lineare Abbau von Betten in den einzelnen

Spitälern die Kosten bisher nicht spürbar eindämmen konnte. Insoweit ist die Prognose des Regierungsrates für die Variante «linearer Abbau» hinreichend abgestützt.

**4.3.2.** Demgegenüber liegen für die Variante «Konzentration» keine vergleichbaren Erfahrungszahlen vor, weil diese Variante im Kanton Zürich in der vom Regierungsrat geplanten Form bisher nicht umgesetzt worden ist. Der Regierungsrat hat daher andere Beurteilungsfaktoren herangezogen, so vor allem die Erkenntnis, dass nur rund ein Drittel der Kosten auf den Pflegebereich entfällt, zwei Drittel dagegen auf den Behandlungsbereich. Er schliesst daraus für die Zukunft, dass nachhaltige Kosteneinsparungen nur erzielt werden können, wenn auch die Betriebs- und Investitionskosten wegfallen, was den Abbau der gleichzeitig mit den Betten verbundenen administrativen, medizinischen und hauswirtschaftlichen Infrastruktur erfordert.

Der Beschwerdeführer wendet in diesem Zusammenhang ein, der Regierungsrat überschätze das Sparpotenzial aus dem Abbau dieser Infrastruktur. Die damit anvisierten Fixkosten der betroffenen Akutabteilungen der Spitäler lägen nur bei rund 30% und nicht zwischen zwei Dritteln und vier Fünfteln, wie der Regierungsrat annehme. Welche Annahme zutrifft, ist für die Schätzung der Kosteneinsparungen in der Tat von Belang. Der Regierungsrat geht nämlich davon aus, dass sich ein Grossteil der Fixkosten der nicht in die Liste A aufgenommenen Spitäler künftig einsparen lässt und den auf die Liste A gesetzten Spitälern daher im Wesentlichen nur die variablen Kosten dieser anderen Spitäler erwachsen werden.

Unter Fixkosten versteht der Bundesrat im vorliegenden Zusammenhang jenen Anteil an den Gesamtkosten, der beim Betrieb eines Akutspitals oder der stationären Akutabteilung eines Spitals anfällt, und zwar unabhängig vom Auslastungsgrad der Akutbetten. Es handelt sich beispielsweise um Kosten des medizinisch-technischen Bereichs und der allgemeinen Infrastruktur. Neben dem Sachaufwand gehören zu den Fixkosten auch Personalkosten, nämlich soweit, als diese wie der Sachaufwand unabhängig vom Auslastungsgrad der Akutbetten anfallen. Im vorliegenden Fall ist strittig, wie hoch der Anteil der Fixkosten an den Gesamtkosten anzusetzen ist.

Der Bundesrat ging bei der Beurteilung der Zürcher Spitaltaxen 1996 von einem geschätzten Fixkosten-Anteil von 70% der anrechenbaren Betriebskosten aus (RKUV 6/1997 S. 358, E. 8.1.1). Der Preisüberwacher rechnet bei der Prüfung von Spitaltaxen im Übrigen mittlerweile sogar mit einem Fixkosten-Anteil von 80%, weil dies seines Erachtens die Spitalrealität besser widerspiegelt als ein Anteil von 70%. Im vorliegenden Fall stehen zwar - anders als bei der Festsetzung von Spitalpauschalen (Art. 49 Abs. 1 KVG) - nicht die Fixkosten von Betten in Frage, die trotz ungenügender Auslastung weiter betrieben werden und die deshalb als Kosten aus Überkapazität anteilmässig von den anrechenbaren Betriebskosten abzuziehen sind. Es geht umgekehrt um Fixkosten von Betten, die abgebaut werden sollen. Indessen beruhen diese Fixkosten so oder anders auf Faktoren, die im Wesentlichen identisch sind (z.B. Aufwand für den medizinisch-technischen Bereich) und sich im Aufwand für den Betrieb des Akutspitals oder der stationären Akutabteilung eines Spitals niederschlagen. Daher liegt es nahe, sich für die Bestimmung des Anteils der Fixkosten auch beim Abbau von

Zürcher Spitalbetten am bundesrätlichen Schätzwert von 70% im Fall der Zürcher Spitaltaxen 1996 zu orientieren. Wenn der Regierungsrat bei der Spitalplanung diesen Anteil je nach Spital auf rund zwei Drittel bis vier Fünftel der Gesamtkosten schätzt, so bewegt er sich mit Blick auf diesen Wert in einer durchaus tolerierbaren Bandbreite. Dies zumal dann, wenn man für die vorinstanzliche Schätzung des Fixkosten-Anteils zusätzlich die (vom Bundesrat seinerzeit bei der Tariffestsetzung nicht einbezogenen) künftigen Investitionskosten für Unterhalt und Modernisierung der betrieblichen Infrastrukturen berücksichtigt (E. 5.1 hiernach). Aus dieser Sicht besteht somit kein Anlass, die vorinstanzliche Schätzung zu beanstanden.

**4.3.3.** Damit bleibt die Frage zu entscheiden, mit welcher Variante («linearer Abbau» oder «Konzentration») sich die Kosten der Akutversorgung wirksamer eindämmen lassen.

Dabei fällt in Betracht, dass sich mit dem linearen Abbau von überzähligen Betten die Fixkosten des Betriebsaufwandes soweit nicht automatisch einsparen lassen, als der Betrieb des Akutspitals oder der stationären Akutabteilung eines Spitals aufrechterhalten wird. Betriebskosten und damit Fixkosten fallen bei gleicher Infrastruktur und unverändertem Personalbestand daher weiterhin an und sind von der öffentlichen Hand sowie - gegebenenfalls nach Abzug der Kosten aus Überkapazität und Investitionen sowie Lehre und Forschung (Art. 49 Abs. 1 KVG) - von den Krankenkassen zu tragen, solange ein Akutspital oder die stationäre Akutabteilung eines Spitals auf der Liste A figuriert und die notwendigen Begleitmassnahmen zum Abbau von Betten, das heisst der Abbau von nicht mehr benötigter Infrastruktur und die Anpassung des Personalbestandes, nicht erfolgt sind.

Wenn dagegen eine organisatorische Einheit, das heisst ein Akutspital oder die stationäre Akutabteilung eines Spitals, nicht in die Spitalliste aufgenommen wird, so ist sie nicht zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG). Der Betriebsaufwand und damit auch die Fixkosten können in diesem Fall nicht kraft Art. 49 Abs. 1 KVG der öffentlichen Hand und - über die Spitalpauschalen - den Krankenkassen belastet werden, auch dann nicht, wenn der Träger der betroffenen Einrichtung diese weiterführt. Mit dieser Massnahme lassen sich daher zum Vorteil der Kassen und des Kantons als Subventionsgeber mehr Kosten einsparen als beim bloss linearen Abbau von Betten. Der Ausschluss von Akutspitalern oder stationären Akutabteilungen von Spitälern wird zudem die Auslastung der in die Liste aufgenommenen Akutspitäler und Akutabteilungen von Spitälern steigern und damit im Gegenzug deren Fixkosten pro Bett oder Behandlungsfall senken, was ebenfalls für die Variante «Konzentration» spricht.

**4.3.4.** Nach Ansicht des Bundesrates darf daher als wahrscheinlich gelten, dass das Sparpotenzial aus der Variante «Konzentration» höher einzuschätzen ist als aus der Variante «linearer Abbau», weil jene Variante neben den Betten auch die damit verbundene kostspielige Spitalinfrastruktur rascher und wirksamer abbaut.

Dieser Befund gilt auch für jene Regionalspitäler, die der Kanton Zürich nicht oder bloss teilweise subventioniert. Insoweit kann sich zwar der Kanton entlasten, nicht aber die Krankenversicherer, weil deren Leistungspflicht so oder anders besteht (Art. 41 Abs. 1 und Art. 49 Abs. 1 KVG).

4.4. Der Regierungsrat hat somit für seine Prognose die zumutbaren Abklärungen getroffen und sich auf die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren gestützt. Die Prognose, wonach bei der Variante «Konzentration» sich wirksamer Kosten eindämmen lassen als bei der Variante «linearer Abbau», lässt sich daher nicht beanstanden. Wenn der Regierungsrat deswegen einen Teil der überzähligen Betten durch die Nichtaufnahme von organisatorischen Spitalseinheiten in die Liste A abbauen will, was der Variante «Konzentration» entspricht, so hat er sich damit von einem Kriterium leiten lassen, das den Zielen der Spitalplanung entspricht, nämlich die Kosten der stationären Versorgung einzudämmen (E. 3.2 hiervor), und sein Auswahlermassen (E. 1.7.3 hiervor) korrekt ausgeübt.

5. Mit der Wahl der Variante «Konzentration» stellt sich weiter die Frage, ob der Regierungsrat auf der Basis dieser Variante richtig wählte, indem er beschloss, die unterste Versorgungsstufe (dezentrale teilregionale Grundversorgung) aufzuheben und die dieser Stufe zugehörigen Regionalspitäler nicht in die Liste A aufzunehmen.

5.1. Der Regierungsrat begründet die Massnahme damit, dank der Aufhebung der untersten Versorgungsstufe könne die medizinische Grundversorgung in den regionalen Schwerpunktspitälern konzentriert werden. Diese grösseren Versorgungseinheiten verfügten über das für eine moderne Medizin nötige Spezialwissen sowie über die medizinisch-technische Infrastruktur (RRB 1347, S. 4, Ziff. 2). Mit der Konzentration der Patientenströme in betriebswirtschaftlich optimalen Einheiten könnten die Ressourcen besser genutzt und könne die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung insgesamt verbessert werden. Der Auslastungsgrad sowie die Wirtschaftlichkeit der benachbarten Spitäler würden verbessert und damit der Gesamtaufwand pro Patient in den Spitalregionen Wetzikon und Uster gesenkt. Hinzu komme, dass ein Bett an einem Universitäts-, Zentral- oder Schwerpunktspital grundsätzlich nicht durch ein Bett an einem Regionalspital ersetzt werden könne, umgekehrt jedoch sehr wohl ein Bett an einem solchen Spital durch ein Bett an einem Schwerpunktspital (RRB 1347, S. 6, Bst. B). Zentrales Element der Strukturbereinigung bildet für den Regierungsrat daher die Straffung von bisher vier auf neu drei Versorgungsstufen (RRB 1347, S. 4, Ziff. 2).

Was die Schätzung der Kostenentwicklung angeht, stellt der Bundesrat auf den massgeblichen Aufwand für KVG-Patienten (= Anteil Krankenkassen [KK]+Deckungslücke öffentliche Hand [öH]) in den allgemeinen Abteilungen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler ab. Der Gesamtaufwand ist demgegenüber nicht aussagekräftig, weil er auch den Aufwand für die privaten und halbprivaten Abteilungen der Spitäler umfasst. Der Regierungsrat beziffert für 1995 den massgeblichen Aufwand für KVG-Patienten (= Anteil KK + Deckungslücke öH) in den allgemeinen Abteilungen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler auf 826 Millionen Franken (KK: 344 Millionen Franken; öH: 482 Millionen Franken). Bei der Variante «Konzentration» rechnet er für 1998 mit einem

Anstieg dieser Kosten auf 844 Millionen Franken (KK und öH je 422 Millionen Franken). Die Schätzung des Regierungsrates beruht auf der Annahme, dass der durchschnittliche Anteil der Pflgegetage für Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler von 28 auf 23% abnehmen wird, womit die Nachfrage nach Leistungen der allgemeinen Abteilungen und damit deren Kosten ansteigen werden. Weiter nimmt der Regierungsrat an, dass der Kostendeckungsgrad aus den Pauschalen der Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilungen von 42 auf 50% (Art. 49 Abs. 1 KVG) steigen wird. Dies wird die Kosten unter dem Strich nicht beeinflussen, wohl aber deren Verteilung im Verhältnis zwischen den Kassen und der öffentlichen Hand, soweit diese zu Lasten der Kassen den Anteil an der Kostendeckung vermindern kann. Unter dem Strich wird sich daher die öffentliche Hand um 60 Millionen Franken entlasten können, während die Krankenkassen zusätzlich 78 Millionen Franken an Kosten werden übernehmen müssen.

Durch den Entzug der Staatsbeiträge fallen zudem bei den nicht in die Liste A aufgenommenen Spitälern auch die Investitionskosten für Unterhalt und Modernisierung der Infrastruktur weg. Die Einsparungen für die öffentliche Hand belaufen sich nach den Schätzungen im Planungsbericht für die nächsten 10 - 15 Jahre auf rund 260 Millionen Franken.

**5.2.** Der Regierungsrat begründet die Wahl der Variante «Konzentration» somit im Wesentlichen mit zwei quantitativen Elementen, nämlich einerseits mit den Kosten der bisherigen vierstufigen Versorgungsstruktur für die Kassen sowie die öffentliche Hand und andererseits mit einer Schätzung der künftigen Kostenentwicklung nach Aufhebung der untersten Versorgungsstufe (dezentrale teilregionale Grundversorgung durch die Regionalspitäler). Bei der Bestimmung der künftigen Entwicklung geht es um eine Prognose, was Sachkunde und Erfahrungswissen voraussetzt. In solchen Fällen prüft der Bundesrat, ob die zumutbaren Abklärungen getroffen und die sachrichtigen Beurteilungsfaktoren herangezogen wurden (E. 1.7.2 hiervor). Anhand dieser Grundlagen ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen in Bezug auf die Spitalplanung und die Spitalliste (Bedarfsdeckung, Koordination, Publizität, Transparenz) sowie deren Ziele (optimale Ressourcennutzung, Abbau der überkapazitäten und Eindämmung der Kosten) erfüllt sind (E. 3.2 und 3.4.4 hiervor), soweit der Beschwerdeführer dies bestreitet (E. 6-8 hiernach).

**5.3.** Der Beschwerdeführer wendet gegen die Streichung der untersten Versorgungsstufe und insbesondere gegen die Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A im Wesentlichen ein, diese Massnahme beruhe nicht auf den notwendigen empirischen und transparenten Grundlagen, die für eine korrekte Ermessensausübung notwendig wären. Es bestünden klare Belege dafür, dass die vom Kreisspital Bauma erbrachten Leistungen zu den gesamtkantonal kostengünstigsten gehörten. Die Massnahme verfehle daher

die Ziele der Spitalplanung, so namentlich die Eindämmung der Kosten, und gefährde auch die Sicherheit der stationären Versorgung der Bevölkerung in der betroffenen Spitalregion.

**6.** Im Folgenden ist zunächst der Vorwurf zu prüfen, die strittige Massnahme beruhe nicht auf den notwendigen empirischen und transparenten Grundlagen.

**6.1.** Der Beschwerdeführer stützt sich für seine Forderung nach detaillierten Vergleichen der Gesamtwirtschaftlichkeit und der Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern auf die Praxis des Bundesrates in Entscheiden über Beschwerden gegen kantonale Spitallisten. Die Einsicht in die Vorakten der Gesundheitsdirektion habe ergeben, dass nur rudimentäre Wirtschaftlichkeitsanalysen vorhanden seien, jedoch keine eingehenden Untersuchungen über die Wirtschaftlichkeit und insbesondere keine Vergleiche zwischen den Regionalspitälern und den Schwerpunktspitälern durchgeführt worden seien. Dass die Transparenz der Daten nicht genüge, habe der Bundesrat auch im Entscheid vom 13. August 1997 zu den Taxen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Krankenhäuser im Kanton Zürich festgehalten (RKUV 6/1997 S. 366, E. 10.1).

Die Gesundheitsdirektion stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass das verfügbare Zahlenmaterial genüge und detaillierte Wirtschaftlichkeitsrechnungen in dieser ersten Phase der Strukturbereinigung nicht nötig seien.

**6.2.** Der Bundesrat hat in Entscheiden über Beschwerden gegen kantonale Spitallisten schlüssige Kostenvergleiche verlangt. Es ging dabei zum Ersten um Fälle, in denen sich der Streit um die Beurteilung des Angebots von Spitälern derselben Versorgungsstufe drehte; zum Zweiten traten als Gesuchsteller vielfach private Trägerschaften auf, die sich darauf berufen konnten, dass das Gesetz ihre angemessene Berücksichtigung verlangt (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG); und zum Dritten gab es Konstellationen, in denen die Gesuchsteller beide Merkmale erfüllten. Der Bundesrat entschied, dass es in solchen Fällen nicht angehe, einfach auf den Umstand abzustellen, dass die in die Liste aufgenommenen Spitäler von der öffentlichen Hand mitfinanziert würden (RKUV 6/1996 S. 232, E. 5.3).

**6.3.** Es fragt sich, ob sich aus den vom Bundesrat beurteilten Fällen Schlüsse für den vorliegenden Sachverhalt ziehen lassen. Zunächst ist dazu festzustellen, dass das Kreisspital Bauma nicht eine private Trägerschaft hat, die sich auf eine angemessene Berücksichtigung berufen könnte (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG), weshalb jedenfalls aus dieser Sicht eine Evaluation und detaillierte Kostenvergleiche nicht verlangt werden können. Das heisst nicht, bei öffentlichen Spitälern seien solche Vergleiche schlechthin nicht nötig, wenn die Aufnahme in die Spitalliste strittig ist. Erforderlich wäre nach der zitierten Praxis des Bundesrates eine einlässliche Evaluation dann, wenn öffentliche Spitäler derselben Versorgungsstufe untereinander oder mit privaten Spitälern zu vergleichen sind, was vorliegend nicht zutrifft; zum Vergleich stehen auf dieser Ebene die bisherige vierstufige Versorgungsstruktur und die neue dreistufige Struktur. Beim Vergleich zwischen verschiedenen Versorgungsstufen kann nicht allein die reine Wirtschaftlichkeit ins Gewicht fallen, sondern ist eine Gesamtwürdigung vorzunehmen, wie der Regierungsrat dies vorliegend getan hat. Er erfüllt damit die Forderung des

Bundesrates, der stets betont hat, dass die wirtschaftlich günstigste Lösung für die Spitalliste auf Grund einer Gesamtbetrachtung zu suchen ist, die sich nicht in einem blossen Zahlenvergleich zwischen einzelnen Spitälern erschöpfen darf.

Aus diesem Grunde lassen sich auch die Aussagen des Bundesrates zur Transparenz der Kostenrechnungen in Streitigkeiten über die Festsetzung der Pauschalen für die allgemeinen Abteilungen der Spitäler (Art. 49 Abs. 1 KVG; vgl. RKUV 6/1997 S. 358 ff., E. 8) nicht unbesehen auf die Spitalplanung und die Spitalliste übertragen. Bei der Festsetzung der Pauschalen geht es darum, für das betroffene Spital jene Kosten der allgemeinen Abteilung auszuscheiden, die nicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung belastet werden dürfen. Dies setzt voraus, dass für die massgeblichen Kostenfaktoren transparente Daten (z.B. über die effektiven und nicht anrechenbaren Kosten von Lehre und Forschung) vorliegen. Dies war beispielsweise im Falle der Zürcher Spitaltaxen 1996 nicht durchwegs der Fall. Der Bundesrat kam daher zum Schluss, dass trotz Fortschritten die Kostentransparenz in verschiedener Hinsicht noch nicht genügte und auf der Basis der von der Vorinstanz verwendeten Finanzbuchhaltung die anrechenbaren Kosten der allgemeinen Abteilung der einzelnen Spitäler nicht im Sinne des KVG und des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG, SR 942.20) bestimmt werden konnten (RKUV 6/1997 S. 366, E. 10.1).

Dass die Transparenz nicht in allen Teilen genügte, bezog sich somit auf die einschlägigen Faktoren zur Festsetzung der Spitalpauschalen gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG. Diese Faktoren spielen teilweise auch bei der Spitalplanung eine Rolle (z.B. überkapazitäten bzw. Bettenbelegung in den Spitälern), andere dagegen (wie die Anrechnung von Investitionen für Mobilien auf die Spitalpauschalen) sind für die Spitalplanung ohne Belang. Welche Anforderungen bei der Spitalplanung an die Transparenz der Daten zu stellen sind und wie für einen bestimmten Kanton die Transparenz der massgeblichen Faktoren im konkreten Fall zu beurteilen ist, lässt sich daher nicht einfach aus der Praxis oder aus einzelnen Entscheiden des Bundesrates zur Festsetzung der Spitalpauschalen ableiten. Die Frage ist selbstständig an Hand der Anforderungen beurteilen, die sich für die Spitalplanung und die Spitalliste aus Art. 39 Abs. 1 KVG ergeben.

**6.4.** In diesem Sinne hat der Regierungsrat geprüft, ob die Aufhebung der untersten Versorgungsstufe (dezentrale teilregionale Grundversorgung durch die Regionalspitäler) die Ziele der Spitalplanung erreichen kann. Er ist auf Grund der gegenwärtigen Kosten und einer Schätzung der künftigen Kosten für KVG-Patientinnen und Patienten zum Schluss gekommen, dass die Aufhebung der untersten Versorgungsstufe eine Eindämmung der Kosten erwarten lässt. Es mag sein, dass sich derselbe finanzielle Erfolg auch mit der Nichtaufnahme von Spitälern höherer Versorgungsstufen in die Liste A erreichen liesse. Indessen würde eine solche Massnahme die Qualität der stationären Versorgung verschlechtern, wie der Regierungsrat zu Recht geltend macht. Die Massnahme würde Schwerpunktspitäler sowie Zentral- und Universitätsspitäler ganz oder teilweise von der Liste A fernhalten, welche insgesamt ein breiteres Spektrum an stationärer Akutversorgung anbieten als die Regionalspitäler. Wenn der Regierungsrat den Aspekt der Versorgungsqualität höher gewichtet als allfällige Kosteneinsparungen, so lässt sich dies nach Ansicht des Bundesrates im Interesse der betroffenen

Bevölkerung mit guten Gründen vertreten. Insofern können detaillierte Kostenvergleiche zwischen den Spitälern verschiedener Versorgungsstufen für sich allein nicht den Ausschlag zu Gunsten der Aufhebung von Spitälern der höheren Versorgungsstufen geben. Solche Vergleiche sind daher für den Entscheid über die künftige Grundstruktur der Zürcher Spitalversorgung nicht nötig, weshalb kein Anlass besteht, zusätzliche Abklärungen anzuordnen (Art. 12 VwVG).

6.5. Selbst wenn zutreffen sollte, dass die vom Kreisspital Bauma erbrachten Leistungen gesamtkantonal zu den kostengünstigsten gehören, wie der Beschwerdeführer behauptet, könnte dieser Umstand nach dem Gesagten für sich allein somit nicht den Ausschlag für die Aufnahme des Spitals in die Liste A geben.

7. So oder anders fragt es sich zudem, ob die verfügbaren Daten überhaupt den Schluss zulassen, dass die vom Betrieb des Beschwerdeführers erbrachten Leistungen gesamtkantonal zu den kostengünstigsten gehören. In diesem Zusammenhang ist auch der Einwand des Beschwerdeführers zu prüfen, die Vorinstanz habe den Nachweis nicht erbringen können, dass eine Verlagerung der Leistungen auf die Schwerpunktspitäler zumindest im gleichen Masse kostendämpfend wirken würde wie die Weiterführung der Regionalspitäler.

7.1. Der Beschwerdeführer kritisiert namentlich, dass sich der Regierungsrat für seinen Entscheid unter anderem auf die Tabelle «Austrittskosten 1995» gestützt hat. Die Statistik zeige zwar den Aufwand je Spitalaustritt in der allgemeinen Abteilung auf, ohne allerdings anzugeben, welche Leistungen damit verbunden seien. Immerhin belege sie die Tendenz, dass an regionalen Spitälern die Kosten sehr tief lägen.

Das mag aus der Sicht des Bundesrates zutreffen, soweit es um die allgemeine Tendenz geht, gilt aber nicht im vorliegenden Fall, weil das Kreisspital Bauma mit Fr. 7000.- Kosten je Spitalaustritt gleich hoch liegt wie das benachbarte Schwerpunktspital Wetzikon. Wenn man die Austrittskosten 1995 als solche zum Vergleich heranziehen will, so sprechen sie daher gegen das Kreisspital Bauma.

Für den Beschwerdeführer ist der Vergleich der Austrittskosten 1995 indes nicht schlüssig. Er macht geltend, wenn man die Statistik näher betrachte, so zeige sich, dass das Kreisspital Bauma bei den Kosten je Austritt im Vergleich mit anderen Regionalspitälern in der «Mittelgruppe», aber tiefer als Schwerpunktspitäler liege. Das Spital Bauma versorge eine dünn besiedelte und finanziell schwache Region, weshalb seine Aufgaben anders gelagert seien als jene eines grösseren Regional- und Schwerpunktspitals. Der Anteil der Zusatzversicherten sei im Spital Bauma von allen Zürcher Spitälern am geringsten. Die «Quersubventionierung» der allgemeinen Abteilung durch die Privat- und Halbprivatabteilung liege entsprechend tiefer, was bei einem bereinigten Vergleich zu berücksichtigen sei. Höhere Kosten am Spital Bauma entstünden insbesondere dadurch, dass die Pikettdienste im ärztlichen und therapeutischen Bereich im Vergleich zu einem grösseren Spital mehr Personal benötigten und daher - verteilt auf die Bettenzahl - ein relativ hoher Personalaufwand entstehe. Die Aufenthaltsdauer der chirurgischen Patientinnen und Patienten liege im Rahmen der übrigen Spitäler. Weil im Spital Bauma der Anteil der ambulanten Behandlungen bzw. der Tageschirurgie im Vergleich zu anderen Spitälern,

welche diese Behandlungen zumeist stationär durchführten, hoch liege, steige dadurch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die übrigen Behandlungen. Die kantonale Statistik berücksichtige dies bei der Ermittlung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nicht, was zu Verzerrungen auch auf der Kostenseite führe. Bei den internmedizinischen Erkrankungen würden vor allem ältere multimorbide Patientinnen und Patienten versorgt, die längere Spitalaufenthalte benötigten. In den letzten Jahren seien diese Fälle angestiegen. Die Schwerpunktspitäler betreuten dagegen jüngere Patientinnen und Patienten, die rascher genäsen und dadurch die mittlere Aufenthaltsdauer und die Kosten senkten. Ein Vergleich der internmedizinischen Kosten sei nicht möglich, weshalb auch der Vergleich mit dem benachbarten Schwerpunktspital Wetzikon besonders stossend sei.

Falls zutrifft, was der Beschwerdeführer gegen die Austrittskosten 1995 einwendet, so sind diese wegen der genannten Sonderfaktoren als Vergleichsbasis in der Tat nicht tauglich und können daher nicht belegen, dass das Kreisspital Bauma unwirtschaftlicher arbeitet als das benachbarte Schwerpunktspital. Wenn aber die Aussagen zu den Austrittskosten 1995 wegen dieser Sonderfaktoren unscharf und daher nicht schlüssig sind, so sind sie umgekehrt auch nicht für den Nachweis tauglich, dass die vom Kreisspital Bauma erbrachten Leistungen gesamtkantonal zu den kostengünstigsten gehören.

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass die Austrittskosten 1995 gegen das Spital Bauma sprechen, wenn man sie als solche zum Nennwert nimmt; wenn sie hingegen wegen der vom Beschwerdeführer genannten Sonderfaktoren nicht schlüssig sind, so lassen sie sich weder für noch gegen den Beschwerdeführer verwenden.

Weiter lässt sich auch der von der Vorinstanz an die Akten gereichte Ordner Kostenrechnung 1996 der Zürcher Spitäler (KOREG-Verzeichnis 1996) nicht als taugliche Vergleichsgrundlage betrachten, und zwar im Wesentlichen aus den Gründen, die gegen die Aussagekraft der vorgenannten Zahlen sprechen.

7.2. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, die Vorinstanz habe den Nachweis nicht erbringen können, dass eine Verlagerung der Leistungen auf die Schwerpunktspitäler zumindest im gleichen Masse kostendämpfend wirken würde. Das Konzept der Vorinstanz werde im Gegenteil die Kosten in die Höhe treiben, weil es die Akutversorgung von den günstigen Regionalspitälern auf die teuren Spitäler der höheren Versorgungsstufen verlagert werde. Rund 86% der Kosten der stationären Versorgung würden an der Spitze der Versorgungspyramide (Universitätsspital [USZ], Zentrumsspital und hoch spezialisierte Spitäler sowie die Stadtspitäler Waid und Triemli) generiert. Der Aufwand des Kantons Zürich für die zu schliessenden Spitäler betrage dagegen nur knapp 2%, was rund 5,8 Millionen Franken entspreche. Nach dem Gebot der Verhältnismässigkeit, das auch für die Spitalplanung gelte, sei daher an erster Stelle dort anzusetzen, wo die meisten Kosten anfielen und somit das grösste Sparpotenzial bestehe, nämlich an der Spitze der Versorgungspyramide.

Das aber sei gerade nicht der Fall, weil der geplante Abbau von rund 100 Betten am USZ nichts anderes als ein Trugschluss sei. Aus den Kenndaten 1996 ergebe sich, dass diese Vorgabe erfüllt gewesen sei, bevor der Regierungsrat die Spitalliste 1998 beschlossen habe. Der Abbau sei im Rahmen

einer Sanierung von Bettentrakten zu Stande gekommen, weshalb das USZ keine weiteren Betten abbauen müsse und das von der Vorinstanz angeführte Sparpotenzial sich als leere Hülse erweise.

Kostentreibend wirke ferner die im Zürcher Spitalkonzept angestrebte Verlagerung der stationären auf die ambulante Versorgung, weil dies zu einer Verschiebung der Kosten auf die Krankenkassen führen werde. Von den hier anfallenden 70 Millionen Franken wären neu rund 40 Millionen Franken durch die Krankenkassen zu übernehmen. Mit der Schliessung der bestehenden Infrastruktur würden neue Arztpraxen aufzubauen sein, was zu neuen Kosten führen werde. Die ärzte würden zudem in Zukunft an Schwerpunkt- und Zentralspitälern ausgebildet, wo sie sich an luxuriöse Ausstattung gewöhnten; dies könne die ärzte dazu verleiten, ihre Praxen gleich einzurichten oder die Patientinnen und Patienten an teurere Spitäler zu überweisen. Weiter sei zu bemängeln, dass die Versorgungsaufträge lückenhaft formuliert seien und insbesondere den Spitalern keine Bettenzahlen zugewiesen würden. Die auf die Liste gesetzten Spitäler könnten somit innerhalb der zugewiesenen Bereiche ihre Leistungen frei verschieben oder ausbauen. Der Liste A fehle somit die quantitativ-strukturelle Lenkungsfunktion.

7.2.1. Zu diesem letzten Einwand ist festzustellen, dass der Regierungsrat im RRB 1347 die Gesundheitsdirektion beauftragt hat, die Spezifikation und die Quantifizierung der Leistungsaufträge in Rahmenregelungen für die einzelnen Spitalträger festzulegen (Dispositiv, Ziff. IV). Das BSV hat diese Anordnung überprüft und dazu in der Vernehmlassung festgestellt, dass es sich die Rahmenverträge ausgewählter Spitäler habe nachreichen lassen. In diesen Verträgen würden die Leistungsaufträge sehr detailliert in einer Positiv- und einer Negativliste aufgeführt, nach Fachbereichen gegliedert und klassifiziert. Das BSV erachte diese Form der Erteilung der Leistungsaufträge als vorbildlich. Der Bundesrat fügt bei, dass sich der Planung entnehmen lässt, an welchen Spitalern der Liste A Betten abgebaut werden sollen und wo der heutige Bettenbestand vorderhand belassen werden soll. Daraus ergibt sich die Zahl der den einzelnen Spitalern zugewiesenen Betten, was eine unkontrollierte Entwicklung ausschliesst und die Sorge des Beschwerdeführers hinfällig macht.

Daher besteht kein Grund, die Beschwerde deswegen gutzuheissen. Der Bundesrat geht indes davon aus, dass der Regierungsrat die Bettenzahlen in der Liste A bei nächster Gelegenheit nachtragen wird.

7.2.2. Was die Verlagerung der stationären auf die ambulante Versorgung und die vom Beschwerdeführer befürchteten Kostenfolgen angeht, ist aus der Sicht des Bundesrates festzustellen, dass eine ambulant erbrachte Leistung in der Regel gesamthaft billiger zu stehen kommt als eine stationäre Behandlung im Spital, weil hier von der Krankenversicherung zusätzlich der Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung zu decken ist, was bei ambulanten Leistungen nicht der Fall ist (Art. 25 Abs. 2 Bst. e KVG). Bei nicht subventionierten Spitalern kann der Grad der Kostendeckung aus den von den Kassen zu tragenden Spitalpauschalen über 50% der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung betragen (RKUV 4/1997 S. 220 ff.). Bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern bilden die 50% die oberste Grenze (Art. 49 Abs. 1 KVG); doch fallen bei diesen Spitalern zusätzlich die Beiträge

der öffentlichen Hand an die Betriebs- und Investitionskosten ins Gewicht, die ebenfalls als Kosten der Krankenpflege zu betrachten sind. Dass die Verlagerung der stationären auf die ambulante Versorgung die Kosten für die öffentliche Hand und die Krankenversicherer in die Höhe treiben wird, ist daher unwahrscheinlich.

Namentlich für schwierige Behandlungen wird in der Regel nach wie vor nur eine stationäre Versorgung in einem Spital in Frage kommen (E. 4.2 hiervor). Insoweit wird sich die Nachfrage daher auch nicht auf den teilstationären Bereich verlagern, weshalb auch die daraus entstehenden Kosten nicht entscheidend gegen die Variante «Konzentration» ins Gewicht fallen können.

**7.2.3.** Richtig ist hingegen, dass sich bei der Variante «Konzentration» nach den Prognosen die öffentliche Hand um 60 Millionen Franken entlasten kann, während die Krankenkassen mit 78 Millionen Franken zusätzlich belastet werden (E. 5.1 hiervor).

Indessen ist zu berücksichtigen, dass sich die zusätzliche Belastung der Krankenkassen teilweise aus der Annahme des Regierungsrates erklärt, der Kostendeckungsgrad aus den Pauschalen der allgemeinen Abteilungen werde von 42 auf 50% steigen. Ob diese Annahme sich erfüllen wird, bestimmt sich nach Art. 49 Abs. 1 KVG und hängt namentlich davon ab, in welchem Masse die Kostentransparenz der Zürcher Spitäler sich verbessern wird (RKUV 6/1997 S. 343 ff.). Soweit dies zutrifft, was im Streitfall der Bundesrat zu beurteilen hat (Art. 53 Abs. 1 KVG), lässt sich die Erhöhung des Kostendeckungsgrades bundesrechtlich nicht beanstanden. Im übrigen haben die Zürcher Krankenversicherer die Spitalliste 1998 nicht angefochten. Der Bundesrat schliesst aus diesem Umstand und aus der einlässlichen Vernehmlassung des VZKV, dass für die Kassen diese zusätzliche Belastung weniger ins Gewicht fällt als die Vorteile der Spitalliste 1998 (I/C hiervor). Dies berechtigt zur Annahme, dass die Kassen die Vorteile und Nachteile der Zürcher Spitalplanung sorgfältig geprüft sowie gegeneinander abgewogen haben.

Ferner hat der Regierungsrat angenommen, dass der durchschnittliche Anteil der Pflegetage für die Patientinnen und Patienten in den Halbprivat- und Privatabteilungen der kantonalen und staatsbeitragsberechtigten (öffentlich-rechtlichen und privaten) Spitäler von 28 auf 23% abnehmen wird. Der Beschwerdeführer zieht diese Schätzung in Zweifel und macht geltend, dass die Abwanderung aus den Zusatzversicherungen mit einem höheren Anteil zu veranschlagen sei. Gegenwärtig seien vermutlich knapp unter 20% der Zürcher Bevölkerung zusatzversichert.

Die Schätzung des Regierungsrates erscheint indes näher an der Wirklichkeit und damit wahrscheinlicher als die Schätzung des Beschwerdeführers, wenn man sich vor Augen hält, dass im Kanton Zürich der Anteil der Pflegetage in den privaten und halbprivaten Abteilungen je nach Spital zwischen knapp 20% und 50% schwankt und 1994 in den Akutspitalern im Durchschnitt 34% betrug.

**7.2.4.** Unbehelflich ist auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf die gegenüber den Schwerpunkt- und Zentralspitälern günstigeren MTK-Steuern (Unfallversicherung) des Kreisspitals Bauma. Die Taxordnung berücksichtigt

die unterschiedlichen Aufgabenspektren der verschiedenen Spitäler, was erklärt, dass die Tarife für das Regionalspital Bauma mit einfacherem Spektrum tiefer sind als für die anderen Spitäler mit schwierigerem Spektrum.

7.3. Im Ergebnis ist daher dem Regierungsrat zuzustimmen, dass die Gesamtwirtschaftlichkeit der Spitäler nur bedingt vergleichbar ist und dass der höhere Schwierigkeitsgrad von Eingriffen an Universitäts-, Zentral- und Schwerpunktspitälern nach einer differenzierten Betrachtungsweise verlangt, weil die Kosten solcher Eingriffe nicht unbesehen und unbereinigt mit den Kosten an Regionalspitälern verglichen werden können (RRB 1347, S. 6, Bst. B).

Wenn im übrigen das Kreisspital Bauma gegenüber den Spitälern in der Mitte und an der Spitze der Versorgungspyramide bei den Kosten tatsächlich besser dastünde, wie der Beschwerdeführer geltend macht, und es vorwiegend darauf ankäme, so liefe dies im Ergebnis auf eine Rangliste der kantonalen Spitäler hinaus. Diese Rangliste ergäbe dann die Spitalliste und müsste - konsequent weiter gedacht - dazu führen, schwergewichtig die auf den hinteren Rängen platzierten teuren Spitäler des universitären Bereichs (Versorgungsstufe III) von der Liste A zu streichen. Diese Betrachtungsweise würde sich an der reinen Wirtschaftlichkeit ausrichten und andere Aspekte, so namentlich die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, ausblenden. Dies wäre mit der Gesamtbetrachtung, wie der Bundesrat sie fordert, nicht zu vereinbaren (E. 3.2 hiervor). Was der Beschwerdeführer zu den im Vergleich mit den Regionalspitälern hohen Kosten der Spitäler an der Spitze der Versorgungspyramide vorträgt, kann daher nicht entscheidend ins Gewicht fallen.

Nicht stichhaltig ist auch der Einwand des Beschwerdeführers, dass der Regierungsrat an der Spitze der Versorgungspyramide und vor allem am USZ keine Betten abbaue. Die Planung basiert auf dem betriebswirtschaftlichen Bettenbestand von 1994. Gegenüber dem Stand von 1994 (1050 Betten) soll auch das USZ Betten abbauen; zudem soll der Grundversorgungsauftrag des USZ überprüft werden (Planungsbericht 1997, S. 21, Ziff. 3). Die kantonale und ausserkantonale Nachfrage nach hoch spezialisierter Versorgung, welche auf dieser Stufe gewährleistet wird, kann hier jedoch einem Abbau von Betten entgegenstehen oder sogar eine Erhöhung der Bettenzahl nötig machen. Insofern liegen die Verhältnisse anders als bei den Regionalspitälern und lassen sich nicht vergleichen.

8. Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A gefährde auch die Sicherheit der stationären Versorgung (einschliesslich der Notfallversorgung) der Bevölkerung in der Region Bauma. Nach Sinn und Zweck des KVG müsse auch der Gedanke der Versorgungssicherheit und der regionalen Verankerung der Krankenpflege berücksichtigt werden, was für das Weiterbestehen des Kreisspitals Bauma spreche. Die Zürcher Spitalplanung führe praktisch zu einer Halbierung der regional erforderlichen Bettenzahl für das Zürcher Oberland und zu einer völligen Streichung in der Region Bauma. Die Krankenhausplanung 1991 sei hier noch differenzierter vorgegangen, indem sie für das Oberland einen Abbau von 82 Betten und für die Stadt Zürich einen Abbau von 402 Betten vorgesehen habe. Dieses Verhältnis werde nun praktisch umgekehrt, indem

die Region Oberland um 236 Betten und die Stadt Zürich nur noch um 290 Betten reduzieren solle, womit die überkapazitäten in der Stadt und Region Zürich erhalten blieben.

**8.1.** Dieser Einwand des Beschwerdeführers wäre rechtlich allenfalls dann stichhaltig, wenn ein Anspruch der Versicherten darauf bestünde, sich am Wohnort oder in der Region zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stationär behandeln zu lassen, und in diesem Sinne ein Kanton in jeder Region oder an jedem Ort einen gewissen Bestand an Spitalbetten aufrechterhalten müsste. Ein solcher Anspruch lässt sich aber weder aus Art. 41 KVG noch aus dem kantonalen Gesundheitsrecht ableiten, wie der Regierungsrat zu Recht geltend macht. Die Abs. 2 und 3 von Art. 41 KVG regeln die ausserkantonale Hospitalisation von Versicherten, woraus sich schliessen lässt, dass das KVG mit diesem Sachverhalt rechnet und ihn nicht als Verstoss gegen die Pflicht der Kantone zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung betrachtet.

Was das kantonale Recht betrifft, verpflichtet § 41 des Zürcher Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4. November 1962 (im Folgenden: Gesundheitsgesetz) die Krankenhäuser, Personen aufzunehmen, die dringend eine Krankenhausbehandlung benötigen (Aufnahmepflicht). Ob solche Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, wird indes nicht in dieser Vorschrift geregelt, sondern bestimmt sich nach Art. 35 und 39 Abs. 1 KVG. Ein Anspruch der Versicherten auf Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kann daher grundsätzlich nur gegenüber jenen Zürcher Spitälern bestehen, die auf der Spitalliste figurieren und demgemäss zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

Ein Anspruch der Versicherten auf stationäre Behandlung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung am Wohnort oder in der Region zwänge zudem zu überkapazitäten und triebe die Kosten in die Höhe, weil der Kanton ein entsprechendes lokales oder regionales Angebot bereithalten müsste, ohne dass die Versicherten ihrerseits gehalten wären, sich im Bedarfsfall in einem lokalen oder regionalen Spital behandeln zu lassen.

Die Versicherten aus der Region Bauma können nach Massgabe von Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG zu Lasten der sozialen Krankenversicherung auch andere Spitäler aufsuchen, so zum Beispiel Wetzikon, Uster und Rüti oder das Kantonsspital Winterthur. Wegen dieser Wahlfreiheit und des unterschiedlichen Wahlverhaltens der Bevölkerung sowie mit Blick auf die Standorte der Spitäler der höheren Versorgungsstufen (Schwerpunktspitäler, Zentral- und Universitätsspitäler) lässt sich daher auch nicht beanstanden, dass die Bettendichte im Kanton Zürich von Region zu Region schwankt.

Der Beschwerdeführer behauptet in diesem Zusammenhang, dass rein statistisch betrachtet 3 bis 4 Patientinnen und Patienten pro Jahr unnötigerweise sterben müssten, weil die Transporte an die Spitäler Winterthur und Wetzikon sich um 15 bis 30 Minuten je Weg verlängerten. Dem hält der Regierungsrat entgegen, dass das Kreisspital Bauma lediglich einen Notfalldienst ohne eigenen Stellenplan führe und weder von der Infrastruktur noch vom Personal her in der Lage sei, schwierige Notfälle zu versorgen; für den Rettungsdienst im Raum Bauma könne eine spezifische

Lösung gefunden werden. Für den Bundesrat ergibt sich daraus, dass schwierige Notfälle schon heute nicht in Bauma versorgt werden können und die rein statistische Betrachtung daher ein falsches Bild zeichnet.

Dass das Kreisspital Bauma Leistungen (wie z.B. die Notfallversorgung) erbringt, die angesichts der topographischen Lage (Berggebiet) von den genannten anderen Spitälern nicht übernommen werden können, leuchtet daher nicht ein, auch dann nicht, wenn das Kreisspital Bauma mehr als 4% der Akutpatienten der Spitalregion Wetzikon versorgen sollte, wie der Beschwerdeführer geltend macht.

Kein Gehör fanden im übrigen Bestrebungen im Zürcher Kantonsrat, die sich gegen eine Bereinigung der Versorgungsstruktur in den Regionen richteten. Eine Behördeninitiative auf Gewährleistung des permanenten Zutrittes zu Leistungen des Gesundheitswesens in den Regionen erhielt im Zürcher Kantonsrat die vorläufige Unterstützung von nur 36 Ratsmitgliedern, womit das notwendige Quorum von 60 Stimmen nicht erreicht wurde (Abstimmung vom 16.6.1997; Protokoll des Zürcher Kantonsrates, S. 8241 ff. und 8290). Die Initiative verlangte unter anderem, es sei den Regionen auf dem Gesetzesweg die Option einräumen, die medizinische Grundversorgung (einschliesslich der stationären Behandlung) selber wahrzunehmen und sich vom Staat für die entsprechenden Leistungen pauschal entschädigen zu lassen. Der Bundesrat schliesst aus der Debatte und der Abstimmung, dass sich für die Option auf Zugang zur stationären medizinischen Grundversorgung in den Regionen des Kantons das notwendige Quorum nicht fand (vgl. die Voten Hans-Peter Portmann und Jacqueline Fehr, Protokoll des Zürcher Kantonsrates, S. 8254 f. und 8257 f.). Weil der Initiative mangels des nötigen Quorums somit keine Folge gegeben wurde, kann offen bleiben, ob der Kantonsrat überhaupt zuständig gewesen wäre, sich rechtlich verbindlich zur Spitalplanung zu äussern, was der Beschwerdeführer bestreitet.

**8.2.** Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz habe auch nicht berücksichtigt, dass das Kreisspital Bauma ambulant und unterstützend auch stationär in der kantonal nicht abgedeckten Komplementärmedizin tätig sei; das Paracelsus-Spital sei anthroposophisch tätig und decke nur den geringsten Teil des komplementärmedizinischen Spektrums ab.

Den vorliegenden Akten lässt sich dazu entnehmen, dass seit 10 Jahren im Kreisspital Bauma komplementärmedizinische Verfahren therapeutisch angewendet werden. Die Erfahrungen zeigen, dass die Komplementärmedizin als alleinige Therapie von akut spitalpflege- oder spitalbehandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten im öffentlichen Spital der medizinischen Grundversorgung einen kleinen Stellenwert hat. Im Sinne einer Ergänzung der Schulmedizin ergeben sich aber wichtige adjuvante therapeutische Potenziale mit eindrucklichen therapeutischen Erfolgen. Die Patientinnen und Patienten akzeptieren das komplementärmedizinische Angebot in der grossen Mehrheit gerne, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten können mit komplementärmedizinischen Therapien deutlich gesteigert werden. Der Aufwand für die Implementierung der Komplementärmedizin beschränkt sich vorwiegend auf die Lohnkosten. Die Investitionskosten und die Kosten

für das Verbrauchsmaterial sind vergleichsweise gering. Das Spital Bauma hat hierzu verschiedene Konzepte ausgearbeitet; doch wurden diese von der Gesundheitsdirektion nicht unterstützt.

Diesen Ausführungen lässt sich - mit Blick auf das Kreisspital Bauma - entnehmen, dass die Komplementärmedizin zur Hauptsache als Ergänzung der schulmedizinischen stationären Behandlung gesehen und praktiziert wird. In dieser adjuvanten Form kann sie auch von den anderen öffentlichen Spitälern in das Angebot angeboten werden, welche die Patientinnen und Patienten des Spitals Bauma übernehmen werden, sofern dies nicht bereits der Fall ist und soweit es sich hierbei um eine medizinisch erforderliche Leistung handelt. Der Bundesrat kann daher dem Beschwerdeführer nicht beipflichten, wenn er behauptet, dass insoweit der regionale oder sogar der gesamtkantonale Bedarf an komplementärmedizinischer Versorgung nicht abgedeckt sei.

Als alleinige Therapie von akut spitalpflege- oder spitalbehandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten in den öffentlichen Spitälern der medizinischen Grundversorgung hat die Komplementärmedizin dagegen einen kleinen Stellenwert, wie sich der zitierten Studie entnehmen lässt. Unter diesen Umständen lässt sich nicht sagen, dass wegen der Nichtaufnahme der Akutabteilung des Kreisspitals Bauma in die Liste A eine Lücke in der komplementärmedizinischen stationären Versorgung der Bevölkerung in der Spitalregion Wetzikon oder den anderen Spitalregionen des Kantons entsteht, auch wenn zutreffen sollte, dass das Paracelsus-Spital ausschliesslich anthroposophisch tätig ist. Nicht entschieden und offen gelassen wird dagegen im vorliegenden Fall die Frage, wie der Beitrag anderer und namentlich privater (kantonaler und ausserkantonalen) Spitäler zur komplementärmedizinischen Versorgung der Bevölkerung im Kanton Zürich zu bewerten ist.

**8.3.** Bedarf an zusätzlichen Leistungen vermag der Bundesrat entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers auch im Rehabilitationsbereich nicht zu erkennen. Er hält es für zweckmässig, wenn der Kanton sich hierfür an die ausserkantonalen Leistungserbringer hält und davon absieht, im Kanton selber zusätzliche Kapazitäten aufzubauen.

**8.4.** Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass die Nichtaufnahme der Akutabteilung des Kreisspitals Bauma in die Liste A die Sicherheit der stationären Versorgung nicht gefährdet und auch aus dieser Sicht kein Bedarf an Leistungen des Spitals besteht. Dass sich eine Kooperation zwischen Regionalspitälern und anderen Spitälern angebahnt hat und möglicherweise noch vertieft wird, kann den fehlenden Bedarf nicht kompensieren und daher an diesem Befund nichts ändern. Dasselbe gilt für den Umstand, dass nahezu 10 000 Personen binnen vier Wochen eine beim Regierungsrat eingereichte Petition zur Erhaltung des Spitals Bauma unterzeichnet haben. Aus der Sicht der Unterzeichnenden mag eine regionale stationäre Versorgung nötig erscheinen, sie ist es jedoch nicht mit Blick auf das gesamtkantonale Angebot an stationärer Versorgung.

**8.5.** Als Sonderfaktor, der für das Spital Bauma spricht, nennt der Beschwerdeführer schliesslich auch den Umstand, dass die Region Bauma mit dem oberen Tösstal als Berggebiet wirtschaftlich benachteiligt sei und durch die Schliessung des Spitals Arbeitsplätze (einschliesslich Lehrstellen)

verlieren werde. Der Bundesrat bedauert dies, sieht aber rechtlich keinen Weg, den Kanton Zürich deswegen zu verpflichten, das Spital Bauma in die Liste A aufzunehmen. Die Erhaltung und Förderung der regionalen Wirtschaft bilden nach Art. 39 Abs. 1 KVG nicht Aufgabe oder Ziel der Spitalplanung und können insoweit beim Erlass der Spitalliste nicht ins Gesicht fallen.

**8.6.** Damit ist auch gesagt, dass ein Kanton nicht gegen Bundesrecht verstösst, wenn er unter den obwaltenden Umständen ein öffentliches Akutspital oder die allgemeine Akutabteilung eines öffentlichen Spitals nicht in die Spitalliste aufnimmt und dies zutreffenderweise damit begründet, es fehle der Bedarf im Sinne von Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG. Das Fehlen des Bedarfs bildet insoweit ein zulässiges Kriterium für den Ausschluss einer solchen Einheit von der Spitalliste (anderer Meinung Duc, a.a.O., Ziff. 4 und 5). Der Wettbewerb zwischen den Spitälern kann insoweit nur eine beschränkte und sicher nicht jene Rolle spielen, welche ihm zwischen den privaten und halbprivaten Abteilungen der Spitäler zukommt (E. 2 hiervor).

## 9. Rüge der Verletzung der Gemeindeautonomie

Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, die Liste A verstosse auch gegen die Gemeindeautonomie, welche das Zürcher Recht den Gemeinden auf dem Gebiete der stationären Grundversorgung einräume. Die Gemeinden seien weitestgehend aus dem gesamten Planungsverfahren ausgeschlossen worden. Dieser Mangel habe auch nicht durch das Vernehmlassungsverfahren korrigiert werden können, weil das Grundkonzept der Spitalliste immer wieder als unverrückbar bezeichnet worden sei.

Die Gesundheitsdirektion hält dem entgegen, den Zürcher Gemeinden stehe nur eine Gestaltungsfreiheit im kantonale vorgegebenen Rahmen zu. Die Spitalplanung obliege nach kantonalem Recht und Art. 39 KVG dem Kanton und werde unter anderem mit Staatsbeiträgen gelenkt. Solche Beiträge würden lediglich an den Betrieb der den Bedürfnissen der Bevölkerung dienenden Krankenhäuser geleistet.

**9.1.** Nach der Praxis des Bundesgerichts ist eine Gemeinde in einem Sachbereich autonom, wenn das kantonale Recht dafür keine abschliessende Ordnung trifft, sondern diese ganz oder teilweise der Gemeinde zur Regelung überlässt und ihr dabei eine relativ erhebliche Entscheidungsfreiheit einräumt. Art. 48 der Verfassung vom 18. April 1869 des eidgenössischen Standes Zürich (im Folgenden: KV) verleiht den Gemeinden allgemein das Recht, ihre Angelegenheiten innerhalb der Schranken der Verfassung und Gesetze selbstständig zu ordnen. Art. 22 KV bestimmt, dass der Kanton die Anstrengungen der Gemeinden zur Förderung der Krankenpflege unterstützt. Nach § 5 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes erfüllen die Gemeinden die Aufgaben, die ihnen die Gesundheitsgesetzgebung überträgt. § 39 des Gesundheitsgesetzes bestimmt, dass der Kanton Spitäler errichtet und betreibt, deren Einzugsgebiet sich über den ganzen Kanton erstreckt; die Errichtung und der Betrieb anderer Spitäler sind Sache der Gemeinden. Für den Betrieb eines Krankenhauses bedarf es einer Bewilligung der Gesundheitsdirektion, welche nur aus schwerwiegenden Gründen verweigert oder entzogen werden kann (§ 43 Gesundheitsgesetz). In gesundheitspolizeilicher Beziehung

unterstehen die Krankenhäuser der Aufsicht der Gesundheitsdirektion (§ 42 Abs. 1 Gesundheitsgesetz). § 40 des Gesundheitsgesetzes sieht Staatsbeiträge an Bau und Betrieb von Krankenhäusern vor.

Nach dieser Ordnung kommt den zürcherischen Gemeinden auf dem Gebiet des Krankenhauswesens eine relativ erhebliche Entscheidungsfreiheit zu. Diese wird freilich faktisch dadurch eingeschränkt, dass es der Kanton als Subventionsgeber in der Hand hat, bestimmend einzugreifen (BGE 113 Ia 344 E. 2a). Der Bundesrat schliesst daraus, dass sich die Zürcher Gemeinden und Gemeindeverbände für Fragen der Subventionierung der von ihnen geführten Spitäler nicht auf die Gemeindeautonomie berufen können; der Entzug von Staatsbeiträgen verstösst daher nicht gegen diese Autonomie, selbst dann nicht, wenn der Spitalträger nicht mehr in der Lage sein wird, sein Spital oder die betroffene Abteilung ohne Staatsbeiträge weiterzuführen.

Ebenso wenig wie bei Subventionen kann nach der Praxis des Bundesgerichts Autonomie bei Planungen bestehen, deren Aufgabe gerade darin liegt, die Bedürfnisse der verschiedenen Gemeinden und Regionen auf einer übergeordneten Ebene zu koordinieren, und die daher zwangsläufig auf kantonaler Ebene erfolgen müssen, wie dies namentlich für die Spitalplanung zutrifft (BGE 121 I 221 E. 3a).

**9.2.** Der Bundesrat schliesst aus den zitierten Urteilen des Bundesgerichts, dass die Zürcher Gemeinden sich nach kantonalem Recht für die Spitalplanung nicht auf die Gemeindeautonomie berufen können. Dies gilt auch im vorliegenden Fall, wie die folgenden Erwägungen zeigen.

Mit dem RRB 1347 hat der Regierungsrat rechtlich nicht über den Betrieb des Kreisspitals Bauma entschieden, was Sache der Gemeinden oder des Gemeindezweckverbandes wäre (§ 39 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). Der Regierungsrat hat dem Kreisspital auch nicht die Bewilligung entzogen, die dieses für den Betrieb benötigt (§ 43 Gesundheitsgesetz). Er hat dem Spital (Akutabteilung) einzig keinen Leistungsauftrag für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erteilt und dieses daher nicht in die Liste A aufgenommen. Aus rechtlicher Sicht kann daher das Kreisspital Bauma seine stationäre Akutabteilung weiterführen. Dass es vermutlich faktisch dazu nicht mehr in der Lage sein wird, wenn es nicht in die Liste A aufgenommen wird, verstösst nicht gegen eine allfällige Autonomie. Der Beschwerdeführer beruft sich daher zu Unrecht auf eine Verletzung der Gemeindeautonomie.

Eine relative erhebliche Entscheidungsfreiheit der Gemeinden in der Planung liesse sich nach Ansicht des Bundesrates auch nicht mit Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG vereinbaren, der die Kantone zur Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung anhält. Dieser Pflicht kann der Kanton nur nachkommen, wenn er die kommunalen und regionalen Kapazitäten auf die bedarfsgerechte Versorgung ausrichtet, nötigenfalls auch gegen den Willen der Gemeinden oder Gemeindeverbände. Das schliesst nicht aus, dass die Planung auf unterer Stufe (z.B. durch Gemeinden oder Bezirke) vorbereitet wird. Die materielle Verantwortlichkeit für das Ergebnis der Planung und für die Gestaltung der Spitalliste liegt gemäss Bundesrecht jedoch so oder anders beim Kanton. Daraus folgt, dass auch die Zuständigkeit für Entscheide über die Spitalplanung und die Spitalliste auf kantonaler Stufe angesiedelt sein muss. Dieses übergeordnete Recht, das auch nach kantonalem Recht den Spielraum

der Gemeinden begrenzt, schliesst in diesem Sinne die Gemeinden oder Gemeindeverbände von der selbstständigen Erledigung der Spitalplanung aus und steht der Gewährung autonomer Befugnisse beim Erlass der Spitalliste entgegen (vgl. § 14 Abs. 1 Gemeindegesetz und § 5 Abs. 1 Gesundheitsgesetz). Insoweit kann den Gemeinden daher keine Autonomie zukommen.

Dass für die Spitalplanung und den Erlass der Spitalliste auf kantonaler Stufe eine andere Behörde als der Regierungsrat (beispielsweise der Kantonsrat) zuständig gewesen wäre, findet im kantonalen Recht ebenfalls keine Stütze (vgl. Art. 31, Art. 37 und Art. 40 KV; § 2 ff. Gesundheitsgesetz). Der Zürcher Kantonsrat sieht dies nicht anders. Die Behördeninitiative auf Gewährleistung des permanenten Zutrittes zu Leistungen des Gesundheitswesens in den Regionen fand im Zürcher Kantonsrat die vorläufige Unterstützung von nur 36 Ratsmitgliedern, womit das notwendige Quorum von 60 Stimmen nicht erreicht wurde, wie bereits dargelegt worden ist (E. 8.1 hiervor). Dies bedeutet, dass sich das notwendige Quorum für eine Initiative nicht fand, die im Ergebnis die Zuständigkeit des Regierungsrates für die Planung und den Erlass der Spitalliste angetastet hätte.

Wenn somit nach der gesetzlichen Ordnung die Zuständigkeit für die Spitalplanung und den Erlass der Spitalliste auf kantonaler Ebene liegt, so bedeutet dies, dass die zuständigen kantonalen Behörden sich zwangsläufig auch mit der Bedarfsplanung für die kantonseigenen Spitäler befassen müssen, um den bundesrechtlichen Auftrag zur Spitalplanung erfüllen zu können (Art. 39 Abs. 1 Bst. d und e KVG). Insoweit nehmen sie öffentliche Interessen wahr, was für sich allein keine Befangenheit zu begründen vermag, weshalb der Bundesrat in diesem Punkt die Bedenken des Beschwerdeführers nicht teilen kann (BGE 103 Ib 137 E. 2). Anders verhielte es sich nur dann, wenn neben dem genannten Umstand konkrete Anhaltspunkte für Befangenheit von Mitgliedern der zuständigen kantonalen Behörden vorlägen, was im vorliegenden Fall nicht zutrifft.

## 10. Materielles Ergebnis zur Liste A

Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass der Entscheid des Regierungsrates, das Regionalspital Bauma nicht in die Liste A aufzunehmen, nicht gegen Bundesrecht verstösst.

**10.1.** Der Regierungsrat hat die Bedarfsplanung (Ermittlung der Kapazitäten der Leistungserbringer sowie Erhebung des gegenwärtigen und künftigen Bedarfs der Bevölkerung an stationären Leistungen) richtig durchgeführt und darf und muss gemäss Bundesrecht einen Abbau der überkapazitäten an Spitalbetten anstreben. Die Prognose, wonach bei der Variante «Konzentration» sich wirksamer Kosten eindämmen lassen als bei der Variante «linearer Abbau», lässt sich nicht beanstanden. Wenn der Regierungsrat deswegen einen Teil der überzähligen Betten durch die Nichtaufnahme von organisatorischen Spitaleinheiten in die Liste A abbauen will, was der Variante «Konzentration» entspricht, so hat er sich damit von einem Kriterium leiten lassen, das den Zielen der Spitalplanung entspricht, nämlich die Kosten der stationären Versorgung einzudämmen, und hat sein Auswahlermessen korrekt ausgeübt. Im Rahmen der Variante «Konzentration» hat sich der Regierungsrat mit Blick auf die Qualität der stationären Versorgung der

Bevölkerung zu Recht für die Aufhebung der untersten Versorgungsstufe (dezentrale teilregionale Grundversorgung durch die Regionalspitäler) entschieden.

**10.2.** Der Entscheid ist auf hinreichend transparente Daten gestützt, weshalb es nicht nötig ist und in diesem Sinne unverhältnismässig wäre, hierfür vom Regierungsrat zusätzliche detaillierte Wirtschaftlichkeitsberechnungen zu verlangen (Art. 12 VwVG). Die Planung des Bettenbedarfs ist ein taugliches Mittel, um die Kosten der stationären Versorgung einzudämmen. Die Zürcher Spitalplanung 1998 lässt sich aus dieser Sicht daher nicht in Frage stellen, auch wenn zutreffen mag, dass sich die Eindämmung der Kosten der stationären Versorgung mit anderen Instrumenten ebenfalls erreichen liesse. Daher besteht auch kein Grund, den Entscheid über die Spitalliste zurückzustellen, bis die Massnahmen des Projektes LORAS (*Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich*) ihre volle Wirksamkeit entfalten.

Auf Grund der vorliegenden Daten lässt sich die Behauptung des Beschwerdeführers nicht stützen, dass die Versorgungsaufträge für die Spitäler der Liste A nicht definiert sind und sich die Liste A kostentreibend auswirken wird. Nicht stichhaltig ist auch der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Bedarfsplanung des Regierungsrates gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG sei unverhältnismässig. Und schliesslich hat der Regierungsrat mit dem Vorgehen zum Erlass der Liste A und mit der materiellen Regelung in der Liste A die Gemeindeautonomie nicht verletzt und auch nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismässigkeit staatlichen Handelns verstossen. Der Entscheid hält auch im Übrigen vor der Bundesverfassung stand, weil der Beschwerdeführer als öffentliches Spital bzw. öffentlichrechtliche Trägerschaft sich nicht auf die Handels- und Gewerbefreiheit (Art. 31 BV) und die daraus abgeleiteten Garantien wie Chancengleichheit und Wettbewerbsneutralität berufen kann (*René A. Rhinow* in Kommentar BV, Basel/Bern/Zürich 1996, Art. 31, Rz. 100).

**10.3.** Im Akutbereich gewährleistet die Liste A auch nach Aufhebung der untersten Versorgungsstufe (dezentrale teilregionale Grundversorgung durch die Regionalspitäler) die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in dem vom Betrieb des Beschwerdeführers abgedeckten Einzugsgebiet und Leistungsspektrum. Sie trägt zur Koordination der Spitäler bei, optimiert die Ressourcen, baut überkapazitäten der Spitäler ab und dämmt damit die Kosten der stationären Versorgung der Bevölkerung ein. Soweit es um die Regionalspitäler geht, beruht die Liste A auf einer richtigen und vollständigen

Ermittlung des massgeblichen Sachverhalts sowie auf richtiger Auslegung des Bundesrechts und trägt dem Gebot der Angemessenheit Rechnung (Art. 49 VwVG).

**10.4.** Der Bundesrat sieht daher keinen Grund, die Liste A aufzuheben und zur Neufestsetzung an die Vorinstanz zurückzuweisen, weshalb die Ziff. 1, 2 und 5 des Antrags in der Beschwerde abzuweisen sind.

## 11. Rüge der Verletzung der EMRK (Rechtsweg)

Der Beschwerdeführer macht zum Verfahrensweg geltend, dass er nach Art. 6 EMRK Anspruch auf eine gerichtliche Beurteilung der Spitalliste 1998 habe. Er ersucht daher den Bundesrat, das im KVG die kantonale Spitalliste betreffende Rechtsmittelverfahren sowie seine Rechtsmittelbelehrung im Einklang mit Art. 6 § 1 EMRK umzugestalten.

**11.1.** Art. 6 § 1 EMRK verleiht jedermann unter anderem Anspruch darauf, dass im Streitfall ein Richter über zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen entscheidet.

Das Bundesamt für Justiz (BJ) hat nach Eingang der ersten Beschwerden gegen kantonale Spitallisten mit dem EVG einen grundsätzlichen Meinungsaustausch über die Zuständigkeitsfrage durchgeführt (vgl. Antwort des Bundesrates vom 14.5.1997 auf die Einfache Anfrage Suter [Nr. 96.1134], Menschenrechtsverstösse im Krankenversicherungsgesetz?, AB 1997 N 1589). Das EVG antwortete am 23. August 1996, es sei in dieser Sache nicht zuständig, weil die Verwaltungsgerichtsbeschwerde auf diesem Gebiet ausgeschlossen sei. Zur Begründung machte es im Wesentlichen geltend, Spitalplanungen und Spitallisten beruhten nicht auf Bundesrecht, sondern stellten selbstständiges kantonales Recht dar. Anderer Auffassung in dieser Frage war allerdings das Bundesgericht, das mehrere bei ihm eingereichte staatsrechtliche Beschwerden gegen kantonale Spitallisten dem Bundesrat zur Beurteilung überwies und damit wie der Bundesrat davon ausgeht, die Spitallisten beruhten auf Bundesrecht (E. 1.2.1 hiervor). Das EVG warf zudem die Frage auf, ob Spitallisten überhaupt Verfügungen darstellten. Wenn dies verneint werde, stelle sich die Frage der Verletzung der EMRK gar nicht, weil die Rechtsweggarantie der Konvention für Erlasse nicht gelte.

**11.2.** Der Bundesrat hat vom Ergebnis des Meinungsaustauschs Kenntnis genommen und entschieden, dass die geltende Zuständigkeitsordnung und die zeitliche Dringlichkeit der Entscheide über die Spitallisten (Art. 53 Abs. 1 und 3 KVG) keinen Spielraum lassen und er daher keine andere Wahl hat, als die Streitigkeiten materiell zu beurteilen.

Es mag sein, dass die wirtschaftlichen Folgen der Nichtaufnahme des Betriebs des Beschwerdeführers in die Spitalliste dafür sprechen, ein Gericht entscheiden zu lassen, wie der Beschwerdeführer in seinen Eingaben vorbringt.

Andererseits ist es aber ebenso richtig, dass sich auch Gründe für die Beurteilung der Spitallisten durch den Bundesrat namhaft machen lassen. Spitallisten beruhen auf Planungsentscheiden, bei denen ein beträchtlicher Ermessensspielraum besteht und Aspekte der Zweckmässigkeit eine grosse

Rolle spielen. Das KVG und seine Zulassungsordnung für Spitäler bezwecken eine sozialverträgliche Krankenversicherung und nicht die Sicherung von Einkommen der Leistungserbringer auf Kosten der öffentlichen Hand und der sozialen Krankenversicherung. Das Landesrecht garantiert den Spitälern mithin keinen Anspruch auf Aufnahme in die Spitalliste, sondern höchstens - bei privaten Trägerschaften - eine angemessene Einbeziehung in die Planung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Bei Streitigkeiten über die Aufnahme von Spitälern in die Spitallisten kann es sich aus dieser Sicht somit nicht um Streitigkeiten über zivilrechtliche Ansprüche im Sinne von Art. 6 § 1 EMRK handeln (vgl. Antwort des Bundesrates, a.a.O., 1590).

**11.3.** Diese Rechtslage erlaubt dem Bundesrat auch nicht, das Rechtsmittelverfahren des KVG für die kantonale Spitalliste und die Rechtsmittelbelehrung im Einklang mit Art. 6 § 1 EMRK umzugestalten und den Weg an ein Gericht zu öffnen, wie der Beschwerdeführer beantragt. Solche Lösungen lassen sich nach Ansicht des Bundesrates rechtlich einwandfrei nicht im Rahmen des geltenden Rechts, sondern nur über eine Änderung des KVG (Art. 53 Abs. 1) und gegebenenfalls des OG (Art. 129) verwirklichen. Ziff. 6 des Antrags in der Beschwerde ist daher abzuweisen.

## 12. Gesamtergebnis (Liste A und Liste B)

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass die Ziff. 1, 2, 5 und 6 des Antrags in der Beschwerde sowie die beweis- und verfahrensrechtlichen Anträge vollumfänglich abzuweisen sind. Ziff. 3 des Antrags ist gutzuheissen, und Ziff. 4 ist durch die Zwischenverfügung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) vom 21. November 1997 gegenstandslos geworden.

## 13. Übergangsrecht

Zu entscheiden bleibt die Frage, auf welchen Zeitpunkt die Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A in Rechtskraft treten und damit ihre Rechtswirkungen entfalten soll.

**13.1.** In der Zwischenverfügung vom 21. November 1997 hat das EJPD die aufschiebende Wirkung der Beschwerden gegen die Spitalliste 1998 zu Recht insoweit bestätigt, als sich für jene Kliniken, in deren Namen Beschwerde gegen die Spitalliste des Kantons Zürich erhoben wurde, die Zulassung bis zum Entscheid des Bundesrates in der Hauptsache weiterhin nach Art. 101 Abs. 2 KVG richtete und diese Spitäler daher im bisherigen Umfang als Leistungserbringer zugelassen blieben. Darüber hinaus wurde die Zürcher Spitalliste 1998 von der aufschiebenden Wirkung der Beschwerden nicht erfasst, weshalb das EJPD insoweit den Beschwerden die aufschiebende Wirkung (teilweise) entzogen hat.

Daraus folgt, dass die vorliegende Beschwerde für den Beschwerdeführer aufschiebende Wirkung hatte. Dies hiess, dass die Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A einstweilen nicht wirksam wurde und dieses bis zum Entscheid des Bundesrates in der Sache im bisherigen Umfang als Leistungserbringer nach Art. 101 Abs. 2 KVG zugelassen blieb.

**13.2.** Die Frage, ob eine angefochtene Verfügung während der Dauer des Suspensiveffektes der dagegen eingereichten Beschwerde auch dann nicht vollstreckt werden kann, wenn sie im Beschwerdeverfahren bestätigt wird, oder ob der die Verfügung bestätigende Beschwerdeentscheid die rückwirkende Aufhebung des Suspensiveffektes bewirkt, lässt sich nicht einheitlich ein für alle Mal beantworten. Es kommt auf die Besonderheiten des Einzelfalles und auf die jeweilige Interessenlage an. Demnach ist im vorliegenden Fall zu prüfen, welche Gründe für und welche gegen eine rückwirkende Aufhebung des Suspensiveffektes sprechen ([BGE 112 V 76](#) E. 2 und 3). Sachlich damit verknüpft ist die Frage, ob die Folgen des bundesrätlichen Entscheides so beschaffen sind, dass im Interesse des betroffenen Spitals und weiterer Kreise eine Übergangsfrist über den bundesrätlichen Entscheid hinaus zu gewähren ist. Diese Fragen fallen in die Zuständigkeit des Bundesrates (E. 1.1 und 1.2 hiervor) und sind von Amtes wegen zu prüfen.

Der Bundesrat berücksichtigt in seiner Praxis namentlich den Grundsatz, dass die in der Zwischenverfügung des EJPD getroffene einstweilige Regelung dem unterliegenden Beschwerdeführer nicht zum Schaden der obsiegenden Gegenparteien einen Vorteil verschaffen darf ([BGE 112 V 76](#) E. 2 und 3; RKUV 6/1997 S. 372 E. 13.1). Der VZKV als Gegenpartei hat im vorliegenden Verfahren eine Vernehmlassung eingereicht, hiebei jedoch nicht selbstständige Anträge zu einzelnen Beschwerden gestellt. Er kann daher in diesem Sinne nicht als obsiegende Gegenpartei betrachtet werden. Als obsiegende Gegenpartei kann auch der Regierungsrat nicht gelten, weil dieser als Vorinstanz nach der Terminologie des VwVG von der Gegenpartei unterschieden wird und mit Blick auf diese verfahrensrechtliche Stellung ebenfalls nicht als obsiegende Gegenpartei betrachtet werden kann (vgl. Art. 57 Abs. 1 und Art. 64 Abs. 2 und 3 VwVG). Die Praxis des Bundesrates lässt sich daher nicht ohne weiteres auf den vorliegenden Sachverhalt übertragen.

Der Bundesrat verfügt somit in dieser Frage über einen Spielraum und wägt in diesem Rahmen die auf dem Spiel stehenden Interessen gegeneinander ab. Auf der einen Seite stehen die Interessen des Kantons Zürich und des VZKV, denen aus finanziellen Gründen an einer raschen und rückwirkenden Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A liegt (E. 5.1 hiervor). Dem stehen die Interessen jener Versicherten gegenüber, die sich seit dem 1. Januar 1998 in der allgemeinen Abteilung des Kreisspitals Bauma zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung behandeln liessen. Die rückwirkende Nichtaufnahme des Kreisspitals Bauma in die Liste A hiesse für sie, dass sie den Kassen die von diesen übernommenen Pauschalen zurückerstatten müssten (Art. 41 Abs. 1 KVG). Dies liesse sich vertreten, wenn die Versicherten damit hätten rechnen müssen, dass der Bundesrat die vorliegende Beschwerde abweisen und die rückwirkende Nichtaufnahme in die Liste A anordnen würde, was nicht zutrifft. Die Beschwerde liess sich nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnen, und der Entscheid über die Rückwirkung ist praxisgemäss dem Bundesrat vorbehalten, weshalb sich das

EJPD in der Zwischenverfügung weder in der Sache noch zur Rückwirkung äussern konnte. Unter diesen Umständen liesse es sich nicht vertreten, die Versicherten das Risiko des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens tragen zu lassen. Der Bundesrat gewichtet diese Interessen höher als jene der Kassen und des Kantons.

**13.3.** Die Nichtaufnahme des Spitals in die Liste A soll daher nicht rückwirkend erfolgen. Dies bedeutet, dass im Sinne der Zwischenverfügung des EJPD das Kreisspital Bauma bis zum Tag des vorliegenden Entscheides des Bundesrates als Leistungserbringer im Sinne von Art. 101 Abs. 2 KVG zugelassen bleibt.

**13.4.** Damit sich auch die Versicherten, welche zum genannten Zeitpunkt im Spital Bauma behandelt werden oder sich bereits für eine Behandlung angemeldet haben, auf die neue Lage einstellen können, soll die Nichtaufnahme des Spitals in die Liste A des Kantons Zürich 6 Monate ab Ende jenes Monats rechtswirksam werden, in welchem die vom Bundesrat bezeichneten Ziffern des Dispositivs des vorliegenden Entscheides im kantonalen Amtsblatt publiziert werden. Damit wird auch im Interesse des Spitals und des betroffenen Personals die Übergangsfrist erstreckt und damit die Anpassung an die neue Lage erleichtert, was auch der Angemessenheit der Lösung dient (Art. 49 Bst. c VwVG). Dies bedeutet, dass das Spital noch während der genannten Frist im bisherigen Umfang als Leistungserbringer gemäss Art. 101 Abs. 2 KVG zugelassen bleibt.

Für die 6 Monate nimmt der Bundesrat Mass an der Übergangsfrist, welche den betroffenen Spitälern auf Grund des RRB 1347 zustand. Dieser erging am 25. Juni 1997 und wurde in der Folge im kantonalen Amtsblatt veröffentlicht. Gemäss RRB trat die Spitalliste auf den 1. Januar 1998 in Kraft, was eine Übergangsfrist von rund 6 Monaten ergibt. Eine solche Frist ist angesichts der mit dem Übergang verbundenen Probleme nötig.

Daran ändert nichts, dass der Kanton sich an der Bewältigung der personellen Probleme auf der Basis der vom Regierungsrat am 9. Oktober 1996 festgelegten Grundsatzbestimmungen für den Erlass von Sozialplänen beteiligen und die Gesundheitsdirektion für das betroffene Personal im Rahmen ihrer Möglichkeiten innerbetriebliche Angebote wie beispielsweise Teambegleitungen, Anpassungsprozesse und neue Arbeitszeitmodelle unterstützen wird. Die Kosten des Stellenabbaus werden primär bei den Trägerschaften der betroffenen Spitäler anfallen. Soweit es sich um staatsbeitragsberechtigte Betriebe handelt, wird sich der Kanton Zürich im Rahmen der erwähnten Grundsatzbestimmungen beteiligen.

Der Klarheit halber ist zweierlei beizufügen:

Bei den 6 Monaten handelt es sich nicht um eine verfahrensrechtliche, sondern um eine materiellrechtliche Frist, die zudem erst nach Abschluss des Verfahrens vor dem Bundesrat ihre rechtlichen Wirkungen entfaltet. Dies bedeutet, dass das Verwaltungsverfahrensgesetz und insbesondere die Vorschrift über den Stillstand der Fristen (Art. 22a VwVG) auf die 6 Monate nicht anwendbar sind (Art. 1 Abs. 1 VwVG).

Das Kreisspital Bauma ist berechtigt, aber nicht verpflichtet, während der genannten 6 Monate gemäss Art. 101 Abs. 2 KVG weiterzuarbeiten. Soweit auch andere Vorschriften und Verpflichtungen nicht entgegenstehen, ist es daher dem Träger des Spitals unbenommen, den Betrieb der betroffenen Akutabteilung vor Ablauf der Frist zu reduzieren oder einzustellen.

(...)

---

**JAAC 64.13 - Entscheid des Schweizerischen Bundesrates vom 17. Februar 1999, auch  
erschienen in Kranken- und Unfallversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis  
[RKUV] 3/1999 S. 211**

In	Verwaltungspraxis der Bundesbehörden
Dans	Jurisprudence des autorités administratives de la Confédération
In	Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione
Jahr	2000
Année	
Anno	
Band	64
Volume	
Volume	
Seite	---
Page	
Pagina	
Ref. No	150 004 586

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv und die Bundeskanzlei konvertiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses et la Chancellerie fédérale.

Il documento è stato convertito dall'Archivio federale svizzero e della Cancelleria federale.