

Haenni, Malena

Book

Spitalplanung Schweiz: Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld von nationalen und föderalen Interessen

ds démocratie.suisse / demokratie.schweiz

Provided in Cooperation with:

Seismo, Zürich

Suggested Citation: Haenni, Malena (2023) : Spitalplanung Schweiz: Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld von nationalen und föderalen Interessen, ds démocratie.suisse / demokratie.schweiz, ISBN 9783037772638, Seismo, Zürich, <https://doi.org/10.33058/seismo.30823>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/312713>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Spitalplanung Schweiz

Interkantonale Kooperation
im Spannungsfeld von nationalen
und föderalen Interessen

Malena Haenni

qs

demokratie.schweiz / démocratie.suisse

Spitalplanung Schweiz

Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld
von nationalen und föderalen Interessen

Malena Haenni

Meinem Mann
und meinem Sohn

Meinen Eltern

Die Reihe «ds demokratie.schweiz/démocratie.suisse», herausgegeben von Marc Bühlmann, Sean Mueller und Pascal Sciarini, bietet eine Plattform für politikwissenschaftliche Beiträge zur Schweiz. Beleuchtet werden die spezifischen Eigenheiten des politischen Systems, seine Institutionen und politischen Prozesse, seine Akteure sowie ausgewählte Politikfelder und Entscheide.

ds demokratie.schweiz / démocratie.suisse

Spitalplanung Schweiz

Interkantonale Kooperation
im Spannungsfeld von nationalen
und föderalen Interessen

Malena Haenni



Diese Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Der Seismo Verlag wird vom Bundesamt für Kultur für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Die dieser Monographie zugrundeliegende Dissertation von Malena Haenni «Horizontale Kooperation im Schweizer Föderalismus – Analyse eines mehrstufigen Phänomens am Beispiel der kantonalen Spitalplanung» wurde mit dem Norbert Thom-Preis 2021 für die beste Dissertation im Bereich Betriebswirtschaftslehre und Management an Schweizer Universitäten zwischen 2019 und 2021 ausgezeichnet.

Publiziert von

Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG
Zürich und Genf

www.seismoverlag.ch | buch@seismoverlag.ch

Text © Die Autorin 2023

ISBN 978-3-03777-263-8 (Print)

ISBN 978-3-03777-823-4 (PDF)

ISSN 2674-1008 (Print)

ISSN 2674-1016 (Internet)

<https://doi.org/10.33058/seismo.30823>

Umschlag: Wessinger und Peng, Zürich und Stuttgart



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons
Namensnennung – nicht kommerziell – keine Bearbeitung 4.0
internationale Lizenz

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	11
Vorwort	15
Einleitung und Problemstellung	17
1 Einleitung	19
2 Problemstellung	27
2.1 Arten der Kooperation – eine Begriffsklärung	27
2.2 Die Spitalplanung und ihr Kontext	41
2.3 Kooperationssituation im Spitalbereich geprägt durch die widersprüchliche Interessenlage der Kantone	57
Statistische Analyse: Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Netzwerk	65
3 Unterschiede in der horizontalen Zusammenarbeit aus theoretischer Sicht	67
3.1 Horizontale Kooperation: Motive, die Rolle politischer Institutionen und weitere Erklärungen aus der Forschungsliteratur	68
3.2 Erklärungsfaktoren für gliedstaatliche Kooperation	82
4 Mapping der Kooperation	93
4.1 Die KVG-Reform von 2007 führt zu Wandel in der Kooperationslandschaft	93
4.2 Kooperationslandschaft in Zahlen	97
4.3 Kooperationslandschaft räumlich dargestellt	102
4.4 Kooperation und Bevölkerungsgrösse	108
4.5 Die Bedeutung der Kooperationsstufe	112
4.6 Umsetzung des Koordinationsartikels: die Rechtsprechung als Motor	117
5 Netzwerkanalyse der Kooperationsbeziehungen	123
5.1 Interkantonale Kooperationsbeziehungen als soziale Netzwerke – Vorüberlegungen zur sozialen Netzwerkanalyse	124
5.2 Schub- und Bremskräfte für Kooperationsbeziehungen: Resultate der statistischen Netzwerkanalyse	129
5.3 Diskussion	138

Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Prozess	145
6 Eine historisch-institutionalistische Perspektive auf Kooperationsprozesse: theoretische Grundlagen	147
6.1 Zentrale Konzepte des historischen Institutionalismus: von Institutionen, Pfadabhängigkeit, wachsenden Erträgen, Entwicklungspfaden und Weggabelungen	150
6.2 Institutioneller Wandel als inkrementeller Prozess – ein Literaturüberblick	155
6.3 Der Rückbau des Wohlfahrtsstaats aus historisch-institutionalistischer Perspektive	158
6.4 Interkantonale Kooperation im Spitalbereich als drohender Abbau?	164
6.5 Forschungsagenda für die Fallstudie	168
7 Der lange Weg zum interkantonalen Spitalverbund: eine Fallstudie	173
7.1 Die Entstehungsgeschichte der Spitalregion Luzern/Nidwalden	173
7.2 Akteurkonstellation, Interessen und Kontextfaktoren	175
7.3 Die Motivation, das Projekt LUNIS zu lancieren: ein gescheiterter Anlauf zwischen Obwalden und Nidwalden	181
7.4 Der Kanton Nidwalden nimmt einen zweiten Anlauf zur Kooperation	187
7.5 Schritt für Schritt zum Ziel einer gemeinsamen Spitalregion	190
7.6 Diskussion	205
Schlussfolgerungen	215
8 Schlussbetrachtungen und Ausblick	217
8.1 Kooperation trotz widersprüchlicher Anreize	218
8.2 Kooperationsbeziehungen zeigen keinen Kompensationseffekt	219
8.3 Politics – Konstellationen und Strategien im Kooperationsprozess	221
8.4 Ein politikfeldspezifischer Ausblick	223
9 Literaturverzeichnis	227
10 Anhang	253
10.1 Fallauswahl	253
10.2 Datenerhebung durch Experteninterviews	257
10.3 Methode für die quantitative Analyse	262
10.4 Liste der ausgewerteten Planungsdokumente (Stand April 2019)	269
10.5 Liste der befragten Expertinnen und Experten	270
10.6 Leitfaden Experteninterviews	271
10.7 Resultate inklusive Null- und Baseline-Modelle	273

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Studiendesign zur Frage der Kooperation im Schweizer Spitalbereich	21
Abbildung 2	Kooperationsstufenmodell bei Politikproblemen mit Abstimmungsbedarf	34
Abbildung 3	Akteurzentrierter Institutionalismus	36
Abbildung 4	Zeitliche Entwicklung des KVG bis Inkrafttreten der Teilrevision aus dem Jahr 2007	50
Abbildung 5	Die Akteure der stationären Versorgung und ihr Umfeld	60
Abbildung 6	Interkantonale Kooperationssituation in der Spitalplanung	61
Abbildung 7	Kantonale Kooperationsaktivitäten im Spitalbereich	99
Abbildung 8	Verteilung der interkantonalen Kooperationsbeziehungen in der Spitalplanung auf den drei Stufen	100
Abbildung 9	Räumliche Verteilung von Kooperationen im Spitalwesen	103
Abbildung 10	Räumliche Verteilung von Informationsaustausch im Spitalwesen	104
Abbildung 11	Räumliche Verteilung von Koordination im Spitalwesen	105
Abbildung 12	Räumliche Verteilung von Kollaboration im Spitalwesen	106
Abbildung 13	Anzahl kantonale Kooperationen im Spitalwesen im Verhältnis zur Bevölkerung	108
Abbildung 14	Anzahl Informationsaustausche im Spitalwesen im Verhältnis zur Bevölkerung	109
Abbildung 15	Anzahl Koordinationsaktivitäten im Spitalwesen im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung	110
Abbildung 16	Anzahl Kollaborationen im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung	110
Abbildung 17	Verteilung von Engagement und Aktivitäten auf die Kooperationsstufen	112
Abbildung 18	Häufigkeit des Engagements und der Kooperationsaktivitäten nach Kooperationsstufe	113
Abbildung 19	Alle möglichen Netzwerkkonfigurationen mit drei Knoten	125
Abbildung 20	Transitive Beziehungen in ungerichteten Netzwerken	126
Abbildung 21	Netzwerke der interkantonalen Kooperationsbeziehungen vor und nach der linearen Transformation	127
Abbildung 22	Netzwerk der Kooperationsbeziehungen grösser als 7 Kooperationen mit anderen Kantonen	128
Abbildung 23	Netzwerk der Informationsaustausch-Beziehungen grösser als 1 Kooperation mit anderen Kantonen	130
Abbildung 24	Netzwerk der fortgeschrittenen Kooperationsbeziehungen grösser als 6 Kooperationen mit anderen Kantonen	131

Abbildung 25	Zeitstrahl der interkantonalen Spitalzusammenarbeit des Kantons Nidwalden mit Obwalden und Luzern	174
Abbildung 26	Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung 1996–2017	177
Abbildung 27	Öffentliche Spitalausgaben der Kantone pro Kopf 1996–2017	177
Abbildung 28	Amtszeit der zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in den Kantonen Luzern, Nidwalden und Obwalden	178
Abbildung 29	Zeitplan Fusionsprojekt LUNIS	197
Abbildung 30	Organisationsform LUNIS nach allen Gesetzesreformen	198
Abbildung 31	Wirkungsmodell der Kooperationsprozesse	204
Abbildung 32	Stufenabhängige Kooperationsindices	261

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Analyseeinheiten und Erkenntnisinteresse für interkantonale Kooperationsbeziehungen im Spitalbereich	24
Tabelle 2	Definition der Kooperationsformen	33
Tabelle 3	Interaktionsformen und institutioneller Kontext im akteurzentrierten Institutionalismus	38
Tabelle 4	Kompetenz- und Rollenverteilung in der Gesundheitspolitik	44
Tabelle 5	Governance-Strukturen der kantonalen Spitäler in der Schweiz	56
Tabelle 6	Akutsomatische Spitäler nach Trägerschaft (2007)	58
Tabelle 7	Politische Grundsituationen des Vollzugsföderalismus	70
Tabelle 8	Hypothesen zur interkantonalen Kooperation im Spitalwesen der Schweiz und ihre Operationalisierung	90
Tabelle 9	Interkantonale Vereinbarungen nach Regelungsbereich, Stand 2006	95
Tabelle 10	Kooperationsarten der Kantone im Spitalbereich (2009–2018)	97
Tabelle 11	Kantonale Kooperation im Spitalbereich: Summe der Kooperationsarten	99
Tabelle 12	Kooperationshäufigkeit im Spitalwesen nach Kanton	101
Tabelle 13	Variablenübersicht für die Netzwerkanalyse der kantonalen Kooperationsbeziehungen im Spitalwesen	132
Tabelle 14	Resultate der ERGM-Analyse: Brems- und Schubkräfte der interkantonalen Kooperation im Spitalwesen je Stufe	135
Tabelle 15	Brems- und Schubkräfte der interkantonalen Kooperationsbeziehungen im Spitalwesen: Ergebnisse des Hypothesentests	140
Tabelle 16	Ausgewählte Kennzahlen zur Gesundheitsversorgung in Luzern, Nidwalden, Obwalden und der Schweiz	176
Tabelle 17	Kennzahlen der Kantonsspitäler Luzern, Nidwalden und Obwalden im Jahr 2009	179
Tabelle 18	Interviewübersicht nach Art der Gesprächspartner	258
Tabelle 19	Resultate für Kooperation insgesamt	273
Tabelle 20	Resultate für Informationsaustausch	274
Tabelle 21	Resultate für fortgeschrittene Kooperation	275

Abkürzungsverzeichnis

AB	Amtsblatt
Abs.	Absatz
ABV	Aktionärbindungsvertrag
AG	Kanton Aargau
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AI	Kanton Appenzell Innerrhoden
AIC	Akaike-Informationskriterium
AKABV	Aktienkaufs- und Aktionärbindungsvertrag
AR	Kanton Appenzell Ausserrhoden
ARE	Bundesamt für Raumentwicklung
Art.	Artikel
AZI	Akteurzentrierter Institutionalismus
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBl	Bundesblatt
BE	Kanton Bern
BFS	Bundesamt für Statistik
BIC	Bayes-Informationskriterium
BIP	Bruttoinlandprodukt
BL	Kanton Basel-Landschaft
BS	Kanton Basel-Stadt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CH	Schweiz
CHstat	Vergleichsportal zu Schweizer Kantonen und Städten
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
CPT	Causal-Process Tracing
CRASS	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
Eidg.	Eidgenössisch
ERGM(s)	Exponential Random Graph Model(s)
ESEHA	Verein und Informationsportal «Etat-Société-Economie-Histoire-Administration»
EU	Europäische Union
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei
FR	Kanton Freiburg
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GDK-NWCH	Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Nordwestschweiz

GDK-Ost	Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweiz
GE	Kanton Genf
GL	Kanton Glarus
GPk	Geschäftsprüfungskommission
GR	Kanton Graubünden
GwL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HI	Historischer Institutionalismus
HIB	Hôpital intercantonal de la Broye
HRC	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IGA	Intergouvernementale Arrangements (intergouvernemental arrangements)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
JU	Kanton Jura
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
KSNW	Kantonsspital Nidwalden
KSO	Kantonsspital Obwalden
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
Lit.	Littera (Buchstabe bei Gesetzestexten)
LR	Landrat
LU	Kanton Luzern
LUKS	Luzerner Kantonsspital
LUNIS	Spitalregion Luzern/Nidwalden
MCMC	Markov-Chain-Monte-Carlo
MLE	Maximum Likelihood Estimation bzw. Maximum Likelihood Schätzung
NE	Kanton Neuenburg
NFA	Neuordnung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NFP	Nationales Forschungsprogramm
NPM	New Public Management
NW	Kanton Nidwalden
NWCH	Nordwestschweiz
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OECD	Organisation für ökonomische Entwicklung und Zusammenarbeit
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Kanton Obwalden
Pers.	Persönlich
PWC	PricewaterhouseCoopers

Sda	Schweizerische Depeschenagentur, seit 2018 Keystone-SDA
SG	Kanton St.Gallen
SH	Kanton Schaffhausen
SO	Kanton Solothurn
SP	Sozialdemokratische Partei
SPLG	Spitalplanung-Leistungsgruppen
SR	Ständerat
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
SVP	Schweizerische Volkspartei
SZ	Kanton Schwyz
TG	Kanton Thurgau
TI	Kanton Tessin
UR	Kanton Uri
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VD	Kanton Waadt
VIG	Bundesgesetz über das Vernehmlassungsverfahren
VS	Kanton Wallis
WHO	World Health Organization
ZG	Kanton Zug
ZGDK	Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz
ZGSDK	Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz
ZH	Kanton Zürich
ZSODK	Zentralschweizer Sozialdirektorenkonferenz

Vorwort

Mit Ausbruch der Corona-Pandemie anfangs 2020 kam der Föderalismus im Gesundheitswesen zu ungeahnter Aufmerksamkeit. Plötzlich war das Zusammenspiel der Bundesebene mit der Kantonsebene im öffentlichen Fokus. Doch dieses Buch hat eine deutlich ältere Entstehungsgeschichte. Zuerst stand der Entschluss, eine Dissertation zu schreiben. Nach mehreren Jahren im Ausland frisch im Kanton St.Gallen angekommen, staunte ich über die geografische Dichte von Spitälern vor Ort und in der übrigen Schweiz. Die politischen Diskussionen über eine Konzentration auf weniger Spitalstandorte oder eine Spezialisierung verliefen bereits innerhalb der Kantons Grenzen harzig. Der St.Galler Gesundheitsvorsteher Anton Grüninger war 2004 abgewählt worden, weil er eine Reform mit Spitalschliessungen angestrebt hatte. Wie sollte da die vom Krankenversicherungsgesetz geforderte Abstimmung der Spitalplanungen über die Kantons Grenzen hinweg gelingen? Mein Interesse für die Spitalplanungs politik und die offensichtlichen Reformschwierigkeiten war geweckt. Gleichzeitig interessierten mich seit jeher Föderalismusfragen und die Reibungspunkte, die durch geteilte Kompetenzen entstehen können. Nach erfolgreich verteidigter Dissertation an der Universität St.Gallen entstand der Wunsch, meine Forschungsergebnisse einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. So kam es, dass aus «Horizontale Kooperation im Schweizer Föderalismus – Analyse eines mehrstufigen Phänomens am Beispiel der kantonalen Spitalplanung» die vorliegende Publikation entstand. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mich auf dem Weg zu dieser Publikation unterstützt und gefördert haben. Das sind meine beiden Doktorväter Prof. Dr. Kuno Schedler und Dr. Roland Scherer am Institut für Systemisches Management und Public Governance der Universität St.Gallen, die mir grosse Freiheiten gewährt haben. Zudem danke ich all meinen Interviewpartnerinnen und -partnern, die ihre Erfahrungen mit der und Einsichten in die kantonale Spitalplanung und das verästelte Kooperationsnetzwerk grosszügig mit mir geteilt haben. Ein herzliches Dankeschön geht an die drei Herausgeber Prof. Dr. Marc Bühlmann, Prof. Dr. Sean Mueller und Prof. Dr. Pascal Sciarini, die sofort bereit waren, mein Manuskript in die Schriftenreihe «ds démocratie.suisse / demokratie.schweiz» aufzunehmen. In Sean Mueller habe ich einen äusserst engagierten und motivierenden Reihen-Herausgeber gefunden. Ich weiss dies sehr zu schätzen. Ausserdem danke ich dem Schweizerischen Nationalfonds, der mit seiner finanziellen Unterstützung die Publikation dieses Buches erst ermöglicht hat. Und schliesslich bedanke ich mich bei meinem Mann Patrick Emmenegger, der mir in allen Lebenslagen zur Seite steht.

St.Gallen, im Dezember 2022, Malena Haenni

Einleitung und Problemstellung

1 Einleitung

Das vorliegende Buch bringt zwei aktuelle Themen zusammen. Zum einen ist es die in der Schweizer Politik viel diskutierte Spitalversorgungsplanung, für welche die Kantone zuständig sind. Zum anderen ist es der Weg, der den Schweizer Kantonen in diesem Gebiet offensteht: die horizontale Kooperation. Aus theoretischer Sicht ist ebendiese horizontale Zusammenarbeit von Gliedstaaten in föderalen Systemen das übergeordnete Thema, das über die Schweiz hinaus Aufmerksamkeit genießt. Untersucht wird es am Beispiel des archetypischen Föderalstaats Schweiz (Elazar 1993: 190), dem grundsätzlich gute Voraussetzungen für horizontale intergouvernementale Beziehungen – also die Zusammenarbeit unter den Kantonsregierungen und ihren Verwaltungen – attestiert werden (Bolleyer 2006a, 2009).

Die Gründe für die horizontale Zusammenarbeit sind vielfältig. In der Schweiz überschreiten die Menschen im Alltag dauernd Gemeinde- und Kantons Grenzen, ohne dass ihnen das bewusst wird. Bei immer mehr Menschen liegen Arbeits- und Lebensort weiter auseinander, die Mobilität nimmt zu (BFS und ARE 2017) und das hat Konsequenzen. Der Koordinationsbedarf wächst, weil sich immer weniger Aufgaben innerhalb einer politischen Einheit lösen lassen; einige Kantone sind zu klein dafür, andere sind so stark mit ihren Nachbarn verflochten, dass Absprachen notwendig sind. Gliedstaaten – in der Schweiz die Kantone – spannen aber auch zusammen, um ihre Eigenständigkeit gegenüber der nationalen Ebene zu wahren (Bowman 2017: 623; Linder und Vatter 2001: 105). So vereinheitlichen sie beispielsweise selbständig Regeln, um einer zentralstaatlichen Intervention zuvorzukommen. Für Gliedstaaten ist es zudem teilweise günstiger, zusammen Dienstleistungen anzubieten und damit Skaleneffekte zu nutzen. Manchmal entsprechen funktionale Räume nicht den administrativen Räumen oder es bestehen andere Interdependenzen, die zu einer Zusammenarbeit führen. Das alles sind Formen von Horizontalföderalismus; ihn gibt es in allen föderalen Systemen (Behnke und Mueller 2017: 508). Verglichen mit den vertikalen Beziehungen in föderalen Systemen ist die horizontale Zusammenarbeit allerdings weiterhin weniger erforscht (Bowman 2004: 535; Gerken und Holtzblatt 2014: 60). Wohl gerade deswegen erscheinen in jüngerer Zeit zunehmend Arbeiten zur horizontalen Dimension in föderalen Systemen.¹

In der wissenschaftlichen Debatte über intergouvernementale Beziehungen, im Sinn von horizontaler Zusammenarbeit innerhalb eines Staates,

1 Eine Auswahl: Zu intergouvernementalen Beziehungen (Arens 2020; Benz 2009; Bolleyer 2006a, 2006b; Bolleyer und Börzel 2010; Bowman 2004; Johns et al. 2007; Poirier et al. 2015), zu intergouvernementalen Gremien (Behnke und Mueller 2017; Bowman 2017; Schnabel und Mueller 2017) zu intergouvernementaler Zusammenarbeit (Bochsler 2008, 2009; Bolleyer 2009; Füglistner 2012).

liegt der Fokus auf intergouvernementalen institutionalisierten Vereinigungen (Schnabel und Mueller 2017) – in der Schweiz sind dies beispielsweise die kantonalen Direktorenkonferenzen – oder es werden Verträge und Vereinbarungen untersucht (Arens 2020; Arens et al. 2017; Arnold et al. 2019; Bochsler 2008, 2009). Eine der Thesen ist, dass insbesondere kleine und ressourcenarme Gliedstaaten auf (horizontale) Zusammenarbeit angewiesen sind, um komplexe Aufgaben im Verbund qualitativ besser oder günstiger zu meistern (Benz 2009; Bochsler 2009; Eichenberger und Frey 2006). Empirische Studien finden jedoch das Gegenteil, nämlich dass mittlere und grössere Gliedstaaten häufiger kooperieren. Dieses scheinbar überraschende Ergebnis wird damit erklärt, dass kleinere Gliedstaaten wohl eher auf informelle Wege der Zusammenarbeit setzen, weil formelle Kooperationen zu aufwändig sind für ihre kleinen, weniger spezialisierten Verwaltungen (Bochsler 2008, 2009; Sager 2003). Dieser Erklärungsversuch ist meines Wissens bisher noch kaum empirisch untersucht.

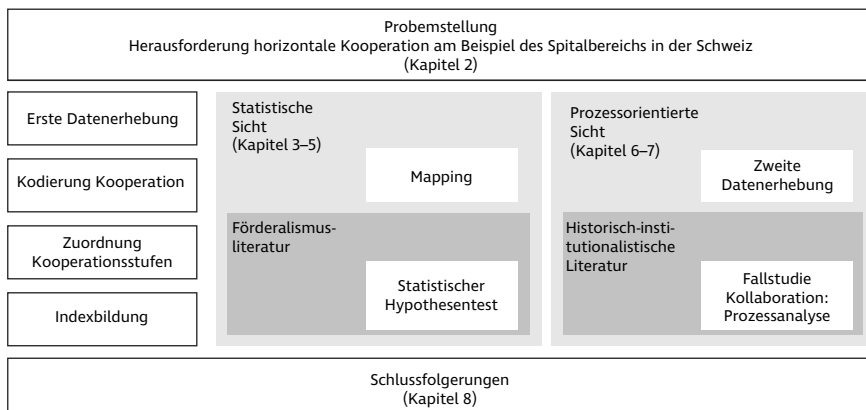
Besonders interessant ist es nun, diese Zusammenarbeitsproblematik in einem politisch umstrittenen Politikfeld zu erforschen. Die in der Schweizer Politik viel diskutierte kantonale Aufgabe der Spitalversorgungsplanung ist so ein Bereich und damit das zweite aktuelle Thema, das dieses Buch abhandelt. Brisanz erhält das Thema aus mehreren Gründen. Anfangs der 2000er Jahre mehren sich die parlamentarischen Vorstösse auf nationaler Ebene, welche die Schaffung grösserer Versorgungsregionen im Gesundheitsbereich anstelle von 26 kantonalen Gesundheitsplanungen fordern (Motion Leuthard 02.3042; Postulat Wirz-von Planta 03.3042; Motion Meyer-Kälin 10.3449; Postulat Lehmann 12.3564). Weil dem Bund mit der aktuellen Aufgabenverteilung gemäss Bundesverfassung die Kompetenz fehlt, kantonsübergreifende Gesundheitsregionen einzuführen (siehe Antwort des Bundesrates zur Motion Leuthard 02.3042), liegt der Ball weiterhin bei den Kantonen, sich untereinander abzusprechen und die Spitalplanungen zu koordinieren. Denn seit 2009 sind die Kantone verpflichtet, ihre Spitalplanung zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG). Andererseits ist die Kooperationssituation heikel, weil die stationäre Gesundheitspolitik Verteilungseffekte hat. So entstehen Interessenkonflikte zwischen einer Zentralisierung der Gesundheitsversorgung aus Effizienz- und Qualitätsgründen und der Erhaltung von kleinen Regionalspitalern zwecks wohnortsnaher Versorgung in abgelegenen, ländlichen Regionen. Regionalspitäler sind zudem als Arbeitgeber und für eine Reihe von Zulieferbetrieben wichtige ökonomische Motoren in peripheren Gegenden. Das verstärkt den Zielkonflikt zwischen erwarteten ökonomischen und qualitativen Vorteilen durch eine Zentralisierung des Spitalangebots und einer dezentralen Standortförderung. Damit ist die kantonale Spitalplanung in der Akutsomatik²

2 Die Schweizer Behörden unterscheiden zwischen drei Bereichen der stationären Gesundheitsversorgung in ihren Planungsdokumenten: Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Während Psychiatrie und Rehabilitation allgemein bekannt sind, werden unter Akutsomatik die medizinischen Aspekte gefasst, die den Körper betreffen und unmittelbar Behandlung verlangen.

eine Art «least-likely-case» (Blatter et al. 2007: 149) für horizontale Zusammenarbeit. Horizontale Kooperation als Phänomen ist in der Forschung inzwischen gut dokumentiert – wenn sie nun unter so anspruchsvollen Voraussetzungen gelingt, stärkt dies die theoretische Aussagekraft der Resultate.

Die hier präsentierte Studie ist eine Analyse der interkantonalen Kooperationsbemühungen im Spitalbereich aus politikwissenschaftlicher Sicht. Dabei unterscheide ich zwischen den drei Kooperationsstufen Informationsaustausch, Koordination und Kollaboration. Im Zentrum stehen die Aktivitäten der kantonalen Regierungen und deren Verwaltung, wie sie die Aufgabe wahrnehmen, die stationäre Gesundheitsversorgung in der Akutsomatik sicherzustellen (für eine Begründung der Beschränkung auf die Akutsomatik siehe Anhang 10.1.3). Die Forschungsfrage lautet somit: *Was beeinflusst die Kooperation zwischen Gliedstaaten auf den verschiedenen Kooperationsstufen und wie kommt sie zustande?* Das Vorgehen folgt einem methodenpluralistischen Ansatz, indem angelehnt an Blatter und Haverland (2012: 206, 209) ein varianzanalytischer Ansatz mit dem Causal-Process-Tracing, also mit einer eher prozessorientierten Herangehensweise, kombiniert wird (für eine ausführliche Beschreibung von Forschungsdesign und -methode siehe Anhang). Damit folge ich jenen Stimmen, die eine Kombination von statistischen Analysen mit Fallstudien als fruchtbar erachten, sofern das Studiendesign wohlüberlegt ist (Blatter und Haverland 2012; Lieberman 2005; Seawright 2016). Die Studie besteht aus übergeordnet zwei Analyseteilen – aus einer statistischen und einer prozessorientierten Sicht (vgl. Abbildung 1). Beide basieren auf einer eigenen Datenerhebung und Experteninterviews.

Abbildung 1 Studiendesign zur Frage der Kooperation im Schweizer Spitalbereich



In der vorliegenden Publikation gibt es eine klare Rollenverteilung zwischen den verschiedenen Studienteilen. Der erste Analyseteil (Kapitel 3–5) folgt dem vari-

anzorientierten, statistischen Ansatz. Er ist als Hypothesentest angelegt, der den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Intensität der Kooperationsbeziehungen im Bereich der akutsomatischen Spitalplanung³ zwischen jeweils zwei Kantonen klären soll. Bekannte und weiterentwickelte Hypothesen werden anhand neuer Daten überprüft und auf ihre Gültigkeit für die verschiedenen Kooperationsstufen getestet. Eingeleitet wird der Teil von einem Mapping-Kapitel, das die Kooperationslandschaft unter den Kantonen im schweizerischen Spitalbereich darstellt und erste Zusammenhänge zwischen den Daten und Hypothesen herstellt. Der eigentliche statistische Hypothesentest erfolgt mithilfe der Methode der Exponential Random Graph Models (ERGMs) in einem separaten Kapitel 5. In der Diskussion der Resultate werden Aussagen aus den Experteninterviews hinzugezogen, um die Ergebnisse zu nuancieren und zu ergänzen.

Die statistische Untersuchung wird durch einen zweiten qualitativen Analyseteil, einer prozessorientierten Fallstudie, vervollständigt, der einem auf kausale Erklärungen ausgerichteten Ansatz folgt. Es handelt sich dabei um eine intertemporal vergleichende Fallstudie zu einer fortgeschrittenen Kooperation zwischen Luzern und Nidwalden sowie dem Vorgängerprojekt zwischen Ob- und Nidwalden. Diese Doppelfallstudie ermöglicht es unter anderem, die statistischen Ergebnisse und vermuteten Mechanismen qualitativ zu validieren und allenfalls weitere Erklärungsfaktoren aufzudecken (Blatter und Haverland 2012: 210f.). Vor allem aber ermöglicht die Fallstudie, die horizontale Kooperation zwischen zwei Kantonen als einen längerdauernden Prozess mit verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten und einer bedeutsamen Vorgeschichte zu verstehen, die zusätzlich zu den quantitativ getesteten Faktoren ihre Wirkung entfalten.

Damit unterscheiden sich die beiden Teile bezüglich der Analyseseinheiten (siehe Tabelle 1). Der erste, statistische Teil hat als Analyseseinheit die Intensität des Kooperationsverhältnisses zwischen jeweils zwei Kantonen – den Kantonspaaren – und untersucht den Einfluss verschiedener Faktoren darauf. Für den zweiten Teil, die Fallstudie, wird die Analyseebene gewechselt und auf einen konkreten Fall von Kooperation hineingezoomt. Das Forschungsziel der Fallstudie ist zu klären, welche Abfolge und Kombination von Umständen und Handlungen die Kooperation zwischen Luzern und Nidwalden ermöglicht haben. Um die Handlungsstrategien der kantonalen Regierungen herauszuarbeiten, nutze ich in dieser Publikation historisch-institutionalistische Kategorien aus der wohlfahrtsstaatlichen Retrenchment-Literatur, die in einem zweiten Theorieteil präsentiert werden. Ein solcher Ebenenwechsel der Analyseseinheit ist notwendig, um fallinterne Prozesse nachzeichnen und damit wiederum Rückschlüsse auf die Ebene der statistischen Analyse ziehen zu können (Lieberman 2005: 440).

Als Datengrundlage dienen öffentlich zugängliche Dokumente der Kantone wie Parlamentsprotokolle, Berichte und Botschaften der Regierung, Medienmitteilungen, aber auch die mediale Berichterstattung oder Dokumente der Kantonsspitäler. Zudem führte ich zwei vertiefte Experteninterviews mit den

3 Warum die Wahl auf das Gebiet der Akutsomatik fiel, ist in Anhang 10.1.3 ausgeführt.

langjährigen Fachverantwortlichen in den Kantonen Luzern und Nidwalden (für eine detaillierte Beschreibung zur Datenerhebung siehe Anhang 10.2).

Fasst man das eben skizzierte Vorgehen zusammen, adressiert dieses Buch folgende Forschungslücke aus der Föderalismusforschung: Warum kooperieren kleine Gliedstaaten weniger als grosse, obschon sie doch vermeintlich einen erhöhten Kompensationsbedarf haben? Untersucht wird die Frage anhand der interkantonalen Kooperation in Sachen Spitalplanung, die sich bislang als grosse Herausforderung darstellt. Kombiniert man die Forschungslücke mit dem konkreten Untersuchungsgegenstand, ergeben sich im Wesentlichen drei Bereiche, zu denen dieses Buch neue Erkenntnisse vermittelt.

Der erste Beitrag dieses Buches liegt in der Konzeptionalisierung von Kooperation als einem mehrstufigen Phänomen, basierend auf einem breiten Kooperationsverständnis. Es braucht dieses breite Kooperationsverständnis, das über die formellen Beziehungen wie etwa Konkordate hinaus geht, damit nicht ein substanzieller Teil der Kooperationsbeziehungen ignoriert wird. Denn nebst den formellen Arten der intergouvernementalen Beziehungen besteht ein Geflecht an vielfältigen gelebten und informellen Zusammenarbeitsbeziehungen, denen eine beachtliche Bedeutung zukommt (Johns et al. 2007; Opeskin 2001: 131 f.; Pfisterer 2015: 379; Poirier und Saunders 2015a: 8). Dazu gehören beispielsweise Projekte, Arbeitsgruppen, (ad hoc) Austausch und anderes. Um die vielfältigen Formen der Zusammenarbeit zwischen den gliedstaatlichen Exekutiven und ihren Verwaltungen zu systematisieren, verwende ich ein eigens entwickeltes Stufenmodell. Unter den Überbegriff von Kooperation subsumiere ich so die drei Stufen Informationsaustausch, Koordination und Kollaboration. Dieses Modell erlaubt es zu untersuchen, ob sich die Anreize für und Muster der Zusammenarbeit je nach Stufe unterscheiden, wie es die bereits erwähnten früheren Forschungsergebnisse nahelegen.⁴ Das hier entwickelte mehrstufige Kooperationskonzept nimmt die eben beschriebene Breite der Kooperation auf und ordnet sie ein.

Der zweite Beitrag dieses Buches besteht in der empirischen Anwendung dieses mehrstufigen Kooperationskonzepts. Um die festgestellte Diskrepanz zwischen dem theoretisch angenommenen erhöhten Kooperationsbedarf von kleineren Gliedstaaten und deren (scheinbar) geringeren Kooperationsaktivitäten näher zu ergründen, müssen gerade auch die niederschwelligen, eher infor-

4 Genau genommen verweisen frühere Ergebnisse auf den Formalisierungsgrad – das Fehlen von informellen Kooperationsformen – und nicht auf die Kooperationsstufen. Diese beiden Begriffe dürfen denn auch nicht gleichgesetzt werden, da ein reiner Informationsaustausch auf Regierungsebene formalisiert und fest institutionalisiert sein kann, während Koordination auch informell und teils auf administrativer Ebene stattfinden kann. Dennoch besteht ein gewisser Zusammenhang zwischen Formalisierungsgrad und Kooperationsebene; für einen formlosen Informationsaustausch wird kaum ein Vertrag aufgesetzt werden, vielmehr werden Verträge mindestens auf der Ebene der Koordination angesiedelt sein. Für eine ausführlichere Diskussion dazu vgl. Kapitel 4.5 zur Bedeutung der Kooperationsstufe.

Tabelle 1 Analyseeinheiten und Erkenntnisinteresse für interkantonale Kooperationsbeziehungen im Spitalbereich

	Analyseeinheit	Erkenntnisinteresse
Teil 1: Statistische Analyse	Intensität der Kooperationsbeziehungen zwischen zwei Kantonen gemessen als Summe	Welchen Einfluss haben verschiedene Faktoren auf die Kooperationsbeziehungen?
Teil 2: Fallstudie	Bestimmte Kooperationsaktivität, hier die Kollaboration «Spitalregion Luzern-Nidwalden» (LUNIS)	Wie konnte LUNIS gelingen? Welche Kombination von Faktoren und Kette von Ereignissen führte dazu?

mellen Kooperationen in Analysen des Kooperationsverhaltens von Gliedstaaten mit einfließen. Die Datenerhebung der zugrunde liegenden Studie ist so angelegt, dass neben leichter zugänglichen, meist stärker formalisierten Kooperationen gezielt nach Informationsaustausch und informellen Arten der Kooperation gesucht wurde. Um die ganze Vielfalt an Kooperationsaktivitäten zwischen den Kantonen erfassen zu können, führte ich 36 Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern aller Kantonsverwaltungen, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und einer Regierungsrätin. Zudem wertete ich bestehende Übersichten über kantonale Kooperationen aus. Meine Datenerhebung erlaubt somit einen erstmaligen und umfassenden Überblick über die Kooperationslandschaft der Kantone im Bereich der stationären akut-somatischen Versorgung nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (in Kraft seit 2012) und der Koordinationspflicht (in Kraft seit 2009). Die Messung von Kooperation im Sinn dieses mehrstufigen Konzepts (und breiten Verständnisses) ist sehr aufwändig und bedingt detaillierte Kenntnisse des jeweiligen Politikfeldes. Damit wird sie bei einer Anwendung auf breitere Politikfelder oder mehrere gleichzeitig sehr ressourcenintensiv.

Der dritte und letzte Beitrag dieses Buches schliesslich ist analytisch-erklärend. Während Einflüsse der neuen Spitalfinanzierung auf die Entwicklung der Patientenströme bereits untersucht wurden (Huber 2015) und der Bund die KVG-Reform zur Spitalfinanzierung evaluieren liess (BAG 2019), ermöglicht die Erhebung im Rahmen dieses Forschungsprojektes nun ein nuanciertes Bild von den Kooperationsbeziehungen zwischen den Kantonen seit Inkrafttreten der Koordinationspflicht und deren Motivationen und Herausforderungen. Die verbreitete Wahrnehmung ist, dass die Kantone bisher nur wenig erreicht (oder unternommen) haben, um die kantonalen Spitalplanungen aufeinander abzustimmen. Von einem oder wenigen Spitalverbunden für die Schweiz sind wir weit entfernt – und ob dies tatsächlich wünschenswert wäre, steht auf einem anderen Blatt. Dem Vorwurf der Inaktivität hält diese Publikation entgegen, dass die interkantonale Kooperation weitaus üppiger ausfällt, als es den Beteiligten oftmals selbst bewusst ist. Und mit den seit 1. Januar 2022 gültigen Anpassungen der Verordnung über die Krankenversicherung liegen nun massgeblich präzisiertere Vorgaben für die Spitalplanung vor, die eine weitere Harmonisierung der kantonalen Planungen bewirken werden.

Die Struktur des Buches ist wie folgt: Das nachfolgende Kapitel präsentiert die Problemstellung zuerst konzeptionell, indem Kooperation als ein dreistufiges Phänomen unterschiedlicher Intensität operationalisiert wird. Des Weiteren wird die Bedeutung der Akteurskonstellation für Entscheidungs- und Kooperationssituationen anhand des akteurzentrierten Institutionalismus nach Scharpf (1997, 2000) besprochen. Anschliessend wird der Untersuchungsgegenstand – die interkantonale Kooperation in der Spitalplanung – in seinen Kontext gesetzt und die Interessenlage der beteiligten Akteure in der Kooperationssituation analysiert. Auf dieser grundsätzlichen Ausgangs- und Problemlage aufbauend ist der Rest des Buchs in drei übergeordnete Bereiche gegliedert und trägt in der Struktur dem Multi-Method-Design Rechnung. Die statistische Analyse betrachtet interkantonale Kooperation im Spitalbereich als Netzwerk und nähert sich dem Untersuchungsgegenstand in einer querschnittorientierten Weise: In Kapitel 3 stelle ich die theoretischen Grundlagen der horizontalen Kooperation dar und leite daraus die Hypothesen zu den kooperationsfördernden und -hindernden Faktoren ab. In Kapitel 4 folgt das Mapping der Kooperationslandschaft im Bereich der Spitalplanung. Der Buchteil zur statistischen Analyse schliesst mit Kapitel 5, das anhand der Netzwerkanalyse unter anderem zeigen kann, dass gewisse Faktoren wie etwa Komplementarität je nach Kooperationsstufe unterschiedlich wirken. Die Fallstudie verfolgt hingegen eine historisch-institutionalistische, prozessorientierte Herangehensweise: Kapitel 6 stellt die zentralen Konzepte aus dem historischen Institutionalismus dar und führt ein, wie die wohlfahrtsstaatliche Retrenchment-Literatur auf den Spitalbereich übertragen werden kann. Kapitel 7 besteht aus der Doppel-Fallstudie der LUNIS-Kooperation zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden und dem gescheiterten Vorgängerprojekt zwischen Nid- und Obwalden. Die Analyse zeigt, dass nebst geschicktem Framing durch die politischen Entscheidungsträger auch der äussere Kontext eine wichtige Rolle beim Erfolg von LUNIS spielten. Die Schlussfolgerungen bilden den abschliessenden Buchteil. Kapitel 8 fasst die Ergebnisse aller Teile zusammen und schliesst mit einem Ausblick.

2 Problemstellung

Das Thema interkantonale Zusammenarbeit im Spitalbereich ist nicht nur an sich interessant. Es dient in dieser Studie auch als Untersuchungsgegenstand, um zu ermitteln, wie die Gliedstaaten eines föderalen Staates horizontal zusammenarbeiten, warum sie es mit bestimmten Partnern tun, welchen Schwierigkeiten sie dabei begegnen und was sie allenfalls davon abhält. Anhand der Spitalversorgungsplanung der Kantone wird aufgezeigt, wie die horizontale Kooperation als Instrument zur Bewältigung politischer Koordinationsprobleme funktioniert, wenn die Steuerungsfähigkeit von oben eingeschränkt ist. Dies trifft auf die Spitalversorgung im Schweizer System zu, da der Bund nur sehr übergeordnete Vorgaben machen kann, die Kantone als Planungsräume eigentlich zu klein sind, jedoch dafür zuständig sind. Diese begrenzte Steuerungsfähigkeit auf nationaler Ebene aufgrund von fehlender Umsetzungskompetenz ist eine verbreitete Problematik beim Politikvollzug in Mehrebenensystemen, wobei der Fokus der Studie auf der Kooperation und weniger auf dem Vollzug liegt. Hierbei argumentiere ich, dass Kooperation ein Phänomen mit mehreren Stufen ist, die in der Verbindlichkeit unterschiedlich weit gehen. Um zu verstehen, warum einige Kantone mehr oder weniger kooperieren als andere, muss auch dieser Aspekt der unterschiedlichen Kooperationsebenen berücksichtigt werden. Dazu entwickle ich ein Begriffskonzept für (interkantonale) Kooperation, das sich auf diverse Forschungsarbeiten stützt. Es geht darum zu klären, was genau unter interkantonomer Kooperation zu verstehen ist und welche verschiedenen Ausprägungen es davon gibt. Dem widmet sich Kapitel 2.1. Kapitel 2.2 beschreibt den konkreten Fall – die Spitalplanung der Kantone – samt Kontext. In Kapitel 2.3 wird aufgezeigt, was die widersprüchlichen Interessen von einzelnen Akteuren sind, wenn sie sich für oder gegen eine weitergehende Kooperation im Spitalbereich entscheiden müssen. Um die Problemlage und Akteurskonstellation zu analysieren, stütze ich mich auf Scharpfs Kategorien aus dem akteurzentrierten Institutionalismus, einen Rational-Choice-orientierten Ansatz.

2.1 Arten der Kooperation – eine Begriffsklärung

Um die Fragestellungen der vorliegenden Studie rund um die horizontale Kooperation der Kantone im Spitalbereich bearbeiten zu können, muss zuerst ein Verständnis dafür geschaffen werden, was diese interkantonale Kooperation ist. In diesem Unterkapitel werden die konzeptuellen Grundlagen dazu erarbeitet und ein dreistufiges Kooperationsmodell entwickelt. Informationen dazu, wie ich das zu erklärende Phänomen messe und empirisch umsetze – namentlich zur Datenerhebung und Indexbildung – finden sich im Anhang 10.2.

Kooperation ist keine Ausnahmererscheinung. Vielmehr ist es so, dass alle Systeme mit verteilten Zuständigkeiten der Abstimmung und Zusammenarbeit innerhalb und über die Staatsebenen hinweg bedürfen, wie bereits unzählige Male festgestellt wurde (Lehmbruch 1978: 168; Weissert und Fahey 2018: 346). Dabei lassen sich grundlegend zwei Dimensionen von Kooperation unterscheiden. *Vertikale* Kooperation erfolgt in Gebieten mit geteilter Zuständigkeit zwischen der nationalen Ebene und den Gliedstaaten, während *horizontale* Zusammenarbeit ausschliesslich die Gliedstaaten – oder auf untergeordneter staatlicher Stufe die Gemeinden – umfasst. Kooperation zwischen Gliedstaaten ist auch deshalb eine plausible Verhaltensweise, weil Staaten oftmals mit denselben Problemen konfrontiert sind oder eine gemeinsame Agenda verfolgen wollen und deshalb Allianzen oder Netzwerke mit anderen Gliedstaaten bilden (Bowman 2004: 536). Die Gliedstaaten sind einander rechtlich gleichgestellt und ihre Beziehung ist nichthierarchisch. Das Bedürfnis nach horizontaler Zusammenarbeit entsteht typischerweise aufgrund von Interdependenzen zwischen Gebietskörperschaften in der Infrastruktur (öffentlicher Verkehr, Strassen usw.), weil die Bevölkerung öffentliche Angebote auch in Nachbarstaaten nutzt oder weil die Nutzung öffentlicher Güter wie Seen oder saubere Luft reguliert werden muss. Horizontale Kooperation ist somit ein Phänomen von grundlegender Bedeutung. Dennoch gibt es auch wettbewerbsorientiertes Verhalten von Gliedstaaten, das manchmal gar parallel zu kooperativen Praktiken besteht. Steuerwettbewerb unter Schweizer Kantonen ist ein Beispiel, während andere Politikbereiche stärker kooperativ geprägt sind (Gilardi und Wasserfallen 2016; Wasserfallen 2015: 541). Horizontale Zusammenarbeit kann sich in zwei Richtungen orientieren. Erstens kann sie vertikal ausgerichtet darauf abzielen, den Einfluss der Gliedstaaten auf der nationalen Ebene zu erhöhen, zum Beispiel durch gemeinsame Stellungnahmen zu Gesetzesvorschlägen. Zweitens kann sich die horizontale Zusammenarbeit stärker auf die eigene Ebene beziehen. So können Gliedstaaten kooperieren, um konkrete Politikprobleme zu lösen, gemeinsame Standards zu etablieren, Best Practices auszutauschen oder selbständig Politiken zu harmonisieren, um damit einer Zentralisierung vorzubeugen (Bolleyer 2006a: 14). Das hier untersuchte Beispiel, interkantonale Zusammenarbeit im Spitalbereich, fällt in die zweite Kategorie.

In der Literatur, die sich mit horizontaler Zusammenarbeit zwischen Gliedstaaten beschäftigt, erklingt ein vielstimmiger Kanon von Begriffen. Es zeigt sich schnell, dass die Studien jeweils ein eigenes Vokabular für die Zusammenarbeit verwenden. In Bezug auf die USA wird beispielsweise von «Interstate Interactions» (Bowman 2004) oder «Interstate Cooperation» (Gress 1996) gesprochen. Für die Beziehungen auf gliedstaatlicher Ebene ist allgemeiner die Rede von «Intergovernmental Relations» (Bakvis und Brown 2010; Benz 2009; Bolleyer 2006a, 2006b; Bolleyer und Börzel 2010; Börzel 2000; Cameron 2001; Kübler et al. 2003; Ostrom und Ostrom 1965). Für das Zusammenwirken auf horizontaler Ebene werden Begriffe wie «Intergovernmental Cooperation» (Benz 2009; Bochsler 2008; Bolleyer 2009; Börzel 2000; Füglistner 2012) oder «Horizontal Coopera-

tion» beziehungsweise «Horizontal Cooperative Federalism» (Benz 2009; Fischer et al. 2010; Gress 1996) verwendet. Und neben Kooperation, Interaktionen und Beziehungen wird auch von Koordination gesprochen, beispielsweise von «Horizontal Coordination» als Zweck intergouvernementaler Organisationen (Schnabel und Mueller 2017). Die Begriffsvielfalt ist beachtlich. Wenngleich es gewisse Bedeutungsunterschiede gibt (Zusammenarbeit versus Beziehungen versus Interaktionen), ist allen Begriffen gemein, dass der Fokus auf dem Zusammenwirken von staatlichen und meist exekutiven Akteuren inklusive deren Verwaltungen liegt. Aber auch in der Alltagssprache werden Begriffe wie Kooperation und Koordination oft benutzt. Erschwerend kommt hinzu, dass sich der Gebrauch auf Deutsch und auf Englisch zum Teil unterscheidet. Während auf Englisch «Coordination» üblicherweise ebenfalls als Abstimmung verstanden wird, ist es mit «Cooperation» weniger einfach. «Cooperation» kann – muss aber nicht – anstelle von Zusammenarbeit auch einfach als Mitwirkung oder Entgegenkommen verstanden werden. Für Zusammenarbeit wird in diesen Fällen stattdessen oft von «Collaboration» gesprochen. Es tut deshalb not, Kooperation, Koordination und Kollaboration für diese Arbeit klar zu definieren, um ein genaues Verständnis des Forschungsgegenstands zu ermöglichen. Dem widmen sich die folgenden Abschnitte.

Nachfolgend werden unterschiedliche Definitionen von Koordination kritisch besprochen und einander gegenübergestellt. Auf dieser Basis entwickle ich ein eigenes mehrstufiges Kooperationskonzept und definiere die Begriffe. Für den Rest des Buchs verwende ich die Begriffe dementsprechend. Der folgende Abschnitt legt ein Schwergewicht auf *Koordination*, weil das Krankversicherungsgesetz in Artikel 39 Absatz 2 von den Kantonen verlangt, ihre Spitalplanung zu *koordinieren*. Koordination wird in diesem Buch allerdings als eine Form von Kooperation unter mehreren verstanden.

Während einige Autorinnen und Autoren Begriffe wie Koordination und Kooperation verwenden, ohne sie näher einzuführen oder zu definieren, präzisieren andere ihr Verständnis im Detail. Daraus ergeben sich unterschiedliche Definitionen mit verschiedenen Anforderungen an Koordination und Kooperation. Eine solche Definition in Zusammenhang mit gliedstaatlichen Beziehungen liefert Bolleyer (2013: 323):

Selbst-Koordination bezeichnet einen nicht-hierarchischen Prozess der (einseitigen oder gegenseitigen) Anpassung von Aktivitäten in einer Jurisdiktion an Aktivitäten in einer anderen Jurisdiktion, der nicht von einer Regierung einer anderen aufgezwungen werden kann. Während Kooperation direkte und gegenseitige Interaktion von Regierungen und Koordination voraussetzt, kann letzteres aus einseitiger Anpassung entstehen. (Eigene Übersetzung)

Kann man nun die gesetzlich geforderte Koordination im Spitalbereich tatsächlich als Selbst-Koordination bezeichnen und damit Bolleyers Definition auf das

vorliegende Beispiel anwenden? Aus meiner Sicht durchaus. An anderer Stelle sagt Bolleyer (2013: 321,) zwar:

Die Selbst-Koordination ist nicht hierarchisch und findet in föderalen Systemen vorwiegend in Zuständigkeitsbereichen statt, in denen die nachgeordneten Regierungen das garantierte Recht haben, autonom zu entscheiden. Ihre Beteiligung an einer solchen Koordination kann per Definition weder zentral noch anderweitig auferlegt werden. (Eigene Übersetzung)

Ich sehe hier zwei Argumente. Das erste Kriterium nach Bolleyer, die Entscheidungskompetenz auf gliedstaatlicher Ebene, ist gegeben. Das zweite Kriterium der Freiwilligkeit scheint auf den ersten Blick verletzt zu sein. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung in Art. 39 Abs. 2 schreibt nämlich vor, dass die Kantone ihre Planung zu koordinieren haben. Das Drohpotenzial des Bundes bei Nicht-Umsetzung ist jedoch gering, weil mit der Koordinationspflicht keine Sanktionen verbunden sind und auch nicht näher spezifiziert ist, was unter *Koordination* der Spitalplanung zu verstehen ist und wie sie zu erfolgen hat.⁵ Im Gegensatz dazu hat der Bund im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Unterlassungsfall durchaus Konsequenzen angedroht. Sollten sich die Kantone nicht innert nützlicher Frist einigen können, nehme er die Planungskompetenz an sich (siehe Art. 39 Abs. 2bis KVG). Ähnlich argumentiert Brunner (2000: 89). Er ordnet die kantonalen Zusammenarbeitsbeziehungen grundsätzlich der Selbstorganisation zu, auch wenn die Zusammenarbeit vom Bund vorgeschrieben wurde. Er begründet dies mit dem Vollzugsföderalismus, der dem Bund oft die Möglichkeit zur Detailsteuerung nimmt. Unter diesen Umständen scheint es legitim, die Begriffe und Konzepte Bolleyers für die interkantonale Zusammenarbeit zu nutzen.

Bei der obigen Definition von Selbst-Koordination ist ausserdem interessant, dass Koordination nicht unbedingt in einem zweiseitigen Prozess ablaufen muss. Sie kann auch einseitig erfolgen, durch autonome Anpassung oder Nachahmung. Während für Bolleyer (2013) Koordination also ein- oder gegenseitig sein kann, erfordert sie in den Augen anderer Autorinnen und Autoren klare Gegenseitigkeit. So lässt Webb (1995: 11) erst als Koordination gelten, wenn Akteure ihre Handlungen als Resultat von Verhandlungen gegenseitig anpassen. Sein Koordinationsverständnis entspricht wiederum recht gut dem, was Bolleyer (2013) in obigem Zitat als *Kooperation* bezeichnet. Damit wird deutlich, dass es verschiedene Auffassungen von Koordination gibt, die zum Beispiel der Gegenseitigkeit unterschiedliches Gewicht beimessen. Für das vorliegende Buch ist Bolleyers Koordinationsverständnis insofern relevant, als einige der befragten Expertinnen und Experten zum Ausdruck brachten, dass sie sich zwar gegen-

5 In der dazugehörigen Umsetzungsverordnung wird lediglich spezifiziert, dass die Kantone insbesondere die Patientenströme auswerten und die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen austauschen müssen (BAG 2016). Seit 1. Januar 2022 sind präzisiertere und ausführlichere Bestimmungen in Kraft.

seitig informierten und sich auch über Prozesse und Vorgehensweisen austauschten, letztlich aber jeder Kanton selbständig und hoheitlich entscheide (Interviewaussage). Gleichzeitig ist es bei dem rege stattfindenden Informationsaustausch nur bedingt vorstellbar, dass es sich bei den kantonalen Entscheidungen um vollkommen in sich geschlossene, individuelle Entscheidungen (Bolleyer 2013: 326) handelt, bei denen keine Abstimmung der eigenen Handlung auf andere stattfindet oder die Handlungen der anderen nicht berücksichtigt werden. Würde man diese Definition eins zu eins übernehmen, wäre eine Nicht-Koordination unter den Kantonen wohl unmöglich. Deshalb braucht es eine genauere Abgrenzung, die im Rahmen des Kooperationsstufenmodells erfolgt.

Während sich einige Autorinnen und Autoren über die Wohlfahrtseffekte von Koordination ausschweigen, sind andere dazu explizit. Laut Webb (1995: 11f.) muss das koordinierte Ergebnis die Gesamtwohlfahrt nicht unbedingt steigern. Vielmehr sind unerwünschte oder eigennützige Effekte von Koordination möglich (Webb 1995: 11f.). Dies sieht Scharpf (1994: 27) jedoch anders. Koordination ist für ihn ein wohlfahrtstheoretisches Konzept, das per Definition mit einem Zuwachs an Gesamtwohlfahrt verbunden ist, sonst würde sie gar nicht erst zustande kommen.

Eine weitere Differenzierung von Koordination ist unabhängig davon, ob sich nun die Akteure auf die Handlungsänderungen einigen müssen oder nicht. Mit Blick auf die staatliche Verwaltung unterscheidet Scharpf (1994) zwischen positiver und negativer Koordination. *Negative Koordination* bedeutet, dass eine Einheit eine andere betroffene Einheit konsultiert, um deren Freigabe beispielsweise für einen Politikvorschlag zu erhalten. Das Ziel ist, dass dieser Politikvorschlag nicht den Interessen der anderen in die Quere kommt (Scharpf 1994: 39). Auf die interkantonale Zusammenarbeit in der Spitalplanung übertragen sind die Vernehmlassungsverfahren ein Beispiel dafür. Die betroffenen Kantone – sowie weitere Betroffene – werden vorab informiert und erhalten die Möglichkeit, Stellung zu nehmen und insbesondere auf negative Effekte in ihrem Gebiet hinzuweisen. Idealerweise verhindert so negative Koordination negative Externalitäten. Die *positive Koordination* ist häufiger nicht nur bi- sondern multilateral. Ein Beispiel dafür sind interministerielle Taskforces. Die Teilnehmenden verhandeln über viele unterschiedliche Politikoptionen, sodass ihnen potenziell mehrere Varianten zur Verfügung stehen. Damit sind die möglichen Wohlfahrtsgewinne grösser, positiv koordinierte Lösungen aber auch deutlich schwerer zu erreichen (Scharpf 1994: 39f.). Nach dieser Auffassung führen sowohl die positive als auch die negative Koordination zu klaren Wohlfahrtsgewinnen gegenüber unkoordinierten Politiken (Scharpf 1994: 27f.).

Diese Begriffsdiskussion veranschaulicht, dass unter dem gleichen Begriff Verschiedenes verstanden wird und umgekehrt Ähnliches anders bezeichnet wird. Es wird auch deutlich, dass die begrifflichen Unklarheiten damit zusammenhängen, dass sich hinter den verschiedenen Begriffen tatsächlich unterschiedliche Arten von Interaktionen verbergen, die es nun zu systematisieren gilt. Wie Emmenegger et al. (2019) verwende ich Kooperation als Überbegriff

für verschiedene Arten der Zusammenarbeit.⁶ Dabei unterscheide ich zwischen den drei Kooperationsstufen Informationsaustausch, Koordination und Kollaboration. Für die Koordination folge ich im Wesentlichen Bolleyers (2013) Definition von Selbst-Koordination, wonach diese nicht notwendigerweise gegenseitig sein muss. Webbs (1995) starke Betonung von Gegenseitigkeit findet sich in der Kollaboration wieder. Dazu gilt es festzuhalten, dass Formalisierungsgrad und Kooperationsstufe nicht direkt zusammenhängen (vgl. Fussnote 4). So kann ein Informationsaustausch (tiefste Kooperationsstufe) auf Regierungsebene formalisiert sein, während informelle und formlose Kontakte auf Fachebene zu koordinierten Lösungen führen können.⁷ Auf die interkantonale Zusammenarbeit bezogen, lassen sich die drei Kooperationsstufen wie folgt definieren (vgl. Tabelle 2):

Informationsaustausch bedeutet, dass zwei oder mehr Kantone Informationen miteinander teilen. Was sie mit den Informationen machen, ist ihnen überlassen. Abmachungen dazu gibt es nicht. Informationsaustausch ist eine Voraussetzung dafür, dass Kantone – oder andere Akteure – ihre Handlungen aufeinander abstimmen können.

Koordination geht einen Schritt weiter. Kantone wissen nicht nur übereinander Bescheid, sie stimmen zusätzlich ihre Handlungen aufeinander ab. Dies kann einseitig und ohne Absprache (Bolleyer 2013) oder zweiseitig durch Verständigen auf ein bestimmtes Handeln geschehen.

Ein erfundenes Beispiel: Kanton A erfährt, dass Nachbarkanton B das Spital «Bergluft» in Grenznähe für orthopädische Eingriffe auf seiner Spitalliste hat. Das eigene Kantonsspital «Alpenblick», in 20 Kilometern Entfernung, erreicht kaum die erforderlichen Fallzahlen in der Orthopädie. Auch im Bereich Chirurgie wären höhere Fallzahlen wünschenswert. Was also tut Kanton A? Er kann ohne Rücksprache mit Kanton B entscheiden, dem eigenen Spital «Alpenblick» ebenfalls einen Leistungsauftrag in Orthopädie zu erteilen, obschon die Fallzahlen eher knapp sind, um die geforderte Anzahl des Spitalplanung-Leistungsgruppen-Konzepts (SPLG-Konzept) zu erreichen. Alternativ könnte Kanton A den Leistungsauftrag aufgrund der zu tiefen Fallzahlen streichen und stattdessen das Spital aus Kanton B beauftragen. Beides entspricht Bolleyers (2013) Definition

6 Dies widerspricht zwar etwas dem alltäglichen Sprachverständnis von Kooperation als Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehr Partnerinnen und Partnern. Es lässt sich damit rechtfertigen, dass das Fremdwort Kooperation selbst auch vage bleibt und von losen Kooperationsvereinbarungen bis hin zu gemeinsamen Projekten auf alles mögliche angewandt wird. Nimmt man das Adjektiv «kooperativ» hinzu, dann wird beispielsweise auch ein Informationsaustausch üblicherweise bereits als kooperatives Verhalten bewertet.

7 Kissling-Näf und Knoepfel (1992) prägten dafür den Begriff der «sekundären Harmonisierung», womit gemeint ist, dass eine Angleichung der Politikumsetzung trotz grosser Vollzugsspielräume stattfindet, weil sich Verantwortliche der Kantons- und teils der Bundesebene in zahllosen formellen und informellen Gremien austauschen (siehe auch Balthasar 2003).

einseitiger Koordination. Folglich ist einseitige Koordination im Prinzip nichts anderes als Informationsaustausch, der ohne weitere Absprachen zu Anpassungen der eigenen Handlungen an den neuen Informationsstand geführt hat.

Ein Beispiel zweiseitiger Koordination könnte wie folgt aussehen: Die Gesundheitsbehörden der Kantone A und B sprechen miteinander und stellen fest, dass beide Spitäler Mühe haben, die nötigen Fallzahlen zu erreichen, Spital «Alpenblick» in der Orthopädie und Spital «Bergluft» in der Chirurgie. Es wäre daher besser, die Leistungsaufträge an je einem Standort zu konzentrieren, um durch höhere Fallzahlen effizienter zu sein und die Qualität langfristig sicherstellen zu können. Die beiden Kantone entscheiden, ihre Spitalisten anzupassen und die Leistungsaufträge wie folgt zu vergeben: Beide Kantone erteilen Spital «Alpenblick» einen Leistungsauftrag in der Chirurgie und Spital Bergluft einen in der Orthopädie. Die Patientinnen und Patienten aus Kanton A liessen sich dann für orthopädische Eingriffe im nahe gelegenen Spital aus Kanton B behandeln, die Patientinnen und Patienten aus Kanton B für chirurgische Eingriffe im Spital des Kantons A.

Kollaboration ist die Interaktionsform, die am weitesten geht. Zwei Kantone arbeiten zusammen, sie erstellen gemeinsam einen Bericht, eine Strategie, eine Gesundheitsplanung, bieten zusammen eine Dienstleistung an oder gründen sogar ein interkantonaies Spital, wie das interkantonale «Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais».

Tabelle 2 Definition der Kooperationsformen

Kooperationsstufe	Definition	Beispiel
Informationsaus-tausch	Mind. Zwei Akteure teilen ihre Informationen; keine Abmachungen darüber, was der jeweils andere damit macht	Versenden von Planungsberichten zur Kenntnisnahme (ohne Stellungnahme)
Koordination	Informationsaustausch und Abstimmung der Handlungen auf einen anderen Akteur	Vernehmlassung (negative Koordination/Clearance), Nutzung des SPLG-Konzepts, Einigung auf GDK-Empfehlungen
Kollaboration	Gemeinsame Erstellung von Gütern, Dienstleistungen, Politiken	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais

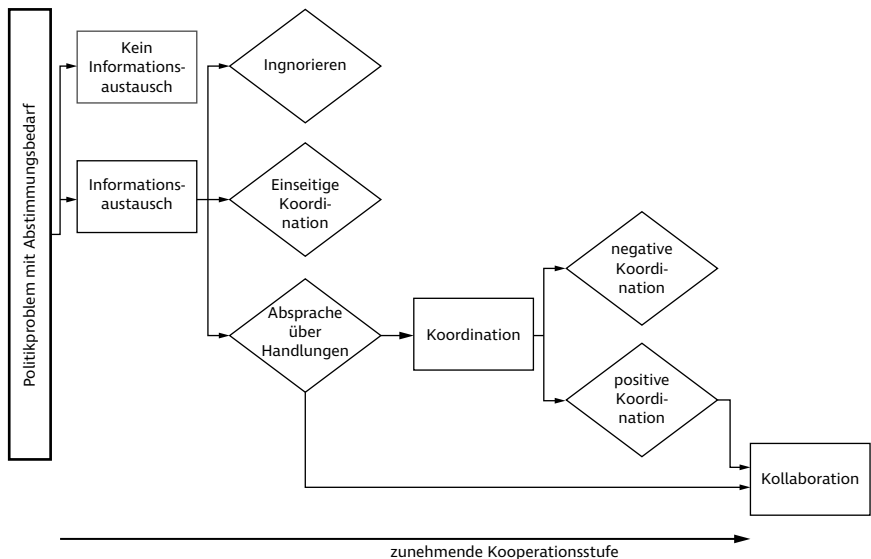
Quelle: Eigene Darstellung.

Wendet man dieses dreistufige Konzept der Kooperationsformen auf den Spitalbereich der Kantone an, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten. Gar keine Informationen auszutauschen, ist im Schweizer System so gut wie unmöglich. Gefässe wie die GDK, diverse Fachkonferenzen und Konsultationsverfahren sind dermassen fest institutionalisiert (Schnabel und Mueller 2017), dass eine vollständige Ignoranz des Umfelds unmöglich scheint. Ein minimaler Informationsaustausch findet unter den Schweizer Kantonen zwangsläufig statt. Den Kantonen bleibt folglich die Möglichkeit, das Geschehen rundherum auszublenzen, sich ohne Rücksprache mit den anderen Kantonen an die Gegebenheiten anzupassen (einseitige Koordination) oder aber sich über die Handlungen

abzusprechen. Letzteres ist gemäss obiger Definition (vgl. Tabelle 2) eindeutig Koordination. Als Kollaboration gelten beispielsweise von Kantonen gemeinsam erbrachte Gesundheitsdienstleistungen in interkantonalen Spitälern oder gemeinsame Planungsaktivitäten.

Es handelt sich dabei um Idealtypen. Empirisch sind die Grenzen unscharf und es braucht weitere Kriterien, um die kantonalen Aktivitäten den Stufen zuzuordnen. So erarbeiteten die Kantone in verschiedenen Gremien die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung gemeinsam. Man könnte folglich versucht sein, dies als eine Kollaboration zu bezeichnen. Die Empfehlungen sind jedoch nicht verbindlich. Es ist also den Kantonen überlassen, ob sie sich bei ihrer Spitalplanung daran halten. Im Ergebnis werden koordinierte Prozesse, Methoden und Vorgehen erreicht, im Idealfall sogar koordinierte Planungen, nicht jedoch eine kollaborativ entstandene, gemeinsame Spitalplanung. Abbildung 2 lotet diese Grenzbereiche zwischen den drei Kooperations-Idealtypen aus. Sie zeigt schematisch die Möglichkeiten, die sich den Kantonen – oder anderen Akteuren – bieten, wenn sie mit einem Politikproblem mit Abstimmungsbedarf konfrontiert sind.

Abbildung 2 Kooperationsstufenmodell bei Politikproblemen mit Abstimmungsbedarf



Anmerkung: Akteure, die Informationen austauschen, haben die Wahl, weitere Kooperationsstufen zu erklimmen. Pfeile stehen für Entscheidungsmöglichkeiten. Die Rechtecke symbolisieren die drei Kooperationsstufen und die Rauten stehen für Entscheidungen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei Staatsaufgaben kann ein Kanton prinzipiell wählen, ob er sich mit anderen Kantonen austauschen will oder nicht. In der Realität ist es aber kaum möglich, dass sich die Kantone nicht austauschen, weshalb das Feld «kein Informationsaustausch» heller abgebildet ist. Nach einem ersten Informationsaustausch kann ein Kanton entscheiden, (1) ob er die erhaltenen Informationen ignorieren will, (2) wie er ohne weitere Abstimmung in Kenntnis der neuen Informationen handeln will (einseitige Koordination) oder (3) ob er weitere Absprachen treffen will, um zu stärker koordinierten Lösungen zu gelangen. Bei Einvernehmen können die Kantone weitere Zwischenstufen überspringen und direkt entscheiden, gemeinsam eine Lösung für das Politikproblem zu erarbeiten (Kollaboration). Sprechen die Kantone sich über die Handlungen ab, sind sie auf dem Weg der Koordination. Diese Koordination kann eher den Charakter einer negativen Koordination haben, indem die Kantone sich primär vergewissern, dass eigene geplante Lösungen keine negativen Effekte auf Nachbarkantone haben. Mögliche Wege dazu sind Vernehmlassungsverfahren oder andere Gelegenheiten zur Stellungnahme, wie Diskussionsrunden im Rahmen persönlicher Treffen. Bei der positiven Koordination wird versucht, gemeinsam nach einer möglichst guten Lösung zu suchen. Das bedeutet, dass andere Beteiligte weitere Vorschläge einbringen können, diese mit erwogen werden und so unter Umständen ganz neue Ideen entstehen. Der Schritt von einer positiven Koordination zu einer Kollaboration ist daher ziemlich klein. Im Zusammenhang mit der Spitalplanung und dem Spitalbereich wird die Grenze aufgrund des Kooperationsgegenstandes gezogen. Ist das Resultat der Zusammenarbeit eine gemeinsame Planung, ein gemeinsamer Versorgungsbericht oder eine gemeinsam erbrachte Gesundheitsdienstleistung, wird von Kollaboration gesprochen. Geht es aber um eine Angleichung der Planungsmethodik durch gemeinsame Regeln, Kriterien oder Vorgehensweisen, bleibt die kantonale Autonomie weit stärker erhalten und das Ergebnis hat den Charakter einer koordinierten Lösung.

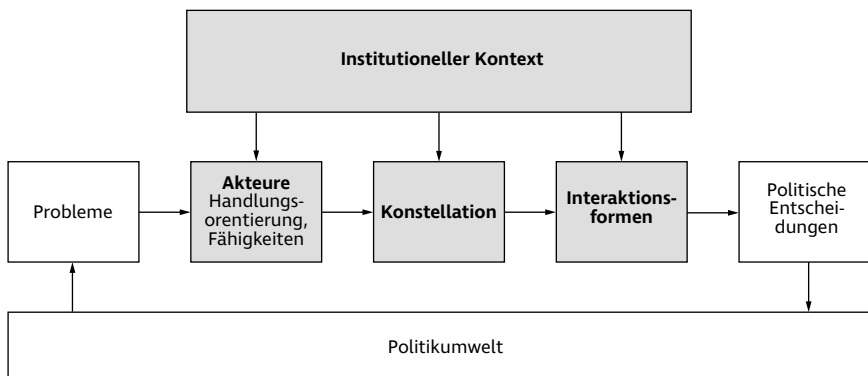
Diese definitorischen Überlegungen zur Abgrenzung der Kategorien leiten insbesondere die Messung der interkantonalen Kooperation im Rahmen der Datenerhebung und die Ausführungen zur Kooperationslandschaft in Kapitel 4. Kooperationen finden bekanntlich nicht im luftleeren Raum statt. Vielmehr treffen Akteure mit bestimmten Eigenschaften in unterschiedlichen Situationen aufeinander, was ihre Entscheidungen und Entscheidungsmöglichkeiten beeinflusst. Dies gilt es bei der Analyse ebenfalls zu berücksichtigen.

Für das Zusammenspiel der Akteure bietet der von Scharpf und Mayntz entwickelte *akteurzentrierte Institutionalismus* (AZI) einen geeigneten Analyserahmen. Er wurde entwickelt um zu verstehen, wie verschiedene kollektive Akteure zusammenwirken, wenn sie unter bestimmten institutionellen Bedingungen nach verbindlichen Lösungen suchen (Treib 2015). Der Ansatz verbindet zwei gegensätzliche Denkschulen, nämlich das Paradigma rationaler Akteure und das Paradigma einer sozial konstruierten Realität (Scharpf 1997: 20 ff.). Erst die Verbindung von rationalen Akteuren mit dem konkreten institutionellen Umfeld, das die Handlungsmöglichkeiten strukturiert und einschränkt, erlaubt

Rückschlüsse auf die tatsächlichen Absichten (Scharpf 1997: 21 f.). Scharpf (1997: 19) anerkennt, dass ein Akteur kein reiner homo oeconomicus ist. Akteure sind vielmehr normgeleitet und handeln unter begrenzter Rationalität: Sie handeln demnach intentional und haben unterschiedliche (Handlungs-)Fähigkeiten, Wahrnehmungen und Präferenzen, die wiederum massgeblich vom institutionellen Kontext ihrer Organisation geprägt sind (Treib 2015: 280 f.). Der AZI eignet sich als Heuristik, um wichtige Entscheidungssituationen zu rekonstruieren (Treib 2015: 299). Dabei liegt das Augenmerk auf den Kategorien (kollektive) Akteure, Konstellationen, Interaktionsformen und institutioneller Kontext.

In dieser Studie verwende ich den AZI, um das Verhältnis der Kantone zueinander und zur nationalen Ebene im Zusammenhang mit der interkantonalen Kooperation im Spitalbereich und der Umsetzung des Koordinationsartikels besser zu verstehen. Der AZI hilft ausserdem, das Augenmerk auf die Implikationen des institutionellen Settings für die Entscheidungsqualität zu richten. Scharpf selbst skizziert den AZI gemäss Abbildung 3.

Abbildung 3 Akteurzentrierter Institutionalismus



Quelle: Darstellung nach Scharpf (2000: 85).

Der *institutionelle Kontext* meint einerseits den internen, organisationalen Kontext eines Akteurs. Bei kollektiven Akteuren sind dies zum Beispiel die organisationsinternen Institutionen wie Willensbildungsprozesse, Wahl- und Entscheidungsregeln. Sie bilden den institutionellen Kontext, der die Akteure, ihre Handlungsorientierungen und Fähigkeiten mitprägt (Treib 2015: 281). Andererseits ist damit der organisationsexterne Kontext gemeint, der die Akteurskonstellationen sowie die Interaktionsformen beeinflusst. Es können kollektive oder individuelle Akteure auftreten, wie Organisationen und Regierungen oder einzelne Personen. Akteure lassen sich durch ihre Fähigkeiten, Wahrnehmungen (kognitive und Handlungsorientierung) und Präferenzen charakterisieren (Scharpf 2000: 86, 107–122). Unter der *Akteurskonstellation* versteht Scharpf (2000:

128f.) die spieltheoretische Situation, die es möglichst treffend zu modellieren gilt. Welche Fähigkeiten haben die Akteure, im Sinn von welche Strategien können sie verfolgen? Und wie schätzen sie die Erreichbarkeit möglicher Ergebnisse ein, im Sinn einer Gewinnausschüttung? Weniger spieltheoretisch ausgedrückt geht es darum, das Konfliktniveau zu erfassen und zu eruieren, wie kompatibel die jeweiligen Strategien und bevorzugten Ergebnisse sind.

Unter *Interaktionsformen* sind jene (Ver-)Handlungsweisen zu verstehen, die den Akteuren für die Problemlösung zu Verfügung stehen. Es gibt deren vier, die an dieser Stelle gemäss Treibs (2015: 288–291) konziser Zusammenfassung kurz vorgestellt werden:

- 1) *Einseitiges Handeln*. Die beteiligten Akteure können grundsätzlich je ihre egoistischen Entscheidungen umsetzen, ohne die Interessen der anderen Teilnehmenden berücksichtigen zu müssen. Daher ist die Problemlösungsfähigkeit tief.
- 2) *Verhandeln unter Einstimmigkeit*. Da jede Partei ein Veto hat, ist diese Art der Verhandlungen mit hohen Transaktionskosten verbunden, insbesondere wenn viele Akteure beteiligt sind und wenn Verteilungsfragen gelöst werden müssen. Namentlich dann kann eine Lösung gefunden werden, wenn die Verhandlungssituation die Form eines Assurance-Spiels, Battle of the Sexes oder sogar Gefangenendilemmas annimmt.⁸ Vorteilhaft ist, wenn die Akteure dauerhaft und auch in anderen Kontexten zusammenkommen und somit die Verhandlungen in einem netzwerkförmigen Kontext stattfinden. Es ist auch von Vorteil, wenn Sach- und Verteilfragen getrennt werden können, um das sogenannte Verhandlungsdilemma⁹ zu entschärfen. *Mehrheitsentscheidung*. Sie ist eine Unterform der hierarchischen Steuerung und kennt kein Veto. Es braucht allgemein akzeptierte Regeln und Strukturen, damit die Entscheide auch von einer benachteiligten Minderheit akzeptiert werden. Grundsätzlich sind diese Anforderungen typischerweise in Verbänden und Parlamenten gegeben. Die Umsetzung von Mehrheitsentscheiden kann unter Umständen Schwierigkeiten verursachen (Scharpf 2000: 199–201).
- 3) *Hierarchische Steuerung*. Ihre institutionellen Anforderungen sind am höchsten. Einseitige Entscheidungen müssen von allen akzeptiert werden (Legitimation) und notfalls mit Zwang durchgesetzt werden können (staatliche Herrschaftsgewalt). Grundsätzlich ist die hierarchische

8 Für eine Kürzestbeschreibung der vier Spielkonstellationen siehe Treib (2015: 284–286), für eine ausführlichere Beschreibung siehe Scharpf (2000: 131–141).

9 Unter Verhandlungsdilemma versteht man den inneren Konflikt, in dem die Beteiligten sind: Soll man eine kooperative Strategie wählen, um ein möglichst gutes Gesamtergebnis zu erreichen (Positivsummenspiele/Kaldor-Optimum) oder eine Eigennutzstrategie, um bei Verteilfragen möglichst gut wegzukommen (Nullsummenspiele/Pareto-Optimum) (Sager 2002: 36ff.; Scharpf 2000: 211)?

Steuerung auch in sehr konfliktiven Situationen zu verteilungsgerechten Lösungen fähig, sofern die staatlichen Akteure gemeinwohlorientiert handeln und Verteilungsgerechtigkeit anstreben.

Allerdings beeinflusst der institutionelle Kontext, welche Interaktionsformen tatsächlich zum Zug kommen können. So lässt sich der *institutionelle Kontext* bezogen auf die Interaktionsformen auf folgende vier Situationen reduzieren: (1) anarchische Felder und minimale Institutionen, (2) Netzwerke, Regime und Zwangsverhandlungssysteme, (3) Verbände und repräsentative Versammlungen und (4) hierarchische Organisationen und der Staat (Scharpf 2000: 91). Diese jeweiligen institutionellen Kontexte erachtet er als Vorbedingung für verschiedene Interaktionsformen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 Interaktionsformen und institutioneller Kontext im akteurzentrierten Institutionalismus

	Institutioneller Kontext				Beispiel aus Spitalbereich
	Anarchisches Feld, minimale Institutionen	Netzwerk	Verband	Hierarchische Organisation, Staat	
Einseitiges Handeln	X	X	X	X	Zusenden von Planungsberichten
Verhandlung (einstimmig)	(X)	X	X	X	Staatsverträge zw. Kantonen
Mehrheitsentscheidung			X	X	GDK-Empfehlungen
Hierarchische Steuerung				X	Gesetzliche Verpflichtung der Kantone zur Spitalplanung

Quelle: Darstellung nach Scharpf (2000: 91).

So ist in einem anarchischen Feld primär einseitiges Handeln möglich, denkbar sind auch Verhandlungen. Die Netzwerke, Regime oder Zwangsverhandlungssysteme können ebenfalls entweder einseitig handeln oder verhandeln. Einem Verband stehen das einseitige Handeln, Verhandlungen und Mehrheitsentscheidungen als Interaktionsrepertoire zur Verfügung. Damit auch hierarchische Steuerung möglich ist, braucht es als institutionellen Kontext eine hierarchische Organisation oder den Staat. Je anspruchsvoller die Interaktionsform – wenn Entscheide allenfalls gegen eine Minderheit durchgesetzt werden müssen – desto stärker muss die Institution sein, um die Entscheidung gegen Widerstand umsetzen zu können.

Darüber hinaus gibt es eine Art fünfte Interaktionsform das *Verhandeln im Schatten der Hierarchie* (ausführlich dazu Börzel 2008). Darunter versteht man im

AZI konsensorientierte Interaktionsformen, die zum Zug kommen, obschon die institutionellen Strukturen Mehrheitsentscheide oder hierarchische Steuerung offiziell zulassen würden, also eine Abweichung zwischen «institutionell vorhandenen Autoritätsstrukturen und tatsächlich eingesetzten Koordinationsmechanismen» (Treib 2015: 290). Verhandlungen im Schatten der Hierarchie sind besonders effektiv, wenn Verbände oder andere Betroffene in den Politikprozess mit einbezogen werden, weil damit das Informationsproblem gelöst werden kann, das bei zentralen, hierarchisch gefällten Entscheidungen oftmals besteht. Die Drohung mit staatlichen, autoritativen Lösungen hilft, die Transaktions- und Verhandlungskosten niedrig zu halten und gemeinwohlorientierte und (verteilungs-)gerechte Lösungen zu erzielen (Scharpf 2000: 323–335; Treib 2015: 290 f.).

Zusammenfassend ist es eine Leistung des AZI, dass er die Interaktionsformen mit dem institutionellen Rahmen verknüpft. Dies ermöglicht es, eine Verhandlungssituation besser zu verstehen und unter Berücksichtigung des institutionellen Rahmens zu erfassen, ob die Konstellation für erfolgreiche Verhandlungsergebnisse überhaupt gegeben ist. Dank Verhandlungen und dadurch koordinierten Lösungen können Wohlfahrtseinbussen vermieden werden, die bei einseitigem Handeln fast zwangsläufig auftreten (Scharpf 2000: 197). In freiwilligen Verhandlungen sind dem Coase-Theorem zufolge sogar Wohlfahrtsgewinne möglich: Das setzt jedoch voraus, dass die verschiedenen Akteure rational und vollständig informiert sind, keine Transaktionskosten anfallen und Ausgleichszahlungen oder Paketlösungen möglich sind. Diese Annahmen sind allerdings reichlich illusorisch. In der Realität sind Verhandlungsteilnehmende mit einer Reihe von Problemen konfrontiert, bevor sie überhaupt Ergebnisse erreichen können, die dem Coase-Theorem entsprechen. Unter anderem müssen sie Vereinbarungen erst aushandeln, um dann sicherzustellen, dass die Verhandlungsergebnisse tatsächlich umgesetzt werden (Scharpf 2000: 199).¹⁰

In der Spitalplanung der Kantone geht es vor allem um die horizontale Kooperation im institutionellen Setting des Schweizer Föderalismus. Bezogen auf die drei Kooperationsstufen sehen wir im Spitalbereich diverse Interaktionsformen. Einseitiges Handeln finden wir vor allem auf der Stufe Informationsaustausch, allenfalls auch auf der Stufe der Koordination (z. B. im Bereich der einseitigen Übernahme von Standards). Verhandlungen kommen – ganz klassisch – zwischen einzelnen Kantonen zum Zug, wenn sie zusammenarbeiten; sei dies in Form einer zweiseitigen Koordination oder einer Kollaboration. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz als wichtigstes Forum zur Abstimmung kantonaler

10 Mögliche Umsetzungsprobleme werden von den Verhandlungsteilnehmern oftmals antizipiert und müssen daher ebenfalls in den Verhandlungen gelöst werden. Wenn die Umsetzung als Austausch verstanden werden kann, könnte es zu Problemen kommen, indem nur eine Seite liefert und die andere profitiert, ohne ihren Beitrag zu leisten (beispielsweise reduziert nur eine Seite ihre Umweltmissionen, aber auch die andere profitiert von der besseren Luft). Erfordert die Umsetzung eine gemeinsame Produktion, ist sie weniger problematisch. So profitieren beide erst, wenn jeder seinen Beitrag geleistet hat (z. B. die Errichtung einer gemeinsamen Müllverbrennungsanlage) (Scharpf 2000: 199 ff.).

Gesundheitspolitiken ist formell ein Verband, der mit einfacher Mehrheit entscheidet. In Bezug auf die interkantonale horizontale Kooperation im Spitalbereich hat die 2018 zwar gemäss Statuten die Möglichkeit, Empfehlungen und Richtlinien mit einfacher Mehrheit zu verabschieden (GDK 2003, Art. 5 Abs. 4), die Umsetzung kann sie aber nicht erzwingen. Für das Aufstellen verbindlicher Regeln für die Spitalplanung fehlt der GDK deshalb die Kompetenz. Entsprechend verhält sich die GDK in ihren koordinativen Bestrebungen eher wie ein Netzwerk, denn tatsächlich wie ein Verband und kann nur bedingt auf Mehrheitsentscheidungen zurückgreifen (E. Marty, pers. Kommunikation, 27.1.2009). Es stellt sich die Frage, ob die Koordinationsbemühungen auf Stufe der GDK als Verhandlungen im Schatten der Hierarchie zu verstehen sind. Allerdings ist dieser Schatten der Hierarchie nur dünn, denn dem Bund fehlen im Bereich der Spitalplanung zum aktuellen Zeitpunkt die gesetzlichen Kompetenzen, um sich einzumischen. Ebenso gibt es keine Förderprogramme oder Ähnliches, welche es dem Bund erlauben würden, über positive Anreize steuernd einzugreifen, wie dies in anderen Bereichen oftmals der Fall ist (für Prämienverbilligungen vgl. Balthasar 2003). Einen kleinen Schatten der Hierarchie wirft er trotzdem. Aufgrund der ziemlich dynamischen Verfassung – man denke an die zahlreichen Änderungen durch Volksinitiativen – müssen die Kantone die bundespolitische Grosswetterlage im Auge behalten. Die Schaffung einer neuen Bundeskompetenz wäre nicht ausgeschlossen, sollte die gesetzlich angestrebte interkantonale Koordination vollkommen verfehlt werden.¹¹

Als Erklärungsfaktor für allfällige Unterschiede in Kooperationsverhalten und -beziehungen der Kantone sind die Interaktionsformen und die institutionellen Kontexte in Scharpf'schem Verständnis letztlich nebensächlich, weil ihre Vielfalt innerhalb der Forschungsanlage einigermaßen limitiert ist. Hingegen sind die Kategorien des AZI für das allgemeine Problemverständnis hilfreich. Insbesondere ist es von Interesse, genauer zu analysieren, welche Akteure aufeinandertreffen und wie ihre je individuellen Interessen sich ergänzen oder eben nicht. Deshalb erfolgt eine genauere Einschätzung der Kooperationssituation in der Begrifflichkeit des AZI im Rahmen von Kapitel 2.3. Um Unterschiede besser erklären zu können, wird in Kapitel 3 weitere Literatur hinzugezogen, die sich mit anderen Determinanten von Kooperation beschäftigt.

11 Hinweise darauf liefert die Expertenempfehlung, dass die Spitalversorgungsplanung regional erfolgen müsse (Massnahme M14) und die Expertengruppe diese als prioritäre Kostendämpfungsmassnahme bezeichnet (EDI 2017: 54f.). In der Ankündigung einer gemeinsamen Ostschweizer Spitalplanung erachten die fünf Ostschweizer Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren ein Eingreifen der Bundesebene in die Spitalplanungskompetenz der Kantone als reelle Gefahr (Hehli 2020a).

2.2 Die Spitalplanung und ihr Kontext

Nachdem der Kooperationsbegriff geklärt wurde, gilt es einleitend auch den Spitalplanungsbegriff zu definieren. Unter Spitalplanung werden je nach Kontext verschiedene Aktivitäten und Aufgaben verstanden. In der Schweiz haben die Kantone den gesetzlichen Auftrag, mit einer Spitalplanung sicherzustellen, dass die Wohnbevölkerung eine bedarfsgerechte, stationäre Gesundheitsversorgung vorfindet (Art. 39 Abs. 1 lit. D KVG bzw. Art. 58a Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]). Darauf aufbauend verstehe ich in diesem Buch alle Aktivitäten der Kantonsregierungen und ihren Verwaltungen als der Spitalplanung zugehörig, welche die stationäre Versorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen sollen. Dies schliesst nebst der Angebots- und Bedarfserhebung, der Versorgungsplanung und dem Erstellen von Spitallisten – der Spitalplanung im engeren Sinn – auch die Planung interkantonaler Spitalregionen oder -verbunde mit ein, ebenso die staatsvertraglichen und planerischen Aspekte von interkantonalen Spitälern wie dem Hôpital intercantonal de la Broye und dem Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais. Das eigentliche Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen, die operative Tätigkeit, zähle ich nicht dazu, auch wenn diese in einer interkantonalen Kooperation erbracht werden. Schliesslich nimmt die kantonale Politik und Verwaltung auf den operativen Bereich meistens kaum Einfluss.

Um die interkantonale Zusammenarbeit in der Spitalplanung und -versorgung zu verstehen, ist es wichtig, den weiteren Kontext in den Grundzügen zu kennen. Wie ist das Schweizer Gesundheitssystem aufgebaut und welche Funktion hat die Spitalplanung? Wer übernimmt welche Aufgaben und hat welche Kompetenzen? Es würde den Rahmen sprengen, an dieser Stelle das Schweizer Gesundheitssystem umfassend darzustellen.¹² Dieses Kapitel soll einen Einblick in das Gesundheitssystem der Schweiz geben. Es stellt die wichtigsten Merkmale und Besonderheiten dar, die für die komplexe Problemlage wesentlich sind und zeigt den Kontext auf, in dem sich die Koordinations- und Kooperationsbemühungen abspielen. Das Ziel ist, der Leserschaft ein besseres Verständnis des Forschungsgegenstands und der Problemlage zu vermitteln. Im Wesentlichen geht es darum, durch den Föderalismus bedingte Besonderheiten wie die Kleinarumigkeit und die Kompetenzverteilung zwischen den unterschiedlichen Staatsebenen zu klären, die Entstehung und Entwicklung des Krankenversicherungsgesetzes nachzuzeichnen und insbesondere die KVG-Reform von 2007 mit der neuen Spitalfinanzierung von 2012 zu diskutieren. In diesem Rahmen soll auch aufgezeigt werden, wie der Koordinationsartikel 39 Abs. 2 Eingang ins KVG fand. Die Entstehungsgeschichte des KVG gibt ebenfalls Hinweise darauf, warum das Schweizer Gesundheitssystem von Anfang an stark durch privatwirtschaftliche Akteure (Krankenversicherungen u. a.) geprägt ist und noch heute einen beson-

12 Einen detaillierten Überblick über die Akteure und verschiedenen Facetten des Gesundheitssystems bietet das regelmässig überarbeitete Buch «Gesundheitswesen Schweiz» (Kocher und Oggier 2010; Oggier 2015a).

deren Mix aus wettbewerblichen und planwirtschaftlichen Elementen aufweist. Auf diesen Grundlagen aufbauend stellt Kapitel 2.3 die Komplexität der Kooperationsituation mit Hilfe des akteurzentrierten Institutionalismus dar.

2.2.1 Fragmentiert und föderal geprägt: Eigenheiten des Schweizer Gesundheitssystems

Das Schweizer Gesundheitssystem ist hoch fragmentiert, die Zuständigkeiten der Staatsebenen überschneiden sich teilweise und privaten Akteuren kommt eine starke Stellung zu. Dabei liefert es eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung, ist aber insgesamt sehr teuer (OECD und WHO 2011). Zudem wird das schweizerische Gesundheitssystem gemeinhin als ein eher marktwirtschaftliches System (Kocher 2010: 141) mit planwirtschaftlichen Elementen bezeichnet (Biersack 2005: 207). Crivelli und Salari (2014: 156) heben ebenfalls den hybriden Charakter hervor und sprechen von einem Krankenversicherungsmodell, das atypische Züge aufweise und irgendwo zwischen Privat- und Sozialversicherung liege und als zweite Säule eine starke Dezentralisierung aufweise. Die 26 Kantone haben weitreichende Kompetenzen in der Gesundheitspolitik. So sind sie dafür verantwortlich, für ein ausreichendes Angebot in der stationären Gesundheitsversorgung zu sorgen. Die kantonale Zuständigkeit führte historisch zu einer Spitallandschaft mit vielen kleinen, über das ganze Land verteilten Spitälern. Gemäss PWC (2018: 8) fallen die Schweizer Spitalstandorte in der Akutsummatik mit durchschnittlich unter 100 Betten im internationalen Vergleich klein aus. Die Schweiz zählte 2018 insgesamt 280 Spitalbetriebe (in allen medizinischen Bereichen) verteilt auf 579 Standorte (BFS 2020a). 2016 waren es nur in der Akutsummatik 163 Betriebe an 235 Standorten (PWC 2018: 8). Die obligatorische Krankenversicherung übernehmen private Krankenversicherungsanbieter in einem System des regulierten Wettbewerbs (OECD und WHO 2011; Rüfli et al. 2015), in dem die Versicherten frei zwischen den konkurrierenden Anbietern wählen können. Die Bundesebene setzt den rechtlichen Rahmen. Mit dem Krankenversicherungsgesetz und den dazugehörigen Verordnungen gibt der Bund die Abdeckung vor (z.B. Leistungskatalog) und reguliert den Wettbewerb innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eng.¹³

Diese Mischung aus privater und sozialer Krankenversicherungslösung zeigt sich auch in der Finanzierung. Krankenversicherer, die Kantone und die Einwohnerinnen und Einwohner kommen gemeinsam für die Gesundheitskosten auf. Indem die Einwohnerinnen und Einwohner die einkommensun-

13 Die gedeckten Leistungen sind umfassend, die Mitfinanzierung der Versicherten aber auch (OECD und WHO 2011). Zusätzlich zu den Krankenkassenprämien zahlen die Versicherten innerhalb der Franchise die Behandlungskosten selbst. Die Franchise ist der Betrag, den Versicherte selber zahlen müssen, bis die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Die Höhe ist wählbar und liegt für Erwachsene zwischen 300 und 2500 CHF. Bei Behandlungen, die die Franchise übersteigen, kommen sie für einen Selbstbehalt von typischerweise zehn Prozent auf. Zahnärztliche Leistungen deckt die OKP nicht.

abhängige Pro-Kopf-Prämie zahlen, erhalten sie Zugang zur OKP. Im Vergleich mit den OECD-Ländern zahlen die Schweizer Versicherten einen hohen Anteil der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche (OECD und WHO 2011: 35). Das KVG verpflichtet die Kantone, zur sozialen Abfederung Prämienverbilligungen für Menschen mit geringem Einkommen auszurichten. In der Umsetzung zeigen sich grosse kantonale Unterschiede (Balthasar 2003; Crivelli et al. 2007). Der konkrete Finanzierungsschlüssel hängt von der Art der Gesundheitsleistungen – wie ambulant, stationär oder Altenpflege – ab. Bei ambulanten Gesundheitsleistungen übernehmen die Krankenversicherer die Kosten, wenn sie in den Bereich der OKP fallen und über die Franchise der Versicherten hinausgehen (siehe Fussnote 7). Der Patient oder die Patientin zahlt den Selbstbehalt. Bei stationären Gesundheitsleistungen teilen sich Kantone und Krankenversicherer die meisten Kosten. Wiederum zahlt der Patient oder die Patientin die Kosten bis zur Franchise selbst und von da an noch den Selbstbehalt. Die jährliche Kostenbeteiligung des Patienten oder der Patientin zusätzlich zur Franchise (ambulant und stationär zusammengefasst) ist gesetzlich plafoniert auf aktuell 700 Schweizerfranken für Erwachsene und 350 Schweizerfranken für Kinder (Art. 103 KVV).

Die kleinräumige Struktur des Schweizer Gesundheitswesens ist stark durch den Föderalismus geprägt (Kocher 2010: 133f.; OECD und WHO 2011: 12). Tabelle 4 bietet eine Übersicht zur Kompetenzverteilung. Ganz in der Tradition der Subsidiarität sind die Kantone für zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung zuständig, namentlich für die Gewährleistung einer ausreichenden Spital- und Pflegeversorgung (in Pflegeheimen oder zu Hause), für psychiatrische Dienste, Notfallversorgung und das Rettungswesen. Ausserdem sind sie für die Zulassung und die Aufsicht der ambulanten Leistungserbringer zuständig, nehmen gesundheitspolizeiliche Aufgaben wahr, regeln die Abgabe von Heilmitteln, sind Träger der Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich und kümmern sich um die Prävention und Patientenrechte (Rüefli et al. 2015: 119). Der Bund hingegen nimmt vor allem regulatorische Aufgaben wahr in der Reproduktions- und Transplantationsmedizin, der medizinischen Forschung und Gentechnologie sowie in der Aus- und Weiterbildung von akademischen und nichtakademischen Gesundheitsberufen. Ausserdem reguliert und beaufsichtigt der Bund die Sozialversicherungen, insbesondere die Kranken- und die Unfallversicherung, aber auch die Zusatzversicherungen. Zudem ist der Bund zusammen mit den Kantonen in der Prävention und im Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsrisiken aktiv. Zum Beispiel bekämpft er Sucht und übertragbare Krankheiten, hat Überwachungsaufgaben in Bezug auf Betäubungs- und Heilmittel, Sera und Impfstoffe, Strahlen, Chemikalien, Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Rüefli et al. 2015: 118). Auch die Gemeinden übernehmen Gesundheitsaufgaben. Diese hängen von den innerkantonalen Regelungen und der Gemeindegrösse ab. Typischerweise sind sie für die Gewährleistung der Alterspflege (Alters- und Pflegeheime, Spitex) zuständig. Sie können aber auch Träger eines Spitals sein, und

in den letzten Jahren werden einige Gemeinden zudem vermehrt in der Sicherstellung der (haus-)ärztlichen Grundversorgung aktiv (Rüefli et al. 2015: 121).

Tabelle 4 Kompetenz- und Rollenverteilung in der Gesundheitspolitik

	Kompetenzbereich
Bund	Prävention und Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsrisiken: Bekämpfung von Sucht und übertragbaren Krankheiten; Überwachung in den Bereichen Betäubungsmittel, Heilmittel, Sera und Impfstoffe, Strahlen, Chemikalien, Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände Regulierung der Reproduktions- und Transplantationsmedizin, der medizinischen Forschung und Gentechnologie Regulierung der akademischen Ausbildung von ÄrztInnen und ApothekerInnen sowie der Aus- und Weiterbildung aller nicht universitären Gesundheitsberufe Regulierung und Aufsicht der Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Unfallversicherung usw.) und der Zusatzversicherungen
Kantone	Gestaltung und Umsetzung der eigenen kantonalen Gesundheitspolitik Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Spitäler und Pflegeheime (inkl. Bau und Betrieb), Pflege zu Hause, psychiatrische Dienste, Notfallversorgung und Rettungswesen usw. Zulassung und Aufsicht ambulanter Leistungserbringer Gesundheitspolizeiliche Aufgaben (Hygiene, Impfungen) Regelung der Abgabe von Heilmitteln Trägerschaft der Bildungsinstitutionen im Gesundheitsbereich Prävention Patientenrechte Vollzug bundesrechtlicher Vorgaben, insbesondere in den Bereichen Krankenversicherung: Prämienverbilligung, Spitalplanung, Mitfinanzierung der stationären Versorgung, Zulassungssteuerung, Genehmigung von Tarifen und Qualitätssicherungsmaßnahmen etc. Gesundheitsschutz Berufsbildung
Gemeinden	Rollenverteilung hängt von der je nach Kanton unterschiedlichen Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinde ab. Typische Aufgaben sind Sicherstellung der Alters- und Heimpflege (Pflegeheime, Spitex) Möglichkeit zur (Mit-)Trägerschaft eines Spitals, je nach Gemeindegrösse Aktivitäten zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung

Quelle: Darstellung nach Rüefli et al. (2015: 118ff.), Aufzählung zu Bund und Kantonen wörtlich übernommen.

Die Übersicht in Tabelle 4 verdeutlicht, dass sich die Aufgaben von Bund und Kantonen in vielen Bereichen überschneiden. Dem Bund kommen eher die Rahmengesetzgebung und Aufsicht zu, während die Kantone stärker mit der konkreten Umsetzung betraut sind. Dabei bleibt den Kantonen oftmals viel Spielraum und «die Umsetzung von Bundespolitik [wird] oft wiederum Gegenstand [sic!] kantonalen Politik» (Rüefli et al. 2015: 119). Doch beschränkt sich die kantonale Rolle nicht auf die reine Umsetzung. Die Kantone wirken in der Gestaltung der nationalen Gesundheitspolitik mit, indem sie sich an Vernehmlassungen oder anderen vorparlamentarischen Verfahren beteiligen (Rüefli et al. 2015: 119). Insgesamt sind die Zuständigkeiten im Schweizer Gesundheitswesen stark zwischen den drei Ebenen verflochten. Die kantonalen Kompetenzen sind umfas-

send, insbesondere in der Gesundheits- und Spitalversorgung, auf die der Bund nur begrenzt Einfluss nehmen kann. So gibt es auf nationaler Ebene kein Gesundheitsgesetz zur Steuerung der Gesundheitspolitik, während die meisten Kantone ein solches kennen. Am ehesten füllt diese Lücke das Krankenversicherungsgesetz, das Vorschriften weit über die eigentliche Regelung der Krankenversicherungen hinaus enthält. Der Bund nimmt zunehmend stärkeren Einfluss, indem er vermehrt in der Rahmengesetzgebung aktiv ist (Kocher 2010). Um der wachsenden Aufgabenverflechtung gerecht zu werden, arbeiten der Bund und die Kantone zusammen. Seit 2003 besteht mit dem «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» ein Gefäss zum Informationsaustausch, zur Diskussion von gesundheitspolitischen Anliegen usw., aus dem diverse gemeinsame Aktivitäten und Strategien hervorgegangen sind (für eine ausführliche Darstellung der Ziele und Aufgaben siehe Rüefli et al. 2015: 120f.).

Innerhalb der kantonalen gesundheitspolitischen Zuständigkeit haben die Kantone verschiedene Formen der Zusammenarbeit entwickelt, «um gemeinsam erkannte Aufgaben kostengünstiger und effizienter erbringen zu können, ohne dabei ihre Autonomie aufzugeben» (Rüefli et al. 2015: 119). Hierbei ist die bereits erwähnte und 1919 gegründete Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren die wichtigste Organisation. Formal ist sie ein Verein (Statuten GDK 2003). Ihre Schwerpunktthemen umfassen:

- « › Krankenversicherung: Prämienverbilligung, Vollzugsfragen (Spitalfinanzierung, Spital- und Psychiatrieplanung, Qualitätssicherung und Health Technology Assessment)
- › Gesundheitsberufe: Aus- und Weiterbildung für universitäre Medizinalberufe und nicht-universitäre Gesundheitsberufe
- › Koordination der hochspezialisierten Medizin¹⁴
- › medizinische Grundversorgung: neue Versorgungsmodelle, Notfalldienst, Praxisassistenten
- › Gesundheitsförderung und Prävention: übertragbare Krankheiten, Ernährung und Bewegung, Alkohol, Tabak, psychische Gesundheit, Migration und Gesundheit
- › gemeinsam mit dem Bund getragenen Strategien: Demenz, eHealth, Krebs, Palliative Care, nichtübertragbare Krankheiten.»

(Rüefli et al. 2015: 119f.)

Die GDK bietet den Kantonen also namentlich die Möglichkeit, gemeinsam an der Umsetzung der KVG-Änderungen zu arbeiten. Dies tut sie, indem sie Leitfäden oder Empfehlungen erarbeitet, beispielsweise im Rahmen der Kommission «Vollzug KVG». Im konkreten Fall gab sie bereits 2005, noch während der laufenden Gesetzesarbeiten, den «Leitfaden für eine leistungsorientierte Spitalplanung» (GDK 2005) heraus. Die «Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung» von

14 Dabei ist anzumerken, dass die interkantonale Zusammenarbeit namentlich in den Bereichen Spitzenmedizin und Koordination der Spitalplanung gesetzlich vorgeschrieben ist.

2009 nahmen die KVG-Änderungen aus der Revision zur Spitalfinanzierung von 2007 auf. Eine totalrevidierte Fassung erschien 2018, um die ersten Erfahrungen und Gerichtsurteile zu berücksichtigen (GDK 2018). Folglich leistet die GDK mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Harmonisierung des Spitalplanungsvorgehens in den Kantonen.

Nichtstaatliche Akteure spielen im schweizerischen, liberal geprägten Gesundheitssystem eine ausnehmend wichtige Rolle (Achtermann und Berset 2006: 38 ff.), denn in einem gelenkten Wettbewerb sollen staatliche Akteure hauptsächlich den gesetzlichen Rahmen festlegen, steuern und lenken, während die Erbringung von Gesundheitsleistungen an vorwiegend private oder zivilgesellschaftliche Akteure übertragen ist, die untereinander im Wettbewerb stehen (Rüefli et al. 2015: 121 f.). Allerdings sind zahlreiche Spitäler in öffentlicher Hand. Viele von ihnen wurden in den letzten Jahren verselbständigt, sodass sie von der Politik unabhängiger sind und besser auf den Wettbewerb reagieren können – so das Ziel (Berger et al. 2015: 395 f.; LU 2005: 2 f.). Die Spitalplanung stellt im Gegensatz zur Erbringung von Gesundheitsleistungen einen hoheitlichen Bereich dar, in dem private Akteure eher eine untergeordnete Rolle spielen und vor allem im Vernehmlassungsverfahren berücksichtigt werden.¹⁵ In anderen Bereichen sind sie hingegen am Vollzug von Bundesaufgaben beteiligt, beispielsweise in der Finanzierung, der Tarifsetzung, der Berufsbildung oder in der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (Rüefli et al. 2015: 121). Die Krankenversicherer beispielsweise finanzieren das ambulante Gesundheitsangebot und 45 Prozent der stationären Gesundheitskosten. Sie verhandeln mit den Leistungserbringern (z.B. Ärztinnen, Apothekern, Chiropraktorinnen, Spitälern, Pflegeheimen usw.) über die Preise. Beide Seiten können sich zu Verbänden zusammenschliessen, um diese Verhandlungen zu führen. Der Vertrag muss durch die zuständige Behörde (je nachdem Bund oder Kanton) genehmigt werden. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, ist bei Strukturfragen der Bundesrat und bei Preisfragen die Kantonsregierung für die Tarifsetzung zuständig (Caminada et al. 2015: 430 f.).

Dieser kursorische Überblick über die Zuständigkeiten und Akteure im schweizerischen Gesundheitssystem illustriert, was die Besonderheiten sind: Die Kompetenzverteilung ist durch den Föderalismus geprägt. Einerseits sind die Aufgaben mehrheitlich so verteilt, dass der Bund die Rahmenbedingungen festlegt, während die Kantone die Bundesvorgaben umsetzen und stärker operativ tätig sind. Bei der Umsetzung bleibt ihnen ein beachtlicher Handlungsspielraum. Die Kantone arbeiten bei der Aufgabenerfüllung in zahlreichen Bereichen zusammen, was auch mit der kleinteiligen Struktur der Schweiz zusammenhängt. Ein Bericht zu den Gesundheitspolitiken in der Schweiz auf Kantons- und Bundesebene förderte schon vor der KVG-Reform folgende Gründe als Auslöser interkantonaler Zusammenarbeit zutage:

15 Zusammen mit anderen Interessenvertretern und Verbänden erhalten die Krankenkassenverbände im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens Gelegenheit, Stellung zu nehmen.

- «1) Vitales Interesse an einer grenzüberschreitenden Koordination insbesondere im Gesundheitsschutz (Netzwerke von Kantonsärzten, Kantonsapothekern, Kantonschemikern etc.) [...]
- 2) Bereitstellung öffentlicher Gesundheitsleistungen von hoher Qualität, sofern die Koordination günstiger ist als der Alleingang («Skalenökonomie») [...]
- 3) Gemeinsame kulturelle Basis (z. B. für gemeinsame Strategien) [...]
- 4) Bedarf nach Rechtsvereinheitlichung oder schweizweiter Koordination, ohne die Kompetenz an den Bund übertragen zu wollen (z. B. Spitzenmedizin, allerdings droht der Bund bei Nicht-Einigung mit Kompetenzentzug) [...]
- 5) Gemeinsame Vertretung von kantonalen Standpunkten gegenüber dem Bund [...]
- 6) Umsetzung von Bundesgesetzgebung (z.B. Ausführungsbestimmungen bei Änderungen des KVG) [...]
- 7) Gesetzliche Pflicht zur Zusammenarbeit.»

(Achtermann und Berset 2006: 74 f.; kursiv gesetzte Passagen sind Anmerkungen der Autorin oder indirekte Zitate derselben Quelle)

Andererseits besteht aber auch eine Verflechtung der Aufgaben und die Kantone haben verschiedene Mitwirkungsrechte und -möglichkeiten bei der nationalen Politikformulierung und bei der Entscheidungsfindung. Überdies ist das schweizerische Gesundheitssystem geprägt von einer Mischung aus staatlicher Lenkung und marktwirtschaftlichem Wettbewerb. «Dieses korporatistische Muster der Aufgabenteilung zwischen staatlichen und privaten Akteuren hat in Verbindung mit den direktdemokratischen Instrumenten des politischen Systems der Schweiz (Referendum und Volksinitiative) einen grossen politischen Einfluss privater Verbände zur Folge» (Rüefli et al. 2015: 122). Damit bewegt sich die interkantonale Zusammenarbeit im Spitalbereich und in der Spitalplanung in einem komplexen Umfeld mit vielen betroffenen Akteuren und fragmentierten Zuständigkeiten. Umso spannender ist es, wie die zuständigen Kantone mit ihrer Aufgabe umgehen, die Spitalversorgung zu planen und dies auch noch interkantonal zu koordinieren.

2.2.2 Die Spitalplanung als kantonale Aufgabe – die gesetzlichen Grundlagen seit der Reform von 2007

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung verpflichtet die Kantone seit 1996 zu einer Spitalplanung (Bundesrat 2013: 1). Diese soll sicherstellen, dass die Wohnbevölkerung eine bedarfsgerechte, stationäre Gesundheitsversorgung vorfindet (Art. 39 Abs. 1 lit. D KVG bzw. Art. 58a Abs. 1 KVV). Die Spitalplanung besteht typischerweise aus Berichten, welche die Versorgungslage, den aktuellen und den prognostizierten Bedarf dokumentieren. Basierend auf diesen Analysen der Bedarfs- und Versorgungssituation erstellen die Kantone die Spitallisten. Diese legen fest, welche Spitäler welche Behandlungen zulasten der OKP

abrechnen dürfen und folglich öffentliche Gelder in Form von Kantonsbeiträgen erhalten. Mit ihnen schliessen die Kantone Leistungsverträge ab.

Mit der Reform von 2007 geben das KVG und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) auch gewisse übergeordnete Planungskriterien vor (Indra et al. 2015: 230). Die Planung soll beispielsweise periodisch überprüft (Art. 58a Abs. 2 KVV)¹⁶ und – wie bereits mehrfach erwähnt – zwischen den Kantonen koordiniert werden (Art. 39 Abs. 2 KVG). Art. 58b KVV regelt verschiedene Aspekte der Versorgungsplanung, wie zum Beispiel dass die Kantone dazu den Bedarf erheben und das beanspruchte Angebot ermitteln müssen. Ausserdem nennt der Artikel nichtabschliessend Kriterien zur Auswahl der Leistungserbringer, nämlich die Wirtschaftlichkeit und Qualität, die Erreichbarkeit durch die Patientinnen und Patienten sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung, den Leistungsauftrag zu erfüllen. Jedoch fehlen weitere Angaben, wie diese Kriterien genau definiert oder gemessen werden sollen. Art. 58c KVV regelt die Art der Planung. Für die Akutsomatik muss diese leistungsorientiert erfolgen, während sie in Psychiatrie und Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgen kann. Pflegeheime werden kapazitätsbezogen beplant. Zur interkantonalen Koordination der Spitalplanungen spezifiziert Art. 58d KVV, dass die Patientenströme analysiert und mit den betroffenen Kantonen ausgetauscht werden müssen. Ausserdem müssen Planungsmassnahmen mit anderen Kantonen koordiniert werden, wenn diese Massnahmen deren Versorgungssituation betreffen. Auch hier wird nicht weiter spezifiziert, wann ein Kanton betroffen ist. Art. 58e KVV steckt den Rahmen für die Spitalisten und Leistungsverträge ab. Insbesondere wird festgehalten, dass die Kantone eine Liste mit inner- und ausserkantonalen Leistungserbringern zu führen haben, die zusammen das notwendige Angebot sicherstellen. Pro Spital muss das Leistungsspektrum ersichtlich sein und der Leistungsauftrag kann die Pflicht umfassen, einen Notfall zu führen. Insgesamt bleiben die Kriterien oftmals vage.¹⁷

Zusammenfassend verschiebt sich mit der Gesetzesrevision von 2007 der Fokus von der Kapazität auf die Leistung. Und ab 2009 wird die Koordination unter den Kantonen verlangt. Hinzu kommt der Wechsel zu den Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung, die in Kapitel 2.2.4 ausführ-

16 Die Verweise auf die KVV-Artikel in diesem Absatz beziehen sich auf die Fassung der Verordnung Stand 1. Juni 2015. Der 11. Abschnitt zu den Planungskriterien (Artikel 58a bis e) wurde am 22. Oktober 2008 eingefügt und trat per 1. Januar 2009 in Kraft.

17 Mit den per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Anpassungen der Verordnung über die Krankenversicherung liegen inzwischen massgeblich präziserte Vorgaben vor. Art. 58d KVV regelt neu die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Während die Kriterien für die Wirtschaftlichkeit weiterhin offen formuliert sind, liegt mit der überarbeiteten Verordnung ein recht detaillierter Anforderungskatalog hinsichtlich der Qualität vor. Ausserdem präzisiert Art. 58e KVV nun, mit wem die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen und verlangt, dass das Potenzial einer Koordination mit anderen Kantonen in Bezug auf die Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu prüfen sei.

licher behandelt wird. Das sind zahlreiche Änderungen, welche die kantonalen Behörden bewältigen müssen. Die Durchsicht der gesetzlichen Grundlagen der Spitalplanung führt vor Augen, dass die Bestimmungen der Auslegung und Präzisierung bedürfen oder, anders ausgedrückt, den Kantonen einigen Spielraum in der Umsetzung lassen. Wenn die Spielregeln unklar sind und Raum für Interpretationen besteht, eröffnet dies den juristischen Weg für Beschwerden und Gerichtsverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht. Davon wird rege Gebrauch gemacht, wie eine Übersicht der GDK über die Spitalplanung betreffende Gerichtsverfahren zeigt, und zwar sowohl von Gesundheitsdienstleistern als auch von Kantonen selbst (GDK o.J. b).

2.2.3 Die historische Entwicklung des Krankenversicherungsgesetzes

In Ermangelung eines eigentlichen Gesundheitsgesetzes kommt dem Krankenversicherungsgesetz für die Schweizer Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem eine herausragende Bedeutung zu. Seit 1890 besteht der Verfassungsauftrag zur Schaffung einer Kranken- und Unfallversicherung (Leimgruber 2008: 31). Bis das allgemeine Versicherungsobligatorium 1996 eingeführt wird, dauert es indes ein gutes Jahrhundert (siehe Abbildung 4). Allerdings war 1995 die vollständige Abdeckung der Bevölkerung auf freiwilliger Basis beinahe erreicht.¹⁸ Ein Rückblick auf die wechselvolle Entstehungsgeschichte und Entwicklung des KVG verdeutlicht den starken Einfluss, welchen der Föderalismus und früher getroffene Entscheidungen auf die (Weiter-)Entwicklung ausüben und wie von Anfang an um mehrheitsfähige Lösungen und Vorschläge gerungen werden musste.

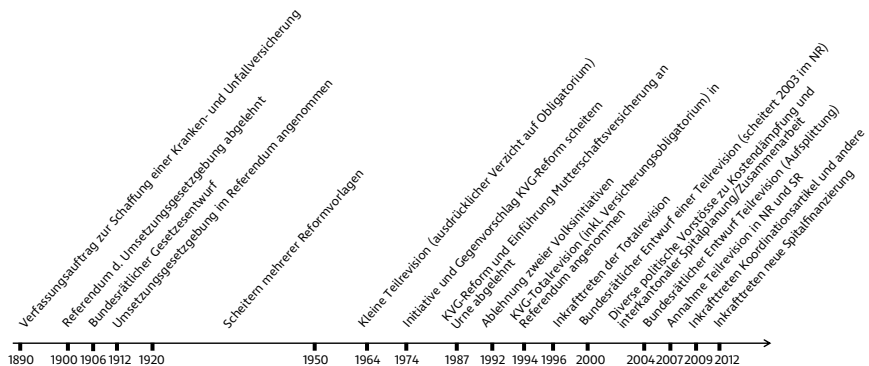
Die Entstehung des Schweizer Gesundheitssystems ist geprägt vom Subsidiaritätsprinzip und dem Zusammenspiel von Staat und marktwirtschaftlichen Akteuren. Die Krankenversicherung und die Entschädigung bei Arbeitsunfällen sind das erste Beispiel für einen Mix aus staatlicher und privater Gewährleistung (Leimgruber 2008: 30), wie er für den Schweizer Sozialstaat typisch ist. Leimgruber (2008: 30ff.) bezeichnet die Einführung des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes 1912 gar als Generalprobe für die Schweizer Rentenpolitik, die mit ihren drei Säulen in einer Mischung aus staatlicher (Alters- und Hinterlassenenversicherung), sozialpartnerschaftlicher (berufliche Vorsorge) und privater Vorsorge mündete.

Das Schweizer Stimmvolk erteilt dem Bund 1890 den ersten Verfassungsauftrag zur Schaffung einer staatlichen Kranken- und Unfallversicherung (Dubach 2010a). Das Ausmass der Leistungen und die Finanzierungsfrage werden jedoch offen gelassen und der Umsetzungsgesetzgebung überantwortet (Leimgruber 2008: 31), womit die eigentlichen Knacknüsse erst folgen. Die erste

18 Das Bundesamt für Sozialversicherungen weist den prozentualen Anteil der Pflegeversicherten an der mittleren ständigen Wohnbevölkerung für das Jahr 1995 mit 100,4% aus (BSV 1997: 10). Grund für den Wert über 100% ist, dass teilweise auch nicht in der Schweiz lebende Personen in der Schweiz versichert sind.

Umsetzungsvorlage sieht ein Kranken- und Unfallversicherungsbobligatorium für alle Unselbständigerwerbenden unter einem bestimmten Jahreseinkommen und die Schaffung staatlicher Krankenkassen vor. Die bereits bestehenden privaten Krankenkassen und gegenseitigen Hilfsgesellschaften sollen ihre Funktion behalten können (Dubach 2010b: 96). Dieser letzte Punkt ist wichtig, denn um 1900 existieren in der Schweiz bereits rund 2000 gegenseitige Hilfsgesellschaften im Gesundheitsbereich, die um ihre Existenz und ihren Einfluss fürchten (Leimgruber 2008: 34f.). Während die mehrfach überarbeitete Vorlage im Parlament letztlich unbestritten ist, aber ohne viel Herzblut vertreten wird, gibt es vielfältige ausserparlamentarische Gegner. Ihre Gegnerschaft hat unterschiedliche Gründe. Bestehende Gesundheitsversicherungen bangen trotz allem um ihre Zukunft. Teile der Arbeiterschaft befürchten, dass ihr Einfluss auf die Sozialpolitik durch den Bedeutungsverlust von gegenseitigen Hilfskassen sinkt. Wirtschaftskreise fürchten die Kosten (insbesondere steigende Zölle, welche vor 1914 eine der Hauptquellen der Bundesfinanzen sind) durch eine eventuelle Verstaatlichung der beruflichen Hilfskassen. Westschweizer liberal-konservative Kreise wiederum sind gegen eine verstärkte Zentralisierung. Letztlich lehnen die Stimmberechtigten die Vorlage nach fast zehnjähriger Entstehungszeit 1900 in der Referendumsabstimmung mit 69,8 Prozent Neinstimmen klar ab (Dubach 2010b: 96). Auch der Gesetzesentwurf des Bundesrats von 1906 ist sehr umkämpft. Um ein erneutes Scheitern zu vermeiden, wird das heftig umstrittene Versicherungsobligatorium aus der Vorlage gestrichen (Dubach 2010c: 115).

Abbildung 4 Zeitliche Entwicklung des KVG bis Inkrafttreten der Teilrevision aus dem Jahr 2007



Was nach dem ersten gescheiterten Entwurf einer Sozialversicherung nach Bismarck'schem Vorbild und nach den parlamentarischen Beratungen ab 1906 bleibt, ist ein liberales Rahmengesetz mit wenig staatlichen Eingriffen (Obinger 1998: 253). Als Resultat bleibt die Krankenversicherung freiwillig, Kantone und Gemeinden können sie aber voll oder teilweise obligatorisch erklären. Kranken-

kassen, die sich freiwillig der Bundesaufsicht unterstellen, erhalten Bundesbeiträge, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllen. Diese Vorlage ist in der Bundesversammlung erneut unbestritten. Der Ständerat nimmt sie einstimmig, der Nationalrat mit 136 zu 12 Stimmen an. Dennoch ergreifen Versicherungskreise zusammen mit Unternehmern und Westschweizer Bürgern und Politikern das Referendum dagegen, allerdings vor allem wegen der Unfallversicherung. Im Februar 1912 heissen 54,4 Prozent der Stimmbevölkerung schliesslich das erste Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) gut. Nein sagen alle Westschweizer Kantone (inkl. Freiburg) sowie die beiden Appenzell und der Thurgau (Dubach 2010c: 115).

Das KUVG markiert den Auftakt zur Einführung weiterer nationaler Sozialversicherungen (Leimgruber 2008: 39). Doch mit der Ablehnung des Versicherungsobligatoriums führt dies zum bis heute bestehenden fragmentierten System der sozialen Absicherung. Denn seit dem Verfassungsauftrag zur Schaffung einer Krankenversicherung und insbesondere zwischen 1900 und 1912 können existierende Kranken- und Unterstützungskassen ihre Stellung konsolidieren, was Reformen oder gar eine Abkehr vom Public-private-Mix mit der starken Stellung privater Anbieter fast verunmöglicht. Die Situation der weiteren Entwicklung schildert Leimgruber (2008: 39, eigene Übersetzung) wie folgt:

Nach 1912 wurden mehrere Versuche, den Umfang der staatlichen Intervention in der Krankenversicherung auszuweiten und eine allgemeine, obligatorische Versicherung einzuführen, entweder vorzeitig abgebrochen oder führten zu geringfügigen Änderungen, die die Architektur des Systems nicht in Frage stellten. Bei all diesen Gelegenheiten erwiesen sich die Verankerung der privaten Krankenversicherer und der Widerstand der Ärzteschaft als unüberwindbare Hindernisse für eine Neugestaltung der Krankenversicherung.

Im Zeitraum von den 1920er bis zu den 1950er Jahren scheitern mehrere Reformversuche (Degen 2008; ausführlich Erni 1980). Erst mit dem ausdrücklichen Verzicht auf eine Totalrevision und das Obligatorium für alle Bevölkerungsschichten kommt 1964 eine kleinere Teilrevision zustande (Erni 1980: 26f.). Doch «die Teilrevision von 1964 war eine dermassen unzureichende Minimalreform, dass schon kurz darauf Begehren laut wurden, die auf eine umfassende Revision der sozialen Krankenversicherung abzielten» (Erni 1980: 46). In den 1970er Jahren werden erneut hitzige Debatten zu möglichen Reformen des KUVG geführt, insbesondere zur Einführung des Versicherungsobligatoriums und der Finanzierung via Lohnprozente, wie es die Volksinitiative «soziale Krankenversicherung» der SP fordert (Degen 2008; Dubach 2010d: 333). Das Parlament erarbeitet einen Gegenvorschlag, der sich auf einen Vorschlag von Ärzten und Krankenkassen stützt. Das Obligatorium bleibt weiterhin ausgeklammert, während für die Finanzierung eine Mischung aus Prämien, Subventionen, Sondersteuern und Lohnprozenten vorgesehen ist (Dubach 2010d: 333). Letztlich werden in der Volksabstimmung beide Vorlagen mit 70,2 beziehungsweise mit 61,4 Prozent

Nein-Stimmen abgelehnt. Dubach (2010d: 334) gibt zu bedenken, dass zu diesem Zeitpunkt das doppelte Ja verboten war und dass die Ja-Stimmen beider Vorlagen zusammen mit 848072 klar höher ausfallen als die geschätzten doppelten Nein-Stimmen von 5–600000. Entsprechend rasch nach der Abstimmung werden neue Reformvorstösse angekündigt und eingereicht.

Im Jahr 1987 kommt erneut eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes vor das Volk, die unter anderem auch eine Einführung der Mutterschaftsversicherung bringen soll.¹⁹ Nebst der Einführung einer Mutterschaftsversicherung für erwerbs- und nichterwerbstätige Mütter sollen die Änderungen der Krankenversicherung vor allem zur Kostendämpfung beitragen. Die Revision soll überdies dem Bund neue Kompetenzen in Bezug auf die Tarife geben und den Krankenkassen erlauben, nur noch Leistungen von Spitälern zu übernehmen, die in den kantonalen Spitalplanungen erscheinen (Rielle 2010). Das Paket aus Reformen für das KUVG und der Einführung einer Mutterschaftsversicherung bietet den Gegnerinnen und Gegnern viel Angriffsfläche aus unterschiedlichsten Motiven. Wie es Rielle (2010: 453) in seinem Handbucheintrag «Das Fuder überladen: Zu brüchiger Kompromiss verhindert die Einführung der Mutterschaftsversicherung» auf den Punkt bringt:

Die gesplante Haltung der Bürgerlichen, der doppelte Widerstand gegen die Paketvorlage und die daraus resultierende Kumulation der Neinstimmen gegen die Krankenversicherungsrevision und gegen den Aufbau einer Mutterschaftsversicherung erweisen sich als verhängnisvoll. Obschon alle grossen Parteien auf nationaler Ebene sich mit der Ausgabe der Japarle [sic!] hinter den errungenen Kompromiss stellen, findet die Vorlage bei nur 28,7 % der Stimmenden Zustimmung.

Nach mehrjährigem parlamentarischem Verfahren ist man wieder zurück auf Feld eins. Eine von Krankenkassen eingereichte Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)» lehnt das Stimmvolk 1992 ebenfalls ab, vor allem weil sie letztlich keinen Beitrag zur Kostendämpfung enthält und gewisse Übergangsbestimmungen den öffentlichen Haushalt stark belastet hätten (Dubach 2010e). Gleich ergeht es 1994 einer weiteren Volksinitiative der SP, welche einkommensabhängige Krankenkassenprämien einführen möchte (Dubach 2010f).

Ebenfalls 1992 kommt ein totalrevidiertes Krankenversicherungsgesetz ins Parlament. Trotz klarer Mehrheiten im Parlament bei der Schlussabstimmung im März 1994 (Nationalrat: 124 zu 38 Stimmen, Ständerat: 35 zu 1 Stimme; Bundesrat 1994: 2) wird das Referendum gegen die Vorlage ergriffen. Die Stimmbevölkerung nimmt die Totalrevision schliesslich im Dezember 1994 an. Die Vorlage von 1994 verfolgt drei Hauptziele: die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung und eine Dämpfung der stetig steigenden Gesundheitskosten. Insbesondere

19 Der Verfassungsauftrag dazu besteht bereits seit 1945 (Erni 1980: 25; Sutter 2010).

das dritte Ziel verfehlt sie klar (BSV 2001: IX; OECD und WHO 2011: 37). Bereits sechs Jahre später schlägt der Bundesrat dem Parlament eine Teilrevision des KVG in seiner Botschaft vom 18. September 2000 vor (BBl 2001: 741–816). Mit der Revision sollen einige Unklarheiten aus der Totalrevision behoben und dem stetig steigenden Prämienwachstum entgegengewirkt werden (BBl 2001: 742). Der Gesetzesentwurf scheitert schliesslich 2003 nach der Einigungskonferenz im Nationalrat (AB 2003: 2055). Die Reformbemühungen gehen nahtlos weiter. Um ein erneutes Scheitern der Änderungen zu verhindern, trennt der Bundesrat die Vorlage in die Teile Gesamtstrategie, Risikoausgleich und Pflgetarife (Geschäftsnr. 04.031), Managed Care (Geschäftsnr. 04.062), Spitalfinanzierung (Geschäftsnr. 04.061), Kostenbeteiligung der Kantone (Geschäftsnr. 04.034), Prämienverbilligungen (Geschäftsnr. 04.033), Vertragsfreiheit (Geschäftsnr. 04.032) und legt diese bereits 2004 dem Parlament zur Beratung vor.²⁰ Für dieses Buch ist der Teil *Spitalfinanzierung* von primärem Interesse.

Während den laufenden Revisionsbemühungen anfangs der 2000er Jahre bleiben die steigenden Gesundheitskosten ein ungelöstes Problem von grossem politischem Interesse. Der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt, aber auch soziale Faktoren sind wichtige Kostentreiber in der Gesundheitsversorgung, die sich nur schwer steuern lassen (Oggier 2015b: 199f.). Ein weiterer Grund, der oft für die Schwierigkeiten bei der Kostendämpfung verantwortlich gemacht wird, ist die bereits erwähnte starke Fragmentierung des Gesundheitssystems und die damit verbundenen zu kleinen Planungsregionen (Kocher 2010: 133f.). Entsprechend gibt es – parallel zu den laufenden Revisionsbemühungen – anfangs der 2000er Jahre mehrere politische Vorstösse aus dem Parlament, welche die Schaffung grösserer Versorgungsregionen im Gesundheitsbereich anstelle von 26 kantonalen Gesundheitsplanungen fordern (Motion Leuthard 02.3042, Postulat Wirz-von Planta 03.3042, Motion Meyer-Kälin 10.3449, Postulat Lehmann 12.3564). Die Geschäftsprüfungskommission (GPK) des Ständerates (SR) wiederum fordert bereits 2002 den Bundesrat auf zu prüfen, wie die Anreize für eine verstärkte interkantonale Spitalplanung verbessert werden können (GPK-SR 2002). Der Bundesrat lehnt die parlamentarischen Vorstösse jedoch mit dem Verweis ab, die Gesundheitsplanung falle in die Kompetenz der Kantone und der Bund habe deshalb mit der aktuellen Aufgabenverteilung gemäss Bundesverfassung nicht die Möglichkeit, kantonsübergreifende Gesundheitsregionen einzuführen (Bundesrat 2002). Erst aufgrund dieser parlamentarischen Interventionen wird in der KVG-Revision von 2007 der Art. 39 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) für den Spitalbereich eingefügt: «Die Kantone koordinieren ihre Planung.» Im bundesrätlichen Entwurf hiess es noch:

20 Die einzelnen Geschäfte können unter Eingabe der Geschäftsnummer auf der Online-Datenbank Curia Vista der Bundesversammlung abgerufen werden: <https://www.parlament.ch/de/search-affairs-advanced>, zugegriffen: 3.1.2021.

Die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung nach Absatz 1 Buchstabe d muss sich auf die Versorgung aller nach diesem Gesetz versicherungspflichtigen Personen (Art. 3) beziehen und die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigen. Private Trägerschaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen. (BBl 2004b: 5595)

Die Koordinationspflicht war folglich im Gesetzesentwurf noch nicht enthalten und mit der reinen Aufforderung zur Berücksichtigung der interkantonalen Patientenströme noch unverbindlicher in Bezug auf den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen. Die Patientenströme fanden dafür Eingang in die Vollzugsverordnung (Art. 58d lit. A KVV). Ebenso wird festgelegt, dass die Kantone «die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren» müssen (Art. 58d lit. B KVV).

Der Gesetzesentwurf zur Neuerung der Spitalfinanzierung wird nach etlichen Änderungen von National- und Ständerat im Dezember 2007 gutgeheissen. Das fakultative Referendum wird nicht ergriffen und die Gesetzesänderungen treten 2009 und 2012 in Kraft. Zusammengefasst nahm das Parlament eine Teilrevision an, die eine Koordinationspflicht der Spitalplanungen unter den Kantonen (Art. 39 Abs. 2 KVG), eine neue Spitalfinanzierung (Fallpauschalen: Art. 49 KVG; Kostenschlüssel Kanton-Versicherungen: Art. 49a Abs. 2ter KVG) und Massnahmen, um den Wettbewerb zwischen den Kantonen (freie Spitalwahl, Freizügigkeit: Art. 41 Abs. 1bis KVG) und zwischen öffentlichen und privaten Anbietern zu stärken (Art. 39 Abs. 1 lit. D in Verbindung mit Art. 49 Abs. 1 und Art. 49a KVG), einführte.

Die Entstehungsgeschichte des Krankenversicherungsgesetzes zeigt, wie stark früher getroffene Entscheidungen und Ereignisse spätere Entwicklungen prägen. So lassen sich einmal entstandene Akteure wie die privaten Hilfskassen und Krankenversicherungen nicht kampflos verdrängen. In der späten Einführung des Versicherungsobligatoriums und dem Verzicht auf eine staatliche Krankenversicherung zeigt sich deutlich, wie stark der Einfluss von privaten Interessengruppen ist und wie zurückhaltend die Schweizer Politik Sozialwerke ausbaut (siehe auch Armingeon 2001; Obinger 1998). Die Kompetenzordnung und die Rolle der Kantone erweist sich ebenfalls als äusserst stabil, auch wenn mehrere politische Vorstösse mit der Einführung überkantonaler Gesundheitsregionen daran zu rühren versuchten. In diesen Beispielen zeigt sich bereits eine deutliche Pfadabhängigkeit in der Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems. Auf das Phänomen der Pfadabhängigkeit wird in Kapitel 6 näher eingegangen. Durch die ganze Entstehungsgeschichte hindurch zieht sich zudem das Ringen um Lösungen, die möglichst wenige Gegner auf sich vereinigen, was den typisch schweizerischen Institutionen zur politischen Entscheidungsfindung und den direktdemokratischen Instrumenten (fakultatives Gesetzesreferendum, Volksinitiative) geschuldet ist (Neidhart 1970). Denn alle Vorlagen, welche die kantonale Autonomie begrenzen oder bestehende Krankenkassen durch andere Lösungen ersetzen wollten, sind letztlich (vor dem Volk) gescheitert. Das

folgende Unterkapitel beleuchtet, was die Änderungen in der Spitalfinanzierung (Fallpauschalen, Freizügigkeit usw.) für die Spitäler und Kantone bedeuten.

2.2.4 Die Finanzierung der Spitäler wird leistungsorientierter – mehr Wettbewerb nach der KVG-Reform

Im Jahr 2012 trat die neue Spitalfinanzierung in Kraft mit dem übergeordneten Ziel der Kostendämpfung (BBl 2004a: 5555). Die Reform beinhaltet mehrere Elemente. Ein erstes ist der Wechsel zu Fallpauschalen. Die Spitäler werden für die Durchschnittskosten einer bestimmten Diagnose abgegolten (Klassifizierung nach dem «Swiss Diagnosis Related Groups»-System). Die Fallpauschale umfasst prinzipiell Beiträge für Investitionen oder den Unterhalt von Gebäuden. Direkte Subventionen sind nicht mehr vorgesehen.²¹ Die Kantone haben aber die Möglichkeit, Spitäler für die Erbringung sogenannter gemeinwirtschaftlicher Leistungen (gwL) zu entschädigen. Typischerweise sind dies Beiträge für die praktische Ausbildung von Gesundheitspersonal. Das Gesetz sieht zudem die Möglichkeit von gwL aus regionalpolitischen Gründen vor. Das kann beispielsweise das Führen einer Notfallaufnahme in einer Randregion sein, die aufgrund der Vorhalteleistungen bei wenigen Fällen unrentabel ist. Die Kantone bezahlen 55 Prozent der Kosten einer stationären Behandlung und die Krankenversicherer maximal 45 Prozent. Nach dem Systemwechsel finanziert die öffentliche Hand nun nicht mehr die Institutionen als solche (Objektfinanzierung), sondern gilt die von ihnen erbrachten Leistungen ab (Leistungsfinanzierung).²² Der neue Finanzierungsmechanismus überträgt den Spitälern eine grössere finanzielle Verantwortung, erhöht die Vergleichbarkeit und drängt sie zu mehr Kosteneffizienz. Diese Entwicklungen beeinflussen auch die Organisationsform der Spitäler mit öffentlicher Trägerschaft. Bereits mit der Verbreitung von New Public Management (NPM) in der öffentlichen Verwaltung setzte eine erste Welle von Verselbständigungen von öffentlichen Spitälern ein (Berger et al. 2015: 395). Berger et al. (2015: 396) konstatieren weiter, dass die Verselbständigungen zugenommen und der politische Einfluss auf die Kantonsspitäler abgenommen habe, was für deren Wettbewerbsfähigkeit mit der neuen Spitalfinanzierung wichtig sei. Drei Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung waren noch in 13 Kantonen Regierungsmitglieder im Steuerungsgremium der Kantonsspitäler (siehe Tabelle 5).

21 Es gibt aber weiterhin Wege, wie Kantone mehr oder weniger offensichtlich «ihre» Spitäler finanziell unterstützen können. Sei dies über die weiter oben erwähnten gemeinwirtschaftlichen Leistungen, über das Gewähren von Investitionskrediten, durch die Übertragung des Grundeigentums oder über vorteilhafte Mieten (Wanner 2019).

22 Hand in Hand damit dürfen die Kantone seit 2012 in der Spitalplanung nicht mehr Kapazitäten steuern (bspw. über die Anzahl Betten), sondern müssen eine bedarfsorientierte Leistungsplanung vornehmen. Im Bereich der Psychiatrie ist eine Kapazitätenplanung weiterhin möglich.

Tabelle 5 Governance-Strukturen der kantonalen Spitäler in der Schweiz

	Exekutive im VR	Exekutive nicht im VR
Kantonale Dienststelle	VD (CHUV)	
Unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalt	AI	OW
Selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt	AR, FR, GE, LU (bis 6.2021), NW (bis 6.2021) SH, SG, TI, VD, ZH	BL, BS, JU, NE, UR, VS
Gemeinnützige Aktiengesellschaft	LU (ab 6.2021), NW (ab 6.2021)	AG, SO
Aktiengesellschaft	ZG, GL	BE, TG
Stiftung, Verein (ohne kantonale Beteiligung)		GR, SZ

Quelle: Kantonale Gesetzestexte und Webseiten der Kantonsspitäler. Für die Exekutivvertretung: Schedler (2015: 7); für TG (Spital Thurgau AG o.J.); für AR (Art. 19 Gesetz über den Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden 2011).

Ein weiteres Element der Reform ist die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitälern (Indra et al. 2015: 230). So sind die Kantone gesetzlich aufgefordert, die privaten Trägerschaften angemessen in der Spitalplanung zu berücksichtigen (Art. 39 Abs. 1 lit. D KVG). Die Kantone müssen 55 Prozent der Behandlungskosten übernehmen, unabhängig vom Versichertenstatus (allgemein, halbprivat, privat) und der Trägerschaft des behandelnden Spitals, solange die Behandlung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt wird und das Spital für die entsprechende Leistung auf der Spitalliste steht. Vor 2012 übernahmen die Krankenkassen die vollen Behandlungskosten für Privatpatientinnen und Patienten im Rahmen der jeweiligen Zusatzversicherung. Für Kantone mit vielen Privatspitälern bedeutete diese Regeländerung ein potenzielles Risiko für Mehrkosten, während die Krankenversicherer von reduzierten Ausgaben für ihre Patientinnen und Patienten mit Privatversicherungen profitierten. Diesbezüglich unterscheidet sich die Ausgangslage in den Kantonen jedoch klar. Während einige Kantone steigende Gesundheitskosten befürchten, weil sie neu auch Beiträge für Privatversicherte übernehmen müssen, ist in anderen Kantonen das private Angebot von jeher versorgungsrelevant. Eine Übersicht über die Anzahl privater und öffentlich subventionierter Spitäler verdeutlicht, wie unterschiedlich sich die Situation im Jahr 2007 präsentierte, als die KVG-Reform verabschiedet wurde. So hatte der Kanton Aargau damals acht in der Akutsomatik tätige Spitäler, wovon lediglich eines privat war, während beispielsweise im Tessin die Hälfte der zwölf akutsomatischen Spitäler privat getragen war (siehe Tabelle 6).

Schliesslich führte die Reform neue Regelungen ein, welche die freie Spitalwahl für Patientinnen und Patienten auch über die Kantonsgrenzen erhöht und damit den Wettbewerb zwischen Spitälern aus verschiedenen Kantonen steigert. Die KVG-Änderungen verpflichten die Kantone, ausserkantonale Spitalaufenthalte ihrer Bürgerinnen und Bürger mitzufinanzieren, wenn das entsprechende Spital (a) auf der eigenen Spitalliste steht, (b) auf der Spitalliste des

Standortkantons²³ steht, oder (c) die Behandlung aufgrund eines medizinischen Notfalls erfolgt. Diese Änderungen der Finanzierungsmechanismen (Fallpauschalen, Gleichbehandlung Private-Öffentliche, interkantonale Freizügigkeit) zielen insgesamt darauf, den Wettbewerb zwischen den Spitälern herzustellen und die Vergleichbarkeit der Leistungen und Kosten zu erhöhen.

2.3 Kooperationssituation im Spitalbereich geprägt durch die widersprüchliche Interessenlage der Kantone

An dieser Stelle soll nun dargestellt werden, wie sich die spitalversorgungs-politische Lage der Kantone in Anbetracht der Kompetenzverteilung, der KVG-Änderungen und der ökonomischen Herausforderungen wie steigende Gesundheitsausgaben und Krankenkassenprämien präsentiert. Wie bereits ausgeführt, wird eine verstärkte Koordination der Spitalplanungen zwischen den Kantonen als ein Weg erachtet, um die ökonomischen Nachteile der stark fragmentierten Gesundheitslandschaft zu kompensieren, ohne an der Kompetenzordnung in der Verfassung zu rütteln. Dies erfordert aber, dass sich die Kantone mehr oder weniger freiwillig in Verhandlungen auf koordinierte Lösungen einigen. Um die Kooperationssituation zu verstehen, in der sich die Kantone hinsichtlich der Abstimmung der Spitalplanungen befinden, schliesse ich dieses Kapitel mit einer Auslegeordnung der Akteurskonstellation und einer Schematisierung der Interessenlage als Gefangenendilemma ab. Diese Auslegeordnung orientiert sich am akteurzentrierten Institutionalismus und soll klären, in welchem Umfeld und mit wie viel Handlungsspielraum sich die Akteure bewegen. Die spieltheoretisch inspirierte Darstellung dient als Heuristik, um die strukturelle Grundproblematik der widersprüchlichen kantonalen Interessen bei Kooperationsentscheiden aufzuzeigen. Es ist darum ausdrücklich nicht das Ziel, die Situation spieltheoretisch aufzulösen.

Abbildung 5 stellt einerseits das Verhältnis von Bund und Kantonen bezüglich der stationären Gesundheitsversorgung ins Zentrum und andererseits das von Kantonen mit den Spitälern als Leistungserbringern und den Krankenversicherungen als Mitfinanzierern. Rundherum sind weitere Akteure des Gesundheitswesens abgebildet (Rüefli et al. 2015: 123). In dieser Konstellation lassen sich zwei Achsen unterscheiden, die es näher zu betrachten gilt. Dies ist zum einen das Verhältnis von Bund und Kantonen und zum anderen das Verhältnis der Kantone zueinander, wenn sie miteinander kooperieren. Als eine weitere laterale Achse kann man die Beziehung der Leistungserbringer und der Krankenversicherungen bezeichnen. Sie führen Tarifverhandlungen miteinander, deren Ergebnis durch die Kantone genehmigt werden muss. Die Spitalpla-

23 Wenn die Kosten für einen ausserkantonalen Spitalaufenthalt den Preis in einem ansässigen Spital übersteigen, müssen Kantone nur 55 Prozent eines im Voraus definierten Referenztarifs übernehmen. Für die Kostendifferenz kommt entweder die Privatperson oder eine eventuelle Zusatzversicherung auf.

Tabelle 6 Akutsomatische Spitäler nach Trägerschaft (2007)

	Privatspitaler	Öffentlich subventionierte Spitäler	Total Spitäler
AG	1	7	8
AI	0	1	1
AR	0	2	2
BE	5	8	13
BL	1	3	4
BS	0	4	4
FR	2	5	7
GE	3	2	5
GL	0	1	1
GR	0	11	11
JU	0	1	1
LU	1	2	3
NE	0	3	3
NW	0	1	1
OW	0	1	1
SG	1	4	5
SH	0	1	1
SO	1	1	2
SZ	1	3	4
TG	1	1	2
TI	6	6	12
UR	0	1	1
VD	5	8	13
VS	1	3	4
ZG	1	1	2
ZH	6	13	19
CH	36	94	130

Anmerkung: Berücksichtigt sind alle Spitäler der allgemeinen Pflege, d.h. ohne Spezialkliniken – wie Kinderspitäler –, Rehabilitation und Psychiatrie.

Quelle: Darstellung nach Krankenhausstatistik, Standardtabellen 2007 (BFS 2009a).

nung selbst ist eine hoheitliche Aufgabe, weshalb private Akteure hierbei keine bedeutende Rolle spielen und nachfolgend weitestgehend aussen vor bleiben.²⁴

Geht es um die Spitalplanung und die Spitalpolitik zwischen Bund und Kantonen, sind die zentralen Akteure auf Bundesebene die Exekutive (Bundesrat), die Legislative (National- und Ständerat samt deren Fachkommissionen) sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und als Datenlieferant das Bundesamt für Statistik (BFS). Auf Stufe der Kantone sind es vorwiegend die Kantons-

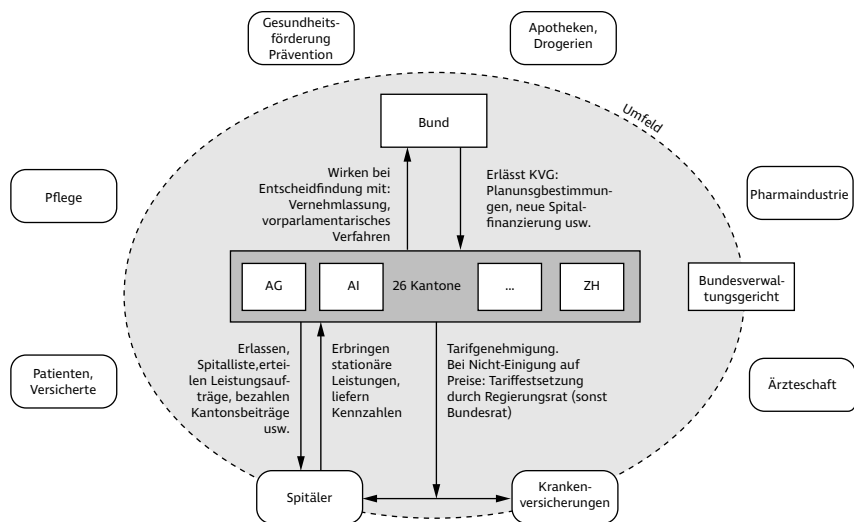
²⁴ Zu erwähnen ist, dass Spitäler gelegentlich als Kläger gegen Zuteilungsent-
scheide auftreten und Versicherungsverbande als Mitfinanzierer bei Vernehm-
lassungen als Interessierte berücksichtigt werden.

regierungen, welche in den meisten Fällen die Planungskompetenz innehaben, und die Gesundheitsdirektorenkonferenz. Es handelt sich hierbei nicht um eine klassische Verhandlungssituation. Wie bereits erwähnt, hat der Bund selbst keine Kompetenz, direkt in die Spitalplanung einzugreifen. Allerdings kann das Parlament via Gesetzgebung gewisse Leitlinien festlegen. Und der Bundesrat kann diese in Form von Verordnungen weiter präzisieren. Bei der Gesetzgebung haben die Kantone jedoch kein Veto. Der Ständerat ist denn auch keine vollständige föderale Kammer, in der die Kantonsregierungen ihren Standpunkt einbringen könnten. Dies geschieht höchstens indirekt, indem Kantonsregierungen «ihre» Ständerätinnen und -räte über die kantonalen Anliegen orientieren (Streibel 2015: 11). Instruieren kann eine Kantonsregierung sie nicht (Art. 161 Bundesverfassung, BV). Die Kantone können aber durchaus mit dem Ergreifen des Kantonsreferendums drohen, wie dies beim ersten Gesetzesentwurf für eine neue Spitalfinanzierung 2004 geschah, der in die Vernehmlassung geschickt worden war (AB 2005: 681 ff.).²⁵ Damit ist die Situation höchstens eine abgeschwächte Politikverflechtungsfalle (Fischer et al. 2010: 750 f.; Scharpf 2006).

Formal bricht Bundesrecht zwar Kantonsrecht (Art. 49 BV). Eine streng hierarchische Steuerung ist dennoch kaum möglich, da der Vollzug bei den Kantonen liegt und kaum Sanktionsmöglichkeiten bestehen. So fließen keine Bundesgelder, die gekürzt werden könnten. Auch wäre eine Drohung des Bundes mit der Zentralisierung der Planungskompetenz nur bedingt wirksam, da diesbezüglich aktuell hohe Hürden bestehen: Dazu wäre eine Verfassungsänderung notwendig, die ein doppeltes Mehr von Volk und Ständen erforderte. Hingegen stehen Bund und Kantone in einem ständigen Austausch zu gesundheitspolitischen Themen. Zu diesem Zweck unterzeichneten die GDK und der Bund 2013 eine Vereinbarung, um den bereits bestehenden Dialog Nationale Gesundheitspolitik Schweiz zu stärken (EDI und GDK 2013). Auch nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Bundesebene regelmässig als Zuhörende an den Sitzungen der GDK teil. Insgesamt besteht also ein Austausch, der eine vertikale Abstimmung erlaubt. Entsprechend kann in Scharpf'schem Sinn nicht von einem hierarchischen institutionellen Kontext ausgegangen werden, der es erlauben würde, die Prozesse hierarchisch zu steuern (Scharpf 2000: 91). Die wesentlich wichtigere Dimension für die Kooperation im Spitalbereich ist aufgrund der existierenden Kompetenzordnung sowieso das Verhältnis der Kantone untereinander. Denn sie sind für die Spitalplanung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung

25 Die Referendumsdrohung ist ein bedeutendes Instrument in der Schweizer Politik (ausführlich siehe Linder und Mueller 2017: 312 ff.; Neidhart 1970). Ein fakultatIVES Referendum kann gegen ein verabschiedetes Gesetz ergriffen werden, indem innert 100 Tagen entweder 50 000 Unterschriften von Stimmberechtigten gesammelt werden oder wenn mindestens acht Kantone eine Abstimmung verlangen. In diesem Fall kommt es zu einer Volksabstimmung. Referenden sind selten, werden sie aber ergriffen, sind die Gegner eines Gesetzes in 43 Prozent der Fälle erfolgreich (Linder und Mueller 2017: 304). Bis 2003 lag die Erfolgsquote mit rund 50 Prozent sogar noch etwas höher (Linder 2005: 250).

Abbildung 5 Die Akteure der stationären Versorgung und ihr Umfeld



Anmerkung: Im Kreis sind die zentralen Akteure der stationären Gesundheitsversorgung abgebildet. : nicht-staatliche Akteure, die mehrheitlich dem Umfeld zuzurechnen sind.

Quelle: Eigene Darstellung; Rüefli et al. (2015: 123) für die Akteure.

verantwortlich und folglich werden auf Kantonsebene die Bedingungen für die Kooperation verhandelt.

Diese Kooperationssituation der Kantone im Spitalbereich lässt sich gut darstellen, indem sie nach den Akteuren, der Akteurskonstellation und dem Interaktionsmodus aufgedröselt wird. Diese Kategorien aus dem akteurzentrierten Institutionalismus (Scharpf 2000) und die Darstellung der Kooperationssituation als Gefangenendilemma verwende ich hier als Heuristik, um die widersprüchliche Interessenlage der Akteure zu illustrieren und nicht als eine strenge spieltheoretische Analyse. Dadurch soll die Grundproblematik vereinfacht und schematisiert dargestellt werden.

Bei der horizontalen Kooperation begegnen sich rechtlich gleichgestellte Akteure. In ihrer Ressourcenausstattung, was Personal, Finanzen und Expertise angeht, unterscheiden sich insbesondere grosse und kleine Kantone markant. In der Handlungsorientierung insbesondere der Kantonsregierungen besteht teilweise eine Diskrepanz zwischen der sachlichen Einsicht, dass Kooperation sinnvoll wäre, und der politischen Einschätzung der Umsetzbarkeit. Ein Beispiel für einen solchen Entscheid ist eine geplante Schliessung einer Geburtsabteilung in einem Regionalspital. Die Lokalbevölkerung und -politik reagiert darauf meistens sehr emotional und wehrt sich. Auch wenn die verlängerten Anfahrtswege aus medizinischer Sicht gut vertretbar wären und höhere Fallzahlen an einem anderen Standort die medizinische Qualität gar erhöhen sowie die Fallkosten

sinken würden, ist der erwartete Widerstand so gross, dass Politikerinnen und Politiker von einem solchen Schritt gelegentlich absehen. Sie schätzen ihn dann als politisch nicht machbar ein.

Abbildung 6 Interkantonale Kooperationssituation in der Spitalplanung

Kanton A	Kanton B	
	Kooperieren (Kapazität reduzieren/anpassen)	Nicht kooperieren (Patient:innen anziehen, investieren)
Kooperieren (Kapazität reduzieren/ anpassen)	Kapazitätsauslastung ↗ Fallkosten ↘ Medizinische Qualität ↗	Patient:innen ↘ Jobs ↘ ökonomische Folgen ? Patient:innen ↗ Kapazitäts- auslastung ↗
Nicht kooperieren (Patienten anziehen, investieren)	Patient:innen ↗ Kapazitäts- auslastung ↗ Patient:innen ↘ Jobs ↘ ökonomische Folgen ?	Überkapazitäten Steigende Kosten

Anmerkung: Die vermuteten Folgen der Kombination der gewählten Strategien der Kantone A und B werden mit Pfeilen oder Fragezeichen (unklarer Gesamteffekt) ausgewiesen. Im Fall von beidseitiger Kooperation/Nicht-Kooperation weist die Grafik das erwartete Gesamtergebnis aus, da hier etwaige Gewinne und Verluste je nach Eigenschaften der Kantone A und B unterschiedlich ausfallen können. Die Auswirkungen auf einzelne Kantone gleichen jedoch der Kombination zweier unterschiedlicher Strategien mit folgender Einschränkung: Im Fall beidseitiger Kooperation fällt der Gesamtnutzen höher aus als bei einer kombinierten Strategie. Im Fall von beidseitiger Nicht-Kooperation ist der Gesamtnutzen am kleinsten.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die *Akteurskonstellation* im Sinn von Strategien und angestrebten Ergebnissen variiert je nach konkretem Kooperationsfall. Die grundsätzliche Kooperationssituation in der Spitalplanung lässt sich denn auch als eine Art Gefangenendilemma schematisieren (siehe Abbildung 6). Die Entscheidungssituation gemäss Abbildung 6 präsentiert sich wie folgt: Jeder Kanton hat die Wahl, seine Spitalplanung auf einen anderen Kanton abzustimmen, was dem *Kooperieren* entspricht, oder eben nicht. Kooperation kann einseitig oder gegenseitig geschehen. *Nicht zu kooperieren* kann so aussehen, dass Kantone bewusst einen möglichst hohen Selbstversorgungsgrad anstreben oder Spitäler im Besitz der öffentlichen Hand offensiv in prestigeträchtige Infrastruktur investieren, um für auswärtige und privat versicherte Patienten attraktiv zu sein (Aufrüsten Hotellerie, Empfangsbereich, Bettenrakt usw.). Dies kann als Teil eines verschärften und gewünschten freien Wettbewerbs betrachtet werden. Die Frage ist nur, wie frei dieser Wettbewerb tatsächlich ist und ob nicht viel eher zusätzliche, teure Überkapazitäten geschaffen werden, was zu steigenden Gesundheitskosten führt. Denn bisher tun sich die Kantone mit einer Bereinigung der Spitallandschaft (wie Spitalschliessungen) schwer.

Kooperieren zwei Kantone, kommt es idealerweise zu einer voll koordinierten Spitalplanung. Sie weist den Vorteil auf, dass sie (auf lange Sicht) zu

mehr Konzentration des Angebots und spezialisierteren Spitälern mit höheren Fallzahlen führt, was wiederum die medizinische Qualität erhöht. Dies sollte aufgrund von Effizienzgewinnen auch die Kosten pro Fall reduzieren.²⁶ Doch die Kooperationsgewinne sind nicht gleichmässig verteilt oder aber deren Höhe ist ungewiss. Das illustriert die Situation bei Aufeinandertreffen einer kooperativen und einer nicht-kooperativen Strategie, welche dem ähnelt. Reduziert etwa ein Kanton in einem bestimmten Bereich seine Kapazitäten, indem er seinem Spital gewisse Leistungsaufträge nicht erteilt, profitieren ausserkantonale Anbieter von einer verbesserten Kapazitätsauslastung und höheren Patientenzahlen. Die Gesamtfolgen für den kooperierenden Kanton sind hingegen unklar. Einerseits bedeutet weniger Patientinnen und Patienten zu haben weniger Einnahmen und führt eventuell zu einem Stellenabbau im betroffenen Spital (oder gar einer Spitalschliessung). Dies hat ökonomische Konsequenzen für die Standortgemeinde. Andererseits sind so die Fallkosten möglicherweise geringer, teure, vom Kanton mitfinanzierte Überkapazitäten können abgebaut werden und die medizinische Behandlungsqualität steigt gar. Doch sind zum einen die ökonomischen Gesamtfolgen schwierig abzuschätzen und zum anderen reduzieren die in Kapitel 2.2.4 geschilderten Finanzierungsmechanismen den Anreiz der Kantone zu kooperieren. Die meisten Kantone ziehen es vor, möglichst viele Patientinnen und Patienten «daheim» zu behandeln oder gar zusätzlich von anderen Kantonen anzuziehen, um die Kapazitäten ihrer Spitäler auszulasten (nicht-kooperative Strategie). Davon zeugen kantonale Planungsdokumente (AG 2010: 38; SG 2011: 12; TG 2011: 83 ff.), die als Strategie vorgeben: «Der innerkantonale Versorgungsanteil soll über ein attraktives medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Angebot sowie über eine wettbewerbsfähige Infrastruktur möglichst erhöht werden (Rückholpotenzial), sofern damit keine Einbussen bei Qualität und Wirtschaftlichkeit verbunden sind» (SG 2017: 12). Kantone geben die Steuergelder für medizinische Behandlungen – immerhin 55 Prozent der Spitalkosten – lieber im eigenen Kanton aus, als «fremde» Spitäler mitzufinanzieren. Spitäler sind denn auch wichtige ökonomische Motoren als Arbeitgeber und Konsumenten lokaler Dienstleistungen (Strauf et al 2013). Insgesamt führt dies zu einer Situation, in der die Gesamtgesellschaft von einer koordinierten Lösung profitierte, die einzelnen Kantone es aber meist vorziehen, wenn die anderen Kantone einseitig kooperierten, ohne selbst Zugeständnisse machen zu müssen. So gleicht die Kooperationssituation einem Gefangenendilemma.

Gegenüber dem ursprünglichen Gefangenendilemma gibt es für die Spitalplanung jedoch einige markante Unterschiede. So können sich die Kantone austauschen, man kennt sich und man trifft sich in verschiedenen Kontexten wieder und es gibt jeweils Hinweise darauf, ob der andere Kanton tatsächlich kooperiert. Dies schafft einen Boden für Kompensationsmöglichkeiten. Ausserdem besteht eine gesetzliche Verpflichtung, sich bezüglich der Spitalplanungen zu koordinieren. Ob in einer konkreten Kooperationssituation die Anreizstruk-

26 Es gibt allerdings auch Stimmen, die hervorheben, dass Zentrumsspitäler teurer sind als Regionalspitäler und deshalb die Kostenwirkung nicht so klar sei.

tur tatsächlich einem Gefangenendilemma gleicht, hängt von akteurspezifischen Faktoren und deren Konstellation ab. So fallen gewisse konkurrenzorientierte Strategien für Kantone mit einem kleinen Kantonsspital gegenüber einem grossen Kanton von Anfang an weg (Wettbewerb bei der Zentrumsversorgung). Oder die Auszahlungsmatrix der erwarteten Gewinne und Verluste präsentiert sich aufgrund von ineffizienten, defizitären Spitälern oder grossen bevorstehenden Investitionen in einem Kanton komplett anders.

Während die Interessengemengelage äusserst vielschichtig ist, sind zumindest die Entscheidungsregeln ziemlich klar. Der *Interaktionsmodus* ist denn auch prägend für die Erfolgsaussichten, das Koordinationsproblem unter einem Gefangenendilemma zu lösen (Scharpf 2000: 134–137). Für Kooperationen und Verträge zwischen zwei oder mehr Kantonen gilt, dass alle einander gleichgestellt sind und Verhandlungen unter Einstimmigkeit geführt werden. Folglich haben alle beteiligten Kantone ein Veto. Handelt es sich um Entscheide innerhalb der GDK, gilt grundsätzlich die Mehrheitsregel. Dies würde im Prinzip auch Entscheide erlauben, die einzelne Beteiligte schlechter stellen, solange die Mehrheit der Beteiligten davon profitiert. Allerdings gibt es keine Möglichkeiten, Abweichler zu sanktionieren und meist auch keinen Willen dazu, da ein hoher gegenseitiger Respekt vor der kantonalen Souveränität besteht. In der Regel wird Einstimmigkeit angestrebt.²⁷

Nach Scharpf (2000: 323 ff.) sind Verhandlungen dann besonders erfolgreich, wenn ein «Schatten der Hierarchie» besteht, da dies den Druck auf die Beteiligten erhöht, sich gütlich zu einigen, um autoritative Entscheide von oben zu vermeiden. Mayntz (2004: 72) meint gar, dass ohne Schatten der Hierarchie Selbststeuerung oftmals kaum gelinge. Wie bereits ausgeführt, ist der Einfluss des Bundes im Vollzugsföderalismus der Schweiz begrenzt. Für die Gesundheitsversorgung und Spitalpolitik gilt dies aufgrund der klaren Kompetenzzuschreibung ausdrücklich. Das Zuckerbrot von Programmen und Bundessubventionen, wie es sie beispielsweise im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung²⁸ oder bei der Prämienverbilligung (Balthasar 2003) gibt, fehlt hier. Eine Peitsche in Form von Sanktionsmöglichkeiten ist kaum vorhanden. Auch die Möglichkeit einer Allgemeinverbindlichkeit eines Konkordats nach Art. 48a BV besteht momentan gesundheitspolitisch nur in der Spitzenmedizin und bei Spezialkliniken. Dennoch wirft die Hierarchie etwas Schatten und übt einen Druck auf die Kantone aus, sich einer interkantonalen Zusammenarbeit nicht zu entziehen. Die politische Grosswetterlage der 2000er-Jahre zeigte mit den zahlreichen Vorstössen, dass die Bundespolitikerinnen und -politiker eine verstärkte inter-

27 Diese Einschätzung der Entscheidungsfindung innerhalb der GDK beruht auf einem Interview mit einer Mitarbeiterin der GDK im Rahmen einer früheren Arbeit (Marty, pers. Kommunikation, 27.1.2009).

28 Unter bestimmten Bedingungen stockt der Bund kantonale und kommunale Subventionen für die familienergänzende Kinderbetreuung auf, um so die Drittbetreuungskosten der Eltern zu vermindern (Art. 3a Bundesgesetz über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung).

kantonale Zusammenarbeit erwarten. Neue Gesetzesbestimmungen sind nicht ausgeschlossen und Regelungen wie in der hochspezialisierten Medizin (Art. 39 Abs. 2bis KVG)²⁹ könnten auch für andere Bereiche der Gesundheitspolitik diskutiert werden. Damit können die Entscheidungsträger auf Kantonsebene den politischen Willen auf Bundesebene nicht ausblenden. Neben der Bundespolitik ist es aber insbesondere auch das Bundesverwaltungsgericht, das mit seiner Rechtsprechung Druck ausübt und unklare Gesetzestexte auslegt und damit präzisiert.

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich die Kantone bei der horizontalen Kooperation im Spitalbereich in einem komplexen Umfeld voller widersprüchlicher Interessen bewegen, wie dies das Spitalplanungs-Gefangenendilemma zugespitzt darstellt. Zum einen fördern die neuen Finanzierungsmechanismen ein Wettbewerbsdenken unter den Spitälern und unter den Kantonen als deren Eigentümer und Mitfinanzierer. Zum anderen streben die Kantone als Verantwortliche für die Gesundheitsversorgung nach qualitativ guten Lösungen und als Mitfinanzierer der Gesundheitsausgaben nach kostengünstigen Varianten. Über die Spitalplanung haben die Kantone eine gewisse Steuerungsmöglichkeit und es besteht Spielraum, wie sehr man auf kooperative, interkantonal ausgerichtete Strategien setzen will. Wie die Auszahlungsmatrix genau aussieht, ist jedoch auch für die Entscheidungsträger schwer abzuschätzen und hängt davon ab, welche Kantone mit welchem (kantonalen) Kontext aufeinandertreffen. Mit grosser Sicherheit kann man davon ausgehen, dass eine allseitige Nicht-Kooperation für die Gesamtgesellschaft den geringsten Nutzen hat und in einen Aufrüstungswettbewerb und Kapazitätsausbau zu münden droht. Deshalb gilt es nun in den folgenden Kapiteln zu analysieren, welche Formen der Kooperation stattfinden und welche Konstellationen und Faktoren sie begünstigen, sodass die Situation eben nicht in einem Gefangenendilemma endet.

29 Dieser Artikel verpflichtet die Kantone zu einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin. Erfüllen sie diesen Auftrag nicht innert nützlicher Frist, übernimmt der Bundesrat die Planung.

Statistische Analyse: Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Netzwerk

3 Unterschiede in der horizontalen Zusammenarbeit aus theoretischer Sicht³⁰

Intergouvernementale Beziehungen – sowohl horizontal als auch vertikal – sind Poirier und Saunders (2015a: 2) zufolge «ein integraler und wichtiger Teil eines jeden föderalen Systems: eine Art Öl oder Reibung in jeder föderalen Maschine» (eigene Übersetzung), welche laut ihnen noch viel zu wenig verstanden werden. Mit der Frage, warum und wie zusammengearbeitet wird, beschäftigen sich hingegen beispielsweise die Multilevel- und Regional-Governance-Literatur, die Föderalismusforschung, die internationalen Beziehungen, aber auch die Public-Management-Forschung oder die teils stärker spieltheoretisch ausgerichtete Kooperationsliteratur. Sie tun dies aus unterschiedlicher Perspektive, und entsprechend unterscheidet sich der Fokus ihrer Forschung. Während Poirier und Saunders (2015a) zusammen mit anderen Vertretern (z. B. Watts 1999) intergouvernementale Beziehungen und Kooperation in einem weiten Sinn quasi als gegebene Notwendigkeit von verteilten Zuständigkeiten erachten, beschäftigen sich andere ausdrücklich mit den Ursachen für das Zustandekommen von Kooperation.

Um zu verstehen, wie es um die horizontalen Kooperationsbeziehungen in der schweizerischen Spitalplanung steht, warum gewisse Kantone mehr kooperieren als andere und warum gerade zwei bestimmte Kantone dies miteinander tun, lohnt sich ein Blick sowohl auf mögliche Auslöser für Kooperation, auf kooperationsförderliche Umstände als auch auf Erklärungsversuche, warum genau gewisse Partner sich finden. In Form einer Literaturübersicht werden verschiedene Erklärungsansätze aufgearbeitet und diskutiert, die aus benachbarten Forschungsdisziplinen stammen. Auf dieser Grundlage aufbauend leite ich anschliessend theoretisch gestützte Hypothesen ab, welche die Unterschiede in der Kooperationsintensität erklären sollen. Demnach ist die Herangehensweise an die vorliegende statistische Analyse primär deduktiv und theorietestend. Wie in verschiedenen Zweigen der Politikanalyse, des Public Management und der breiteren Politikwissenschaft weit verbreitet, sollen aus der Theorie aufgestellte Wirkungszusammenhänge empirisch getestet und überprüft werden. Dabei bedient sich die Analyse nicht eines einzigen theoretischen Paradigmas. Vielmehr versucht sie, verschiedene Erklärungsansätze für das Phänomen zu

30 Eine frühere Fassung von Teilen der statistischen Analyse (insbesondere Kapitel 3 und 5) präsentierte ich an der Jahreskonferenz der Schweizerischen Vereinigung für Politische Wissenschaft am 3. und 4. Februar 2020 in Luzern als Konferenzpapier unter dem Titel «What determines horizontal cooperation among Swiss cantons in the hospital sector? An analysis using valued exponential random graph models.» Ich danke den Teilnehmenden des Panels «Between politics and policy: subnational perspectives» und insbesondere meiner Koreferentin Rahel Freiburghaus für wertvolle Kommentare.

berücksichtigen, um so möglichst viele der Einflussfaktoren abzudecken und der komplexen Wirklichkeit gerecht zu werden.

3.1 Horizontale Kooperation: Motive, die Rolle politischer Institutionen und weitere Erklärungen aus der Forschungsliteratur

Die horizontale Zusammenarbeit im schweizerischen Spitalbereich ist ein Beispiel für die Problematik, wie ein föderales System damit umgeht, dass Problem- und Handlungsraum auseinanderklaffen. Die Frage nach der Problemlösungsfähigkeit in Mehrebenensystemen betrifft somit einen Kernbereich der Multilevel-Governance-Forschung und der Föderalismusforschung. Es gibt aber noch eine Reihe weiterer Forschungsbereiche, die interessante Einblicke in Aspekte von Kooperation bieten können.

Gerade in föderalen Staaten ist es unumgänglich, dass verschiedene Gebietskörperschaften über unterschiedliche Ebenen hinweg oder auf gleicher Stufe zusammenarbeiten. Doch wie sie das tun, ob sie eher kooperativ oder kompetitiv zueinanderstehen, kann sehr unterschiedlich sein. Der Fokus der beiden Forschungsrichtungen unterscheidet sich. Laut Benz (2007: 297) liegt die Stärke des neuen Begriffs Multilevel Governance darin, «dass er nicht nur die Struktur einer Mehrebenenorganisation beschreibt, sondern auch die aus dieser Differenzierung resultierenden Interaktionsmuster und Koordinationsmechanismen.» Im Gegensatz dazu definiert er Föderalismus als «Organisationsprinzip für ein politisches System, in dem die Herrschaftsgewalt nicht bei einer Zentralinstanz konzentriert, sondern zwischen Ebenen aufgeteilt ist» (Benz 2007: 297). Damit kennzeichnet Multilevel Governance meines Erachtens eine stärkere Affinität zu Politics während klassische Föderalismusforschung einen Hang zur Polity-Dimension hat.³¹

Die Föderalismusforschung liefert denn auch zum einen Studien, die mehrere Nationalstaaten miteinander beispielsweise in Bezug darauf vergleichen, inwiefern ihr System die horizontale Zusammenarbeit und Abstimmung begünstigt oder behindert (Bolleyer 2006b; Gress 1996). Zum anderen gibt es zahlreiche Studien und ganze Handbücher zu den Systemen einzelner Länder, die verschiedenste Aspekte föderaler Systeme beleuchten (Ahmad und Brosio 2005; Detterbeck und Hepburn 2018; Loughlin et al. 2013; Watts 2013). Hinzu kommen quantitative (und teils qualitative) Studien, welche den Zusammenhang von föderalen Institutionen mit Policy Outcomes wie Steuern, wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben oder Leistungen untersuchen (Biela et al. 2012; Obinger 1998; Obinger et al. 2005; Wachendorfer-Schmidt 2000).

31 Im Englischen gibt es die praktische Dreiteilung des Politikbegriffs in Policy (Politikinhalt), Politics (Politikprozesse) und Polity (Strukturen), welche ins Deutsche übernommen werden (Berg-Schlosser 2003: 66f.).

Während die Föderalismusforschung unterschiedliche Fragen zu föderalen Systemen behandelt, konzentriert sich Multilevel Governance auf das Phänomen der Steuerung und Koordinierung in Mehrebenensystemen (Benz 2004: 127). Oder anders ausgedrückt: «Während die Begriffe Föderalismus und Bundesstaat vielfach mit der Teilung oder Trennung von Kompetenzen gleichgesetzt werden, bezieht sich der Begriff Multilevel Governance auf die Tatsache der «Politikverflechtung» und die Bewältigung von Interdependenzen» (Benz 2007: 298). Sei dies eher normativ, im Sinne einer idealen Kompetenzverteilung, oder analytisch-deskriptiv, um der bestehenden Vielfalt konzeptionell Herr zu werden, oder in Bezug auf die Policy Outcomes je nach Aufgabenzuteilung. Ein klassisches Beispiel dafür ist die «Politikverflechtungsfälle»: sind mehrere politische Ebenen für einen Bereich gemeinsam zuständig, drohen gegenseitige Blockaden der Ebenen, insbesondere wenn die nationalstaatliche Ebene von der Zustimmung der Gliedstaaten abhängig ist und die Zustimmung (fast) einstimmig erfolgen muss (Scharpf 1988: 254). Nebst den institutionell geregelten Zuständigkeiten sowie Entscheidungsregeln spielt für die Qualität dieser gemeinsam getroffenen Entscheidungen der vorherrschende Verhandlungsstil – Konfrontation, Verhandlung oder Problemlösung – eine wichtige Rolle (Scharpf 1988: 258 ff.).³² Der Fokus der Multilevel Governance liegt, wie es der Name sagt, auf der Steuerung in Mehrebenensystemen. Ein weiteres Merkmal der Multilevel Governance ist, dass sie verstärkt auch nichtstaatliche Akteure berücksichtigt (Benz 2004: 130).

In den konkreten Forschungsagenden verlaufen die Grenzen zwischen diesen verwandten Disziplinen nicht so klar. Denn auch Föderalismusforschende interessiert, wie Gliedstaaten mit dem Zentralstaat zusammenarbeiten oder nationale Vorschriften umsetzen. Deshalb beschäftigen sich Föderalismusforschung und Multilevel Governance beide auch seit Längerem mit dem Thema der horizontalen Abstimmung von Politiken oder der Kooperation zwischen Gliedstaaten (Benz et al. 1992; Bowman 2004: 536). Allerdings hat sich die Föderalismusforschung auf die vertikale Dimension konzentriert: Es existiert weit mehr Literatur zum Verhältnis und dem Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Ebenen als zu den Beziehungen zwischen Gliedstaaten untereinander (Bowman 2004: 535; Gerken und Holtzblatt 2014: 60). Die Arbeiten zur horizontalen Dimension in föderalen Systemen konzentrieren sich darauf, welche institutionellen Systeme oder Kompetenzverteilungen zwischen den Ebenen eine horizontale Zusammenarbeit eher begünstigen oder behindern, wie stark bestehende horizontale Organe institutionalisiert, wie verbindlich deren Entscheidungen sind beziehungsweise welche Koordinationsformen angewandt werden (Bakvis und Brown 2010; Benz 2009; Bolleyer 2006b, 2009; Bolleyer und Börzel 2010; Gress 1996). Während die Forschung die Schweiz grundsätzlich als politisches System einstuft, das einen hohen Grad an horizontaler Koordination und Kooperation zulässt (Bolleyer 2006a: 22, 2009), scheint sie die Fragen weit

32 Weiterentwickelt und systematisiert hat dies Scharpf (1997 und 2000) in seinem Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, der in Kapitel 2.3 vorgestellt wurde.

weniger zu beachten, wer mit wem kooperiert und warum beziehungsweise warum nicht kooperiert wird. Im Gegensatz dazu ist in der Regional-Governance-Literatur die – nicht immer streng horizontale – Zusammenarbeit über verschiedene politische Zuständigkeiten hinweg (bspw. Landesgrenzen überschreitend oder in Metropolitanräumen) schon lange ein Thema (Blatter 2000; Kübler et al. 2003; Ostrom et al. 1961; Sager 2005; Schafran 2013; Scherer und Zumbusch 2011).

Ein weiteres Feld ist die Vollzugsforschung, die sich unter anderem damit beschäftigt, wie nationale Politiken auf gliedstaatlicher Ebene umgesetzt werden (vgl. auch Scharpfs Politikverflechtungsfälle bzgl. Entscheidungsfähigkeit), warum es zu Vollzugsunterschieden kommt, welchen Zusammenhang es zwischen Policy-Designs und der politischen Situation oder deren Umsetzungserfolg gibt (Lester et al. 1987: 2000). Für die Schweiz gibt es Evaluationsstudien in vielen Politikfeldern, die den kantonal unterschiedlichen Vollzug nationaler Gesetzgebung untersuchen (Battaglini und Giraud 2003; Rüefli et al. 2005; Sager 2003; Wichmann et al. 2011). Dies geschieht oftmals im Auftrag von Bundesämtern oder eidgenössischen Kommissionen, um den Umsetzungserfolg zu messen. Linder und Mueller (2017: 221–224) wiederum stellen eine Vierer-Typologie von Interessenlagen auf, um den Umsetzungsgrad nationaler Gesetze zu erklären. Je nachdem wie hoch der Konsens auf Bundes- und Kantonsebene ist, vollziehen die Kantone eine Bundespolitik mehr oder weniger einheitlich und mehr oder weniger im Sinn des Gesetzgebers (vgl. Tabelle 7). In Situation I ist der Konsens bei Bund und Kantonen hoch und damit die Umsetzung gesichert. Ist der Konsens beim Bund hoch, aber bei den Kantonen gering (Situation II), kommt es zu einer unvollständigen Umsetzung, weil der Bund kaum Mittel hat, unwillige Kantone dazu zu zwingen. In Situation III ist auf Bundesebene der Konsens gering, hingegen haben die einzelnen Kantone starke und klare, aber unterschiedliche Präferenzen. Dann kommt es zu einer Instrumentalisierung der Bundesziele. In Situation IV herrscht ein geringer Konsens bei Bund und Kantonen. Folglich wird die Politik kaum umgesetzt.

Tabelle 7 Politische Grundsituationen des Vollzugsföderalismus

Bund	Kantone	
	Konsens hoch	Konsens tief
Konsens hoch	I: gesicherte Umsetzung	II: Teilumsetzung, unvollständige Umsetzung
Konsens tief	III: Instrumentalisierung der Bundesziele	IV: geringe Umsetzung

Quelle: Darstellung nach Linder und Mueller (2017: 221).

Bezogen auf die horizontale Kooperation im Spitalbereich und den sowieso schon schwachen Koordinationsartikel 39 Abs. 2 KVG («Die Kantone koordinieren ihre Planung.») ist es nicht offensichtlich, welche Vollzugssituation vorliegt. Während auf Bundesebene mehrheitlich Konsens hinsichtlich der Koordinati-

onspflicht besteht (vgl. die zahlreichen politischen Vorstösse, die in der Einleitung erwähnt wurden), ist allein schon die vage Formulierung ein Zugeständnis an die Kompetenzordnung und die Autonomie der Kantone; die eigentliche Zielvorgabe ist wenig konkret. Damit ist auch bei hohem Konsens in den Kantonen unklar, was bei einer *gesicherten Umsetzung* geschieht (Situation I), vor allem weil es für die Umsetzung nicht nur den Konsens in den einzelnen Kantonen sondern in allen – insbesondere den benachbarten – Kantonen braucht. Damit scheint eine Teilumsetzung wie in Situation II unmittelbar am wahrscheinlichsten. Um über diese illustrative Typologie hinaus Gründe für das Gelingen oder Scheitern von Kooperationen ausmachen zu können, braucht es weitere Erklärungsansätze.

3.1.1 Gemeinsame Probleme lösen – ein Urmotiv für Kooperation

Klassiker der Kooperationsliteratur verorten den Ursprung von Kooperation im Bestreben der Gesellschaften, Probleme des kollektiven Handelns zu lösen (Olson 1965; Ostrom 1998). So soll eine Übernutzung von Allmenden (Weideland, Fischgründe) durch Einzelne verhindert und sichergestellt werden, dass nicht kurzfristige Eigeninteressen das längerfristige Wohlergehen einer Gemeinschaft gefährden. Als Grundannahme wird den Menschen unterstellt, dass sie eigennutzorientiert sind (z.B. Axelrod 1984).³³ Daraus lässt sich im Sinne von Rational-Choice ableiten, dass dann kooperiert wird, wenn es sich lohnt. Doch sind zusätzlich soziale Normen wie Reziprozität, Vertrauen und Reputation eminent wichtig dafür, welche Kooperationslevels erreicht werden (Ostrom 1998). Im Bereich der Kooperation in Metropolitanräumen, ebenso in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, gelten denn auch Interdependenzen oder ein gemeinsames öffentliches Gut als ausschlaggebend dafür, dass Kooperationen entstehen, die politische Grenzen überschreiten (Blatter 2004; Scherer und Zumbusch 2011).

Dennoch gehen horizontale Föderalismustheorien meistens von einem kompetitiven Verhältnis zwischen Gliedstaaten aus – zumindest in den USA (Bowman 2004: 536). Dabei gibt es Potential für kooperatives Verhalten zwischen Gliedstaaten:

Kooperation, vielleicht am ehesten als Antithese zu rivalisierendem Wettbewerb zu verstehen, ist ein plausibles Verhalten unter Staaten in einem föderalen System. Staaten haben oftmals gemeinsame Probleme oder möchten eine gemeinsame Agenda verfolgen und bilden deshalb Allianzen und Netzwerke mit anderen Staaten. Demnach beinhaltet kooperatives Verhalten typischerweise, dass Staaten auf ein gemeinsa-

33 In Axelrods (1984) Klassiker der Spieltheorie «The Evolution of Cooperation» beschreibt er, wie in einem wiederholten Gefangenendilemma selbst unter eigennutzorientierten Spielerinnen und Spielern sich kooperative Spielstrategien durchsetzen. Die Erkenntnisse beruhen auf zwei Computertouren. Als erfolgreichste Strategie erwies sich die einfache Tit-For-Tat-Strategie.

mes Ziel hin zusammenarbeiten, wie das gemeinsame Verfolgen eines bestimmten Ziels. (Bowman 2004: 536, eigene Übersetzung)³⁴

In diesem Zitat treten mehrere Motive für horizontale Zusammenarbeit hervor. Zum einen geht es um geteilte, ähnliche Probleme, für die man gemeinsam eine Lösung finden will. Denn in vielen Fällen gibt es keine offensichtlichen Nachteile oder nahezu nur Vorteile, wenn Gliedstaaten vom Wissen des anderen profitieren können oder durch Zusammenarbeit gar Ressourcen sparen. Zum anderen verfolgen Gliedstaaten eine gemeinsame Agenda. Ein mögliches Motiv dahinter ist – ähnlich wie in der Schweiz – der Versuch, einer nationalen einheitlichen Gesetzgebung zuvorzukommen. Die Gliedstaaten der USA finanzieren dazu die 2sionelles Gremium, das nach wiederholten konsultativen Schritten einheitliche Gesetzesvorschläge für die Gliedstaaten ausarbeitet. Letztlich ist es aber den individuellen Gliedstaaten überlassen, ob sie den Vorschlag übernehmen wollen oder nicht (Bowman 2004: 538). Zusammengefasst geht es um gemeinsame Problemlösung und Interessenvertretung, doch sind die Voraussetzungen dazu nicht überall gleich günstig, wie im Anschluss erläutert wird.

3.1.2 Kooperationsfreundliche Institutionen für den horizontalen Föderalismus

In einer international vergleichenden politikwissenschaftlichen Perspektive wird der Rolle von politischen Institutionen für die horizontale intergouvernementale Zusammenarbeit einige Bedeutung beigemessen. Ein besonderes Gewicht kommt dabei den intragouvernementalen Regeln zu, welche den Handlungsspielraum von Regierungen in intergouvernementalen Beziehungen abstecken. In pluralistischen parlamentarischen Demokratien sind dies zum Beispiel der partei- und machtpolitische Wettbewerb, in stärker fragmentierten Systemen (wie Präsidialismus oder Föderalismus) Willensbildungsprozesse in Verhandlungen (siehe Benz 2004: 133).³⁵ Dem geht auch Bolleyer in verschiedenen Forschungsbeiträgen nach (Bolleyer 2009; Bolleyer und Börzel 2010, 2014; Bol-

34 Im englischen Sprachgebrauch und gerade in der Föderalismus- oder Multilevel-Governance-Forschung ist unter «state» im Normalfall die gliedstaatliche Ebene zu verstehen. Der Nationalstaat wird in der Regel als *federal state* bezeichnet.

35 Eine empirische Umsetzung dieses Arguments findet sich bei Bowman (2004). Sie berücksichtigt die unterschiedliche parteipolitische Dominanz in der Exekutive (Gouverneur) und den legislativen Kammern auf gliedstaatlicher Ebene als Erklärungsfaktor für horizontale Zusammenarbeit in den USA in ihren statistischen Modellen. Sie findet keine empirische Evidenz für einen Einfluss, was meines Erachtens an ihrer Kodierung liegen mag (-1 für eine vollständige demokratische Dominanz, 0 für einen demokratischen/republikanischen Gouverneur mit gegenteiligen Mehrheiten in beiden Kammern, 1 für eine vollständige republikanische Dominanz). Denn unmittelbar besteht maximale Handlungsfähigkeit sowohl bei einer kompletten Dominanz von Demokraten wie Republikanerinnen. Ein Argument, weshalb diese sich punkto Kooperationsbereitschaft unterscheiden sollten, liefert Bowman nicht.

leyer und Bytzek 2009). An dieser Stelle gehe ich etwas ausführlicher auf die Forschungsergebnisse insbesondere aus Bolleyers Buch «Intergovernmental Cooperation» von 2009 ein, weil es interessante Einsichten in das horizontale Kooperationsrepertoire des schweizerischen Systems bereithält. Im Buch stehen die Fragen im Vordergrund, warum die institutionellen Setups für die intergouvernementale Zusammenarbeit so unterschiedlich sind und wie dies die Fähigkeit grenzüberschreitende Probleme zu lösen beeinflusst. Fallstudien zu den USA, Kanada, der Schweiz und der EU³⁶ zeigen, wie vielfältig Institutionen sein können, die Staaten für die horizontale Kooperation einrichten. Bolleyer (2009: 227) kommt zum Ergebnis, dass das Verhältnis zwischen Legislative und Exekutive auf gliedstaatlicher Ebene die Institutionenbildung (Grad der Integration) und die von den Regierungen gewählten Kooperationsstrategien beziehungsweise das Repertoire hinsichtlich Verbindlichkeit massgeblich prägt, weil sie unterschiedlich sensibel auf Autonomieverlust reagieren (Bolleyer 2009: 227). Zentrale Kenngrössen sind die internen Machtstrukturen in den Gliedstaaten. Diese reichen von Machtkonzentration (Kanada) über obligatorische Machtteilung, wie im Präsidentialismus der USA, zu einer freiwilligen Machtteilung wie in den übergrossen Koalitionsregierungen der Schweiz (freiwillige Konkordanz; relative Unabhängigkeit zwischen Legislative und Exekutive aufgrund der je separaten Volkswahl). Regierungen in machtteiligen Systemen müssen weniger einen Autonomieverlust durch intergouvernementale Organisationen oder Vereinbarungen befürchten; in machtkonzentrierenden Systemen hingegen fallen eventuell unbeliebte Entscheide direkt auf die Regierung zurück, weshalb sie ungerne Entscheidungsfreiheit abgeben. Dies beeinflusst den Institutionalisierungsgrad der sogenannten intergouvernementalen Arrangements (IGA). Eine weitere Dimension ist die Integration dieser IGAs, also das Verhältnis und die Zusammenarbeitsbereitschaft zwischen den verschiedenen intergouvernementalen Institutionen horizontal und vertikal (Bolleyer 2009: 137 ff.). Die Schweiz mit der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) sowie den zahlreichen Ministerkonferenzen auf fachlicher Ebene schneidet in diesem Punkt als hoch integriertes System ab (Bolleyer 2009: 205). Abhängig vom institutionellen Setup und der Machtteilung zwischen Legislative und Exekutive, steht den (Glieder-)Staaten eine unterschiedliche Bandbreite an Instrumenten zur Policy-Koordination zur Verfügung. Bolleyer (2009: 223) unterscheidet zwischen fünf Arten: Allen Staaten und der EU steht erstens eine zentralisierte, nationale Entscheidungsfindung offen, die rechtlich verbindlich und auch durchsetzbar ist. Die zweite Möglichkeit ist die gemeinsame Entscheidungsfindung, die ebenfalls rechtlich verbindlich und durchsetzbar ist (z. B. zwischenstaatliche Verträge, Konkordate oder EU-Gesetze, die der einstimmigen Zustimmung der Mitgliedsregierungen bedürfen). Der dritte Modus existiert nur in der EU. Hierbei handelt es sich um

36 Die Europäische Union wird bei Bolleyer (2009) und Bolleyer und Börzel (2010) als Quasi-Föderation beziehungsweise als Mehrebenensystem zusammen mit den anderen Föderalstaaten ebenfalls untersucht (siehe auch Bolleyer und Börzel 2014).

nichtdurchsetzbare Entscheidungsfindungen, die zwar rechtlich verbindlich, aber nicht reell durchsetzbar sind. Viertens gibt es in der Schweiz und der EU die sogenannte intergouvernementale Zusammenarbeit (Collaboration), welche weder rechtlich verbindlich noch durchsetzbar ist. Für die EU beispielhaft ist die sogenannte *Open Method of Coordination*, welche über unverbindliche Empfehlungen, Benchmarks usw. funktioniert. Analog dazu wirken in der Schweiz Richtlinien und Empfehlungen von mehr oder weniger stark institutionalisierten, politikspezifischen Direktorenkonferenzen auf vergleichbare Weise harmonisierend und koordinierend. Schliesslich steht wiederum allen die Policy-Nachahmung oder die einseitige Anpassung zur Verfügung (Bolleyer und Börzel 2010: 177 f.).

Aus Bolleyers (2009) Studie kann für die Schweiz zusammenfassend festgehalten werden, dass ihr ein überaus breites Spektrum an Instrumenten zur Politik-Koordination zur Verfügung steht. Die freiwillige Machtteilung im Rahmen der auch auf kantonaler Ebene üblichen Konkordanz begünstigt die Institutionalisierung intergouvernementaler Institutionen zusätzlich. Gepaart mit dem breiten Repertoire an Koordinationsinstrumenten attestiert Bolleyer (2009) der Schweiz damit eine hohe Problemlösungsfähigkeit, um kantonsübergreifende Interdependenzen zu bewältigen. Was in dieser Analyse der Institutionenbildung und dem damit einhergehenden Instrumentarium zur Politik-Koordination aber aussen vor bleibt, sind die Motive für eine Zusammenarbeit zwischen bestimmten Kantonen, für unterschiedliche Kooperationstiefen oder für einen allfälligen Verzicht auf Zusammenarbeit.

3.1.3 Horizontale Kooperation in der Forschungsliteratur

In der Literatur zur *Regional Governance* spielen Netzwerke und ihre Organisationsstruktur sowie personelle Zusammensetzung eine entscheidende Rolle für das Gelingen regionaler Steuerung (Scherer 2006; Scherer und Zumbusch 2011). Weit stärker als beispielsweise in der klassischen Föderalismusliteratur, nehmen in der Governance-Literatur zivilgesellschaftliche und wirtschaftliche Akteure eine gewichtige Stellung ein (Benz 2004: 130). Fürst (2007: 356) meint sogar, im deutschsprachigen Raum werde erst dann von «Regional Governance» gesprochen, wenn verschiedene Akteure aus Politik, Verwaltung, der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft zusammenkommen, um in netzwerkartigen, selbstgesteuerten Strukturen die regionale Entwicklung voranzutreiben.

Die regionalwissenschaftliche und die Governance-Literatur können einiges Licht auf die Gründe und Ursachen für Kooperationen ausserhalb der vorgegebenen politischen Strukturen – nationale oder subnationale Grenzen überschreitend – werfen. Beispiele dafür sind Probleme mit Umweltverschmutzung oder die Steuerung von Metropolitanräumen, welche nicht an Grenzen Halt machen. Sie forschen auch über Erfolgsfaktoren für regionale Netzwerke, welche sich in der Entstehungsphase hauptsächlich auf den Kontext, die lokale Situation und die Akteure und das Netzwerk beziehen und im Prozess dann wesentlich vom Prozessmanagement, dem institutionellen Rahmen und der Akteurskons-

tellation abhängen (Scherer 2006: 111–121; vgl. auch Fürst 2007: 358ff.). Insgesamt liegt der Fokus der Governance-Perspektive auf Steuerungsformen der Zusammenarbeit staatlicher und nichtstaatlicher Akteure, typischerweise in Netzwerken, die sich selbst organisieren (Fürst 2001: 378). Regional Governance beschreibt Fürst (2004: 46) als «Formen der regionalen Selbststeuerung in Reaktion auf Defizite sowie als Ergänzung der marktlichen und der staatlichen Steuerung. Sie tritt dort auf, wo das Zusammenspiel staatlicher, kommunaler und privatwirtschaftlicher Akteure gefordert ist, um Probleme zu bearbeiten.» Auch hier kommt klar zum Ausdruck, dass ein zentrales Merkmal von Governance die Abkehr von den klassischen staatlichen und hierarchischen Strukturen – oder zumindest deren Ergänzung – ist und typischerweise nichtstaatliche Akteure einbezieht. Im vorliegenden Buch hingegen liegt der Schwerpunkt zwar ebenfalls auf interorganisationaler, respektive intergouvernementaler Zusammenarbeit. Es handelt sich dabei aber primär um politische Entscheidungsträger und ihre kantonalen Verwaltungen, die einander gleichgestellt und insgesamt recht ähnlich sind. Dennoch können Institutionalisierungsprozesse aus der Regional-Governance-Literatur allenfalls Hinweise auf das Entstehen dieser mehr oder weniger formellen Kooperationen geben.

Ein solches Beispiel ist die Studie «Entgrenzung der Staatenwelt? Politische Institutionenbildung in grenzüberschreitenden Regionen in Europa und Nordamerika» von Blatter (2000). Darin untersucht er Formen der grenzüberschreitenden politischen Zusammenarbeit und sucht nach Erklärungen für die Unterschiede zwischen den Regionen und über die Zeit. Für das Thema dieses Buches besonders interessant sind die Ergebnisse zu den Einflussfaktoren für die politische Institutionalisierung der Zusammenarbeit. So identifiziert Blatter verschiedene Polity-Faktoren als wichtige Auslöser für eine Zusammenarbeit. Für die internationale grenzüberschreitende Zusammenarbeit stellt er fest, dass politisch-strukturelle und kulturelle Ähnlichkeiten eine Kooperation weit stärker begünstigen als funktionelle Problemlagen (Blatter 2000: 258f.). Ausserdem sind externe Leitideen, aber auch der Wettbewerb zwischen verschiedenen staatlichen Ebenen, mitbestimmend (Blatter 2000: 257). Solchen Leitideen könnte im Kontext der Spitalversorgungsplanung ein politischer nationaler Diskurs zur Zusammenarbeit beziehungsweise zu grösseren Gesundheitsregionen entsprechen, der einen Anreiz für eine freiwillige horizontale Kooperation auf kantonaler Ebene bildet. Demgegenüber sind Policy-Faktoren und der funktionale Problemdruck bei der Institutionenbildung wenig bedeutsam, bei der Problemlösung allerdings schon. Gerade Policy-Paradigmen tragen zu einem gemeinsamen Problemverständnis bei, was wiederum zu einer grösseren Akzeptanz von Lösungskonzepten führt (Blatter 2000: 265, 272). Interessant ist weiter sein Ergebnis, dass «beim grenzüberschreitenden »Verbünden«» (Blatter 2000: 268) nicht materiell benachteiligte Grenzregionen grenzüberschreitend nach Verbündeten suchen; vielmehr seien es meistens florierende Regionen, und dies vor allem in Phasen wirtschaftlichen Wohlergehens. Das deckt sich mit Carr et al. (2007), laut denen es einen gewissen Grad an Ressourcenausstattung braucht, damit Lokalregie-

rungen horizontale Kooperationen eingehen. Die Frage ist, ob in diesem Sinn auch Hypothesen für die kantonale Zusammenarbeit aufgestellt werden können, dass entgegen der Erwartung nicht unbedingt materiell benachteiligte Kantone besonders stark eine Zusammenarbeit suchen.

Blatter (2000: 270) findet ausserdem in seinen Fallstudien Evidenz dafür, dass historische Erfahrungen die grenzüberschreitenden politischen Identitäten weniger prägen als zeitgenössische Diskurse oder die Bildung von Institutionen auf übergeordneter Ebene wie die Europäische Union. Dieses Resultat steht etwas im Gegensatz zu Bochsler und Sciarini (2006: 31 ff.), welche für die Schweiz die gemeinsame Tradition weiterhin als kooperationsfördernd identifizieren. Blatters (2000: 274 f.) Fazit ist, dass die ideellen Faktoren, also übergeordnete Leitideen und Diskurse, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit weit stärker prägen, als dies bisher angenommen wurde, und insbesondere funktionale und rationalistische Erklärungen angepasst werden müssen.

Insgesamt geht Blatter (2000) zwar nicht darauf ein, warum genau diese oder jene Kooperationspartner gewählt wurden. Da er sich per Definition auf (nationale) Grenzen überschreitende Kooperationen konzentriert, steht den einzelnen Akteuren auch nur eine stark begrenzte Anzahl möglicher Partner zur Verfügung, anders als bei den meisten Kantonen. Allerdings geben die Faktoren für eine (erfolgreiche) Institutionalisierung Hinweise darauf, was das Entstehen einer Kooperation begünstigen kann. Im innerstaatlichen Kontext sind dafür gewisse Schranken sicher deutlich kleiner, weil alle mit dem gleichen zentralstaatlichen Akteur im Hintergrund – und damit mit ähnlichen Leitideen – operieren.

Die *Public-Management-Forschung* beschäftigt sich ebenfalls mit Koordination und Kollaboration. Der Untersuchungsgegenstand ist hier typischerweise nicht eine bestimmte Policy oder ein politisches System, sondern die öffentliche Verwaltung in all ihren Facetten. Der Schwerpunkt liegt auf der Abstimmung und Zusammenarbeit, auf der Steuerung verschiedener Behörden, Ämter und Verwaltungsstellen mit dem Ziel, effiziente und effektive Dienstleistungen für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. So verfolgt Bardach (1998) mit seinem Buch «Getting Agencies to Work Together. The Practice and Theory of Managerial Craftsmanship» das Ziel, Verwaltungsstellen zur Zusammenarbeit zu bringen. Zumindest untersucht er Möglichkeiten, wie durch Verhaltens- und Prozessänderungen die Zusammenarbeit und das Ergebnis der Verwaltung verbessert werden kann, ohne die Organisationsstrukturen ändern zu wollen (Bardach 1998: 16). Connelly et al. (2014: 23 f.) identifizieren mehrere Paradoxa in der Zusammenarbeit, welchen es mit geeigneten Management-Praktiken zu begegnen gilt. Sie bewegen sich damit ebenfalls auf der Ebene der Praktiken der einzelnen Akteure. Die Verbesserung der Koordination innerhalb der Verwaltung erscheint insgesamt als wichtiges Anliegen innerhalb der Public-Management-Literatur. Es gibt ganze Literaturstränge, die sich mit *Joined-up-government* oder *Whole-of-government* beschäftigen. Diese Steuerungsansätze in der

öffentlichen Verwaltung werden als Korrektiv zur Einführung von NPM betrachtet, das zu einer grösseren Fragmentierung und einem gewissen Steuerungsverlust durch die politisch Verantwortlichen und einem erhöhten Koordinationsbedarf geführt habe (Christensen et al. 2007: 390).

Ein Beispiel dafür ist der Artikel von Christensen und Lægreid (2008) zu Koordination in Norwegens nationaler Verwaltung. Darin untersuchen sie beispielsweise die Erfahrungen der Verwaltungsangestellten mit Koordination. Hintergrund dafür ist, dass auch in Norwegen mit der Einführung von NPM eine stärkere Fragmentierung der Dienststellen usw. einhergegangen sei, was zu verstärktem Abstimmungsbedarf geführt habe (Christensen und Lægreid 2008: 98f.). Sie untersuchen dabei die Bedeutung von strukturellen, kulturellen und demographischen Erklärungsfaktoren. In der Analyse der Koordinationserfahrungen unterscheiden die Autoren dabei zwischen horizontaler und vertikaler sowie verwaltungsinterner und -externer Koordination. Hierbei stellen sie fest, dass die Zufriedenheit mit der vertikalen Abstimmung sowohl intern als auch extern höher ist als mit der horizontalen Abstimmung, vor allem wenn man sie mit der horizontalen internen Abstimmung zwischen verschiedenen Dienststellen, Ministerien usw. vergleicht. Verwaltungsangestellte nehmen Koordination um so positiver wahr, je stärker das gegenseitige Vertrauen ist (Christensen und Lægreid 2008: 114). Ausserdem erleben Mitarbeitende in Ministerien die interne vertikale Koordination als besser als ihre Kolleg:innen in anderen, regierungsferneren Behörden und Ämtern. Die beiden Autoren argumentieren, dies liege unter anderem an der Rolle der Ministerialbeamt:innen, die im Allgemeinen als die Koordinator:innen auftreten, während die Kolleg:innen in untergeordneten Behörden und Ämtern die Koordinierten seien (Christensen und Lægreid 2008: 107). Nebst solchen strukturellen Faktoren erweisen sich insbesondere kulturelle Aspekte als wichtig (Christensen und Lægreid 2008: 114). Die Logik der Angemessenheit spielt dabei eine entscheidende Rolle und die Wahrnehmung davon, was angemessen sei, geschehe über Sozialisierung (Christensen und Lægreid 2008: 103). «Wenn Staatsbedienstete und ihre Führung gemeinsame Normen und Werte haben, kann dies die tatsächliche Koordination erleichtern» (Christensen und Lægreid 2008: 103, eigene Übersetzung). Die statistischen Ergebnisse bestätigen denn auch, dass gegenseitiges Vertrauen sehr wichtig ist für eine positive Wahrnehmung von Koordination (Christensen und Lægreid 2008: 110, 114).

Nun befassen sich die beiden Autoren primär mit der Koordination innerhalb der Zentralverwaltung. Sie berühren aber auch die Koordinationsbeziehungen mit lokalen Behörden, gesellschaftlichen Akteuren und internationalen Organisationen wie der EU. Die intergouvernementalen Beziehungen auf gliedstaatlicher Ebene liegen hingegen ausserhalb ihres Forschungsinteresses. Die Resultate von Christensen und Lægreid (2008) basieren auf der persönlichen Einschätzung verschiedener Dimensionen von Koordination der befragten Beamten und Beamtinnen. Und auch wenn nicht ganz klar wird, was die Autoren unter Koordination verstehen, gleichen ihre Ergebnisse doch einigen Resultaten aus

der Föderalismusforschung und anderen Beiträgen. Sie alle kommen zum Ergebnis, dass gegenseitiges Vertrauen die Kooperationsbereitschaft fördert. Die verschiedenen Forschungsbeiträge bringen dies teilweise in Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur gleichen Partei (Gilardi und Füglistner 2008) oder zur gleichen regionalen Direktorenkonferenz (Füglistner 2012). Gilardi und Wasserfallen (2016) kommen in ihrer Studie zum Steuerwettbewerb in der Schweiz zum Schluss, dass Sozialisierung in gleichen Gremien (namentlich der regionalen Finanzdirektorenkonferenzen) zur Herausbildung von gemeinsamen Normen darüber führe, was ein angemessenes Mass an Wettbewerb sei. Sie argumentieren also ähnlich wie Christensen und Lægreid (2008) mit Sozialisierung und Herausbildung von geteilten Normen, welche sich aufgrund der wiederholten Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten entwickle. Gilardi und Wasserfallen (2016: 62) kommen zum Ergebnis, dass die Mässigung des Steuerwettbewerbs quasi ein Nebenprodukt der sozialen Interaktionen der Politikverantwortlichen sei, wenn sie bei der Lösung alltäglicher Kooperationsaufgaben zusammenarbeiten oder gemeinsame Strategien zur Aufrechterhaltung der kantonalen Autonomie entwickelten. Auch wenn die beiden Autoren das Wort Vertrauen nicht verwenden, schwingt dennoch mit, dass aufgrund der persönlichen Treffen eine ausreichende Vertrauensbasis vorhanden ist, um gemeinsame Werte und Normen aufrechtzuerhalten und einen potenziell ruinösen Steuerwettbewerb zu verhindern.

Es scheint sich also zu lohnen, das gegenseitige Vertrauen in irgendeiner Form zu berücksichtigen. Die konkrete Umsetzung ist jedoch alles andere als trivial. Denn in den empirischen Ergebnissen zur Schweiz konnte Bochsler (2009) statistisch keine Evidenz dafür finden, dass es sich positiv auf den Abschluss von Konkordaten auswirkt, wenn die Regierungen zweier Kantone ähnliche politische Mehrheiten aufweisen. Füglistner (2012: 333f.) hingegen fand empirische Evidenz für ihre Hypothese, dass die Angehörigkeit zur gleichen regionalen Direktorenkonferenz die Policy-Diffusion erfolgreicher Politiken fördert.³⁷

Das zweite Ergebnis, dass insbesondere die vertikale Koordination als besser erlebt wird als die horizontale Koordination, passt ebenfalls gut mit der Föderalismusforschung zusammen. Auch dort wird dem höheren Institutionalisierungsgrad der vertikalen gegenüber der horizontalen Dimension ein positiver Einfluss beigemessen. Zudem lässt sich ein gewisses hierarchisches Über- und Unterordnungsverhältnis annehmen, das die interne Abstimmung zur Norm macht, während die horizontale Abstimmung jedes Mal aktiv gesucht werden muss. Für die Schweiz kann man dem ein Stück weit entgegenhalten, dass zumindest die Gefässe für den Informationsaustausch zwischen den Kantonen fest institutionalisiert sind und diese zum Teil auch koordinative Wirkung entfalten. So gehört die Konsultation betroffener Kantone in Form von Vernehm-

37 Für die vorliegende Publikation ist es allerdings keine Option, die Zugehörigkeit zur gleichen regionalen GDK als Mass für gegenseitiges Vertrauen zu verwenden, da die Teilnahme an derartigen Gremien als Koordinationsaktivität gezählt wird und somit in die abhängige Variable einfließt.

lassungen ebenso zum Standardrepertoire wie die Teilnahme an den diversen Direktoren- und Fachbeamtenkonferenzen auf nationaler und regionaler Ebene (Schnabel und Mueller 2017).

Die Beiträge zu Kooperation aus der Public-Management-Literatur lassen sich nur mit Vorsicht auf die vorliegenden Forschungsergebnisse übertragen. Denn der Fokus liegt oftmals auf der Abstimmung innerhalb der Verwaltung oder im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Akteuren sowie allenfalls mit über- und untergeordneten staatlichen Ebenen. Die horizontale Zusammenarbeit zwischen Kantonen hat eine andere Qualität. Hier arbeiten voneinander unabhängige Behörden oder Regierungen zusammen, die rechtlich ebenbürtig sind, und keine Seite ist gegenüber der anderen weisungsbefugt. Was hingegen die Aspekte der Vertrauensbildung betrifft, können diese durchaus auf die Zusammenarbeit zwischen Exekutivmitgliedern und erst recht auf deren Verwaltungen übertragen werden.

Die *Diffusionsforschung* hat einige interessante Studien zur Schweiz zu bieten (Füglister 2012; Gilardi 2010; Gilardi und Füglister 2008; Gilardi et al. 2009). Während die Föderalismusforschung fragt, wer mit wem kooperiert und warum, heisst es in der Diffusionsforschung: Wer lernt was von wem und warum? Aufgrund dieser Ähnlichkeiten lohnt es sich, diese Literatur ebenfalls heranzuziehen.

Unter Policy-Diffusion versteht man das Phänomen, dass sich Politikreformen und neue Herangehensweisen in bestimmten Politikbereichen von einem (Glied-)Staat zu anderen verbreiten. Wie die Ähnlichkeit der grundlegenden Fragen nahelegt, weisen die Lernprozesse und das Verbreiten politischer Praktiken gewisse verwandte Züge mit dem Phänomen grenzüberschreitender Kooperationen auf. So beruht die Auswahl der Policy-Vorbilder teilweise auf ähnlichen Kriterien wie die Auswahl der Kooperationspartner. Für beide gilt, dass die Vorbilder, respektive die Kooperationspartner, nicht willkürlich ausgewählt werden. Ausschlaggebend können eine vergleichbare Problemlage oder funktionaler Druck sein, die in einem bestimmten Bereich Kantone entweder zur Zusammenarbeit (interkantonale Kooperation) oder zu einer Reform (Policy-Diffusion) zwingen.

In einer Studie zu Diffusionsprozessen von Prämienverbilligungspolitiken kommen Gilardi und Füglister (2008: 438 f.) zum Ergebnis, dass Diffusion vor allem dann stattfindet, wenn zwei Kantone sich ähnlichen Problemlagen ausgesetzt sehen, sich geografisch nahestehen, die Beispielpolitik erfolgreich ist und die Gesundheitsminister der gleichen Partei angehören. Letzteres scheint insbesondere für die Christlichdemokratische Volkspartei (CVP) zu gelten (Gilardi und Füglister 2008: 432 ff.). Hingegen hat die gemeinsame Sprache offenbar keinen von der Zugehörigkeit zur gleichen Region unabhängigen Einfluss.³⁸

38 Hier stellt sich meines Erachtens allerdings die Frage nach Multikollinearität, denn es gibt nur wenige mehrsprachige Regionen.

Füglister (2012) argumentiert in ihrem Beitrag «Where does learning take place? The role of intergovernmental cooperation in policy diffusion», dass Politiknetzwerke und Policy-spezifische Organisationen als Gefäss für Policy-Diffusion dienen. Diese Organisationen und Netzwerke sind erstens Orte, an denen ein intensiver Austausch stattfindet. Dieser kann helfen, die Effektivität anderer Policies besser zu verstehen, und schafft so ideale Voraussetzungen für Policy-Learning. Zweitens können durch den Austausch gemeinsame Normen oder die Überzeugung entstehen, dass eine bestimmte Lösung die einzig mögliche sei. Dies wiederum begünstigt Nachahmungseffekte. Werden im Rahmen solcher Politiknetzwerke vorwiegend erfolgreiche Politiken übernommen, kann daraus abgeleitet werden, dass Lernprozesse stattfinden (Füglister 2012: 321).

Das Argument, zwischen der gemeinsamen Teilnahme an interkantonalen Gremien und Lerneffekten bestehe eine Verbindung, scheint auch für die bi- oder multilaterale Kooperation relevant zu sein. Nimmt ein Kanton an der gleichen regionalen Gesundheitsdirektorenkonferenz oder im Vorstand der nationalen GDK teil, ist die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöht, dass er erfolgreiche Politiken eines anderen Teilnehmers übernimmt. Dies zeigt Füglister (2012: 333f.) anhand der kantonalen Prämienverbilligungspolitik. Sowohl das empirische Ergebnis als auch die theoretische Erklärung für die Bedeutung einer Zusammenarbeit im gleichen Gremium drängen auf, diesen Erklärungsfaktor der Vertrauens- und Normenbildung auch in einer Analyse interkantonomer Kooperationen ausserhalb der institutionalisierten Gremienzusammenarbeit zu berücksichtigen.³⁹

Die Schweizer Föderalismusforschung hat sich in den letzten Jahren in beachtlichem Ausmass mit horizontaler Kooperation beschäftigt, insbesondere mit den Auswirkungen der grossen Föderalismusreform NFA, der Neuordnung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, von 2008 (Arens 2020; Arens et al. 2017; Arnold et al. 2019; Stöckli 2019; Strebel 2014; Wasserfallen 2015). Mit der Stärkung und Formalisierung der interkantonalen Zusammenarbeit geht auch eine Stärkung der Exekutiven einher. Strebel (2014) untersucht, wie die kantonalen Parlamente bei interkantonalen Vereinbarungen einbezogen werden und deren Rolle gestärkt werden könnte. Arens et al. (2017: 195) und Arnold et al. (2019) stellen, anders als vermutet, keine eigentliche Zunahme sondern eine Konsolidierung der horizontalen Kooperation auf hohem Niveau fest. Für diese und weitere Beiträge gilt, dass sie vorwiegend das Gesamtsystem im Blick haben und kaum die Relation zwischen einzelnen Kantonen.

Anders sieht es mit den Autoren Bochsler und Sciarini aus, die sich ebenfalls eingehender mit der interkantonalen Zusammenarbeit beschäftigen. Sie erstellten eine Datenbank mit rund 760 Konkordaten von den Anfängen des schweizerischen Bundesstaates bis ins Jahr 2005. Auf dieser Basis haben sie

39 Die gemeinsame Gremienarbeit ist in dieser Studie allerdings Teil der abhängigen Variablen, weshalb die Zugehörigkeit zur gleichen regionalen GDK nicht zur Messung von Vertrauensbildung verwendet werden kann.

diverse Forschungsbeiträge publiziert. Weil diese teils in eine ähnliche Richtung gehen wie die vorliegende statistische Analyse der horizontalen Zusammenarbeit, bespreche ich ihre Beiträge ausführlicher. Sie sind eine wesentliche Inspirationsquelle punkto Erklärungsfaktoren (Kapitel 3.2), die ich weiterentwickle und auf ein erweitertes und nuancierteres Kooperationsverständnis anwende.

In ihrem Buchkapitel aus dem Jahr 2006 widmen sich Sciarini und Bochsler der schleichenden Föderalismusreform, welche mit der Hinwendung zur interkantonalen Zusammenarbeit geschehen sei, und beleuchten deren Beiträge, Verheissungen und Grenzen (Sciarini und Bochsler 2006: 267). Ganz besonders stellen sie einen Trade-off zwischen demokratischer Legitimität und Effektivität der Zusammenarbeit fest. Sie sind eher pessimistisch, dass sich dieser durch einen stärkeren Einbezug der kantonalen Parlamente lindern liesse, da sich die Milizpolitiker oftmals bereits ohne die interkantonalen Vorlagen durch die schiere Menge ihrer Aufgaben am Rand der Überforderung fühlten (Sciarini und Bochsler 2006: 282). Das Kapitel widmet einen kurzen Abschnitt den Erklärungsfaktoren, die den Abschluss von Konkordaten begünstigen, nämlich die geografische Nähe, Sprache und Tradition. Insbesondere die religiöse Spaltung, die historisch eine entscheidende Rolle in der Schweizer Politik gespielt hat, beeinflusst die heutigen Kooperationsstrukturen nach wie vor und ist als Stellvertreter für Tradition zu verstehen (Bochsler und Sciarini 2006: 31 ff.; Sciarini und Bochsler 2006: 277). Hingegen fällt der potenzielle negative Einfluss unterschiedlicher Parteizugehörigkeit zwischen Schweizer Kantonen eher gering aus, da aufgrund von weit verbreiteten Koalitionsregierungen und nur wenigen rot-grün dominierten Kantonsregierungen der Links-Rechts-Konflikt die intergouvernementale Zusammenarbeit kaum beeinflusst (Bochsler und Sciarini 2006: 33; Bolleyer 2006b: 489).

Im Beitrag «A QAP Network Analysis of Intergovernmental Cooperation of Swiss Cantons» untersucht Bochsler (2008) verschiedene Erklärungsansätze für die unterschiedliche Häufigkeit interkantionaler Kooperationen und unterscheidet nach verschiedenen Politikbereichen. Dabei grenzt er sich von Bolleyers (2006b, 2009) Ansatz ab, der das vergleichsweise hohe Ausmass an horizontaler Kooperation der Schweiz vor allem mit Zügen der Konkordanzdemokratie zu erklären sucht. Bochsler (2008: 147 f.) stellt dazu fünf Hypothesen auf: Erstens kooperieren kleine Kantone häufiger. Das Argument dahinter ist, dass sie allein schneller als grosse mit der Bewältigung komplexer Aufgaben überfordert sind. Ähnlich argumentiert Bowman (2004), wenn sie auf die staatliche Leistungsfähigkeit (State Capacity) als Determinante für Kooperationsbereitschaft der US-amerikanischen Gliedstaaten verweist. Zweitens kooperieren Nachbarkantone häufiger. In vielen Bereichen spielt die unmittelbare Nähe eine bedeutende Rolle, namentlich im Spitalbereich oder auch im Strassenunterhalt. Drittens spielt die Sprache eine Rolle. Gerade in bildungspolitischen und kulturellen Themen fördert eine gemeinsame Sprache das Interesse an einer Kooperation. Viertens testet er die Hypothese, dass politische Differenzen die Zusammenarbeit behindern, auch wenn bereits argumentiert wurde, dieser Faktor sei für

die Schweiz nicht massgeblich. Die Begründung ist, dass mit der Umsetzung von Konkordaten politische Kosten wie ein teilweiser Autonomieverlust verbunden sein können. Sind die Differenzen in der Zusammensetzung der Kantonsregierungen gross, nehmen die Politikerinnen und Politiker den Autonomieverlust beziehungsweise das Anpassenmüssen bestimmter Politiken (Policies) als heikler wahr. Schliesslich geht Bochsler davon aus, dass der Grenznutzen von weiteren Konkordaten abnimmt. Die statistischen Analysen bestätigen die Hypothesen zur geografischen Nähe, zur gemeinsamen Sprache und zum abnehmenden Grenznutzen von Kooperationen. Kleine Kantone kooperieren allerdings nicht häufiger. Auch die parteilichen Differenzen scheinen keine bedeutende Rolle zu spielen (Bochsler 2008: 152–156).

3.2 Erklärungsfaktoren für gliedstaatliche Kooperation

Basierend auf diesem Literaturüberblick entwickle ich nachfolgend Ansätze, die unterschiedliche Kooperationsniveaus zu erklären suchen, und übertrage sie auf den konkreten Forschungsgegenstand in Form von Hypothesen. Einige beziehen sich auf die Eigenschaften einzelner Kantone, andere auf das Kantonspaar beziehungsweise die Dyade, also Eigenschaften der Konstellation.

3.2.1 Kleinheit

Mehrere Autorinnen und Autoren argumentieren, dass kleine Gliedstaaten Mühe bekunden, ihre öffentlichen Aufgaben komplett zu erfüllen, weil ihnen dazu die Spezialisierung fehlt oder weil eine selbständige Umsetzung für eine kleine Einheit zu teuer ist (Benz 2009; Bochsler 2009: 354f.; Bowman 2004). Es sind zudem die Unterschiede in der Bevölkerungsgrösse und im Wohlstand von Gliedstaaten, die zu grossen Unterschieden in der Fähigkeit der Gliedstaaten führen, ihre Aufgaben zu erfüllen (Watts 2013: 28). In der Schweiz variiert die Kantonsgrösse von 16000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Appenzell Innerrhoden bis 1,5 Mio. im Kanton Zürich (Stand 31.12.2017, BFS 2018a). Dies entspricht einem Verhältnis von 1 zu 94. Trotz beachtlicher Unterschiede haben alle die gleichen Aufgaben. Unter diesen Umständen wird das Bündeln von Kräften unter den Kantonen als Mittel betrachtet, um beispielsweise eine kritische Grösse zu erreichen, um eine Dienstleistung gemeinsam zu erbringen oder um Zugang zu Wissen, Infrastruktur oder Dienstleistungen zu erhalten. Das Argument, dass kleine Kantone kämpfen müssen, um ihre Aufgaben unabhängig zu erfüllen, ist auch für die Gesundheitsversorgungspolitik stichhaltig. Bereits die Anforderungen an die Spitalplanung sind umfangreich und umfassend. Zudem ist der Spitalbereich infrastrukturintensiv und teuer. Kantone mit einer kleinen Bevölkerung können es sich nicht leisten, das komplette medizinische Angebot selbst zur Verfügung zu stellen. Folglich sind sie – besonders in stärker spezialisierten medizinischen Fachgebieten – vom Angebot in anderen Kantonen abhängig, um eine ausreichende Spitalversorgung sicherstellen zu können. All

dies deutet darauf hin, dass kleinere Kantone einen grösseren Kooperationsbedarf haben als grosse.

Frühere Forschungsergebnisse stellen diese Argumentationslinie allerdings in Frage. Sie können keinen Kleinheitseffekt nachweisen. Sager (2003) findet in seiner Studie zu Vollzugsdefiziten bei der kantonalen Umsetzung von Alkoholpräventionspolitiken zwar einen negativen Zusammenhang zwischen Kantonsgrösse und interkantonalen Kooperation. Er erklärt diesen aber nicht etwa mit einem erhöhten Kooperationsbedarf der kleinen Kantone, sondern vielmehr mit der Feststellung, dass die ganz kleinen Kantone in formalisierten Gremien auf Verwaltungsebene systematisch fehlen und sie dadurch gar nicht erst in Erscheinung treten. Ihre Nichtteilnahme führt er auf fehlende Ressourcen für eine interkantonale Zusammenarbeit zurück. Er kommt zum Schluss, dass es vorwiegend mittelgrosse Kantone sind, die kooperieren. Es seien auch diese mittelgrossen Kantone, welche der interkantonalen Kooperation besonders viel Bedeutung beimessen, während die grossen eine eigenständige Präventionspolitik betrieben (Sager 2003: 326).

Einen ähnlichen Zusammenhang finden Carr et al. (2007) für Lokalregierungen in Michigan, USA, bezogen auf die Steuerkraft (statt Bevölkerungsgrösse). Sie unterscheiden zwischen kapitalintensiven Aufgabenbereichen und solchen, die hohe Investitionen in spezialisiertes Personal erfordern. Im Fall kapitalintensiver Funktionen und Dienstleistungen, die oftmals ortsgebunden sind, suchen Lokalregierungen eher die horizontale Zusammenarbeit, um die notwendige kritische Grösse zu erreichen, während für personal- und wissensintensive Bereiche die Zusammenarbeit mit übergeordneten Instanzen gesucht werde (Carr et al. 2007: 24). Demnach sind es vor allem Lokalregierungen mit einer mittleren bis guten Steuerkraft, die sich für horizontale Kooperationen zur Problemlösung zusammenschliessen. Steuerlich besonders starke Gebiete, typischerweise Städte, seien hingegen weniger auf Kooperationspartner angewiesen und würden ihre Aufgaben oftmals selbst lösen. Besonders ressourcenarme Gebiete strebten hingegen für die Problemlösung – insbesondere in expertiseintensiven Bereichen – häufiger vertikale Kooperationen mit der Bezirks- oder Gliedstaatenebene an.

Bochsler (2009: 361f.) wiederum findet gar einen gegenteiligen Effekt in einigen Politikfeldern. Er argumentiert, dass formalisierte Kooperation in Form von interkantonalen Verträgen – die er untersucht – ziemlich ressourcenintensiv sei. Folglich würden kleinere Kantone häufiger auf informelle Wege der Zusammenarbeit zurückgreifen, während grosse Kantone die Kapazitäten haben, um ihre Kooperationen in Konkordaten zu formalisieren. Für die horizontale Kooperation der US-amerikanischen Gliedstaaten kommt Bowman (2004) ebenfalls zum Ergebnis, dass die Kooperationsbereitschaft sich je nach Art der Kooperation unterscheidet. Statt Kleinheit von Gliedstaaten verwendet sie einen komplexen Index für staatliche Leistungsfähigkeit.⁴⁰ So findet sie, dass leistungs-

40 Im Index werden die Grösse von Parlamenten, teils in Relation zur Bevölkerung, die Ressourcenausstattung von Legislative und Exekutive (Personal, Budget,

fähige Gliedstaaten sich eher an gemeinsamen Klagen beteiligen (die USA sind bekannt für langwierige, aufwändige und kostspielige Gerichtsverfahren), während es umgekehrt vor allem administrativ weniger leistungsfähige Staaten sind, die sogenannte «Uniform State Laws» umsetzen, d.h. sie stützen sich dankbar auf Gesetzesentwürfe, die von einer interstaatlichen Kommission (der «National Conference of Commissioners on Uniform State Laws») ausgearbeitet wurden, weil dies zu erfolgreicherem und effizienteren Gesetzeslösungen führe (Bowman 2004: 543f.).

Den eben diskutierten empirischen Befunden zur Schweiz zum Trotz bleibt die These theoretisch grundsätzlich bedenkenswert, dass gerade kleine Gliedstaaten ihre Ressourcendefizite durch Kooperation zu kompensieren suchen. Den soeben diskutierten Vorbehalten zur Bedeutung der Grösse/Kleinheit in Bezug auf die interkantonale Zusammenarbeit begegne ich mit der breiteren Definition von Kooperation, die explizit auch weniger formelle Arten zusammenzuarbeiten wie den Informationsaustausch oder Koordination durch Treffen und Arbeitsgruppen berücksichtigt. Ausserdem erlaubt das Kooperationskonzept, zwischen den Kooperationsstufen zu unterscheiden und eine stufenspezifische Analyse vorzunehmen. Die Hypothesen zur Kleinheit beziehungsweise Kantonsgrösse unterscheiden sich demnach nach Kooperationsstufe:

Hypothese 1a: Kleine Kantone kooperieren auf tieferen Kooperationsstufen wie dem Informationsaustausch häufiger als grosse.

Hypothese 1b: Kleine Kantone kooperieren auf fortgeschrittenen Kooperationsstufen wie Koordination und Kollaboration seltener als grosse.

Ein möglicher Vorbehalt betrifft die Konzeptionalisierung von beschränkten Ressourcen als Kleinheit der Bevölkerung. So gibt es in der Schweiz nämlich auch einige kleine und mittelgrosse Kantone, die finanziell ressourcenstark und beim horizontalen Finanzausgleich Nettozahler sind (Eidg. Finanzverwaltung 2019). Es sind allerdings weniger die finanziellen Ressourcen pro Kopf als die administrativen Kapazitäten, welche die Ressourcen für Kooperationsaktivitäten ausmachen. Diese lassen sich meines Erachtens über die Bevölkerungsgrösse besser erfassen als über ökonomische Indizes (siehe auch die Überlegungen zur Operationalisierung in A.3.3).⁴¹

Grösse spielt allerdings auch in einem relationalen Sinn eine Rolle, wie beispielsweise die Ergebnisse von Carr et al. (2007) nahelegen. Folgt man der

Entschädigungen), die Professionalisierung usw. berücksichtigt. Für Details zum Indikator siehe Bowman und Kearney (1988).

41 So wies der Kanton Zug 2012 mit rund 151 000 Schweizerfranken gegenüber dem Kanton Bern ein rund doppelt so hohes Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf auf (BFS 2018b), aber seine kantonale Zentralverwaltung umfasste 2094 Vollzeitäquivalente, während die bernische kantonale Zentralverwaltung aus 25 064 Vollzeitäquivalenten bestand (ESEHA-CHstat 2020). Das absolute BIP und die Einwohnerzahlen wiederum korrelieren mit einem Korrelationskoeffizienten nach Pearson von 0,96 ausserordentlich stark (eigene Berechnungen).

verbreiteten Überlegung, dass kleinere Kantone vor allem kooperieren, um die fehlende kritische Grösse zu kompensieren (Bochsler 2009), bieten grosse Kooperationspartner einen Weg, um sich Zugang zu deren Infrastruktur zu sichern oder um an Expertise zu gelangen, weil diese über grössere und spezialisierte Verwaltungen verfügen. Hinsichtlich einer Kooperation unter kleinen Partnern gilt es zu bedenken, dass sie mithin auch gemeinsam nicht die kritische Grösse erreichen (Carr et al. 2007: 25). Während sich Lokalregierungen in Michigan oftmals an eine übergeordnete Ebene wenden, um ihre knappen Ressourcen bei der Aufgabenerfüllung wettzumachen, haben kleine Schweizer Kantone die Möglichkeit, eine Kooperation mit einem deutlich grösseren (Nachbar-)Kanton einzugehen. Damit handelt es sich zwar immer noch um *horizontale* Kooperation unter rechtlich gleichgestellten Partnern. Doch können die fehlenden Ressourcen aufgrund des Grössenunterschieds zwischen den Partnern auch innerhalb der gleichen Staatsebene kompensiert werden. Der kleinere Partner profitiert von einem verbesserten Zugang zu Infrastruktur und Fachwissen, der grössere Partner kann idealerweise seine Auslastung (zum Beispiel der Spitalinfrastruktur) verbessern oder seine Dienstleistungen gegen eine Entschädigung anderen anbieten.⁴² Im Idealfall liegt demnach bei zwei unterschiedlich grossen Partnern eine Form von Komplementarität vor, die Kooperationen zuträglich ist. Andererseits kann eine vergleichbare Grösse bedeuten, dass zwei Kantone mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind und deshalb ein Erfahrungsaustausch besonders lohnend ist. Entsprechend erwarte ich unterschiedliche Effekte der Differenz der Bevölkerungsgrösse auf das Kooperationsverhalten je nach Kooperationsstufe:

Hypothese 2a: Je grösser die Differenz der Bevölkerungsgrösse ist, desto öfter kooperieren zwei Kantone.

Hypothese 2b: Auf Stufe des Informationsaustauschs kooperieren die Kantone umso häufiger, je kleiner die Differenz der Bevölkerungsgrösse ist.

3.2.2 Ökonomischer Problemdruck im Gesundheitsbereich

Ein funktionalistisches Argument ist, dass schierer Problemdruck als Anreiz zusammenzuarbeiten wirke. Vertreterinnen und Vertreter des Fiskalföderalismus sehen eine ideale Ordnung der öffentlichen Aufgaben so, dass sich der Nutzerkreis eines öffentlichen Guts mit dem Kreis der Finanzierenden decken sollte (Oates 2011). Dabei geht es darum, die optimale Grösse eines Planungsraums zu finden, um einerseits ein bürgernahes und bedürfnisgerechtes Angebot an öffentlichen Gütern zur Verfügung zu stellen, dies aber andererseits auf einer ökonomisch sinnvollen Skala zu tun. Eichenberger und Frey (2006) propagieren dazu die sogenannten «Functional Overlapping Competing Jurisdictions», auf-

42 Ein Beispiel ist die technische Umsetzung des SPLG-Konzepts des Kantons Zürich (Grouper-Software), das er für sich selbst entwickelt hat und welche die anderen Kantone nun in Lizenz verwenden.

gabenspezifische Verbände, die sich nicht an politische Grenzen halten müssen und idealerweise in einem Wettbewerb zu vergleichbaren Zweckverbänden stehen. In Diskussionen zur stationären Gesundheitsversorgung wird verschiedentlich argumentiert, die Kantone seien zu klein für eine ökonomisch rationale Versorgungsplanung, was sich in ineffizienten Strukturen zeige (Crivelli und Salari 2014: 166). Dies zeigt sich auch darin, dass etliche Kantone nicht allein durch kleine Verwaltungen herausgefordert sind, sondern sie sich insgesamt mit steigenden Gesundheitsausgaben (Oggier 2015b) konfrontiert sehen. Akzeptiert man nun als Prämisse, dass Kooperation ein Weg ist, um fehlende grössere Planungsräume zu kompensieren, müsste steigender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen zu mehr interkantonaler Zusammenarbeit führen. Dies können besonders hohe Gesundheitsausgaben oder stark steigende Krankenkassenprämien sein. Entsprechend lautet die Hypothese:

Hypothese 3: Kantone unter gesundheitspolitischem Problemdruck kooperieren häufiger.

3.2.3 Geografische Nähe

Es ist naheliegend zu erwarten, dass geografische Nähe für das Zustandekommen von Kooperation wichtig ist (Gerber und Loh 2015). Auch für die regionalwirtschaftliche Entwicklung von (Firmen-)Kooperationen ist physische Nähe bedeutsam, kann aber teils durch andere Formen von Nähe, wie der kulturellen Nähe durch gemeinsame Sprache, Kommunikationsweisen, Gewohnheiten oder soziale Normen kompensiert werden (Polenske 2004: 1033). Für den Spitalsektor ist Nähe ausgesprochen bedeutsam, da es hierbei um physische Infrastruktur und Patientenströme geht. Schliesslich brauchen Patientinnen und Patienten ein Spitalangebot einigermaßen in der Umgebung, um eine rasche Erreichbarkeit sicherzustellen. Wenn also andere Kantone (über die Strasse) schnell zu erreichen sind, steigen auch die gesundheitsversorgerischen Interdependenzen. Entsprechend sind Nachbarkantone offensichtliche Kooperationspartner. Einige Kantone weisen verschlungene Grenzverläufe auf, was zu kantonsübergreifenden funktionalen Räumen führt. Hingegen werden andere Aspekte wie die Zusammenarbeit bezüglich der Spitalplanungsmethodik usw. nicht beschränkt durch gemeinsame Grenzen oder geografische Nähe. Doch auch hier ist es so, dass die Akteure von nahegelegenen Kantonen einander tendenziell besser kennen, weil sie beispielsweise den gleichen regionalen Direktorenkonferenzen angehören; dies vereinfacht es den Verwaltungen zusammenzuarbeiten (Füglister 2012). Geografische Nähe kann als gemeinsame Grenze oder als Nähe zum nächsten Zentrum betrachtet werden.

Hypothese 4: Geografisch nahe gelegene Kantone kooperieren häufiger als entfernte.

3.2.4 Kulturelle Ähnlichkeit

Die Schweiz ist ein mehrsprachiges und multikulturelles Land mit vier Landessprachen. Die meisten Kantone sind jedoch sprachlich homogen. Die verfassungsmässig garantierte kantonale Autonomie ist ein Weg, die kulturelle Selbstbestimmung sicherzustellen (Bochsler 2009: 356; Linder und Mueller 2017: 24, 44f.). Es gibt 19 deutschsprachige Kantone, wovon zwei sprachliche Minderheiten haben (Bern mit einer französischsprachigen Minderheit und Graubünden mit einer italienischsprachigen und einer rätoromanisch-sprachigen Minderheit), sechs französischsprachige Kantone, wovon zwei eine deutschsprachige Minderheit aufweisen (Freiburg und Wallis), sowie einen italienischsprachigen Kanton. Es ist zu erwarten, dass Kantone mit einer gemeinsamen Sprache einfacher zusammenarbeiten als solche ohne (Bochsler 2008, 2009; Füglistner 2012; Gilardi 2010; Gilardi und Füglistner 2008).⁴³ Die Gründe dafür sind einerseits, dass eine gemeinsame Sprache ganz trivial die Kommunikation vereinfacht und damit die Transaktionskosten niedrig hält. Andererseits ist die Sprache auch ein Zeichen für eine ähnliche Kultur und ein ähnliches Staatsverständnis. So gilt es geradezu als Allgemeinut, dass Westschweizer staatsgläubige Statisten seien, während die Deutschschweizerinnen viel stärker auf Eigenverantwortlichkeit pochen (Kucera 2016; Radio SRF 2020). Aber auch in Bezug auf die kantonalen politischen Systeme lassen sich Unterschiede feststellen. Historisch und kulturell bedingt hängen die Sprachgruppen unterschiedlichen Demokratieformen an (Bühlmann et al. 2009: 460): Die lateinischen Kantone folgen stärker einem liberalen Repräsentationsprinzip (parlamentarisch ausgerichtet), während die Deutschschweizer Kantone eher auf dem Prinzip der Volkssouveränität beruhen (hohe Gewichtung direktdemokratischer Elemente).

Religion ist grundsätzlich ein weiterer Marker für kulturelle Differenz. Die Konfliktlinie Kirche gegen Staat spielte in der Schweizer Geschichte und bei der Staatsbildung eine wichtige Rolle (für eine kurze Einführung zum Kulturkampf im 19. Jahrhundert siehe Bischof 2008). Im 19. Jahrhundert kulminierten kulturkämpferische Spannungen zwischen radikal-liberalen und konservativen Kräften 1847 im Sonderbundskrieg. Zentrale Aspekte des Konflikts waren die angemessene Rolle und der Einfluss von Kirche und Staat (so im Aargauer Klosterstreit, in der Jesuitenfrage oder in Bezug auf die konfessionelle Erziehung und Bildung; für Details zum Sonderbund siehe unter anderem Roca 2012). Insbesondere die katholische Kirche wurde für ihre Einmischung in staatliche Bereiche kritisiert. Der Sonderbundskrieg zwischen vorwiegend katholisch-konservativen und radikal-liberalen Kantonen führte schliesslich zur Bundesverfassung von 1848, welche die Schweiz als föderalen Staat mit weitgehender kantonaler Souveränität konstituierte (Roca 2012). Der Konflikt zwischen liberalen Kräf-

43 Der Effekt tritt besonders in Bereichen wie Bildung, Wissenschaft und Kultur zutage. Denn hier sind Konkordate ein Weg zur Politikgestaltung in den Schweizer Sprachräumen, weil keine entsprechende administrative und politische Ebene besteht (Bochsler 2009: 356).

ten, die für mehr Säkularisierung kämpften, und Konservativen, die um mehr Einfluss und eine bessere politische Repräsentation rangen, dauerte das ganze 19. Jahrhundert an (Kley 2011). Einige Autoren bringen zum Ausdruck, dass die Nachwirkungen bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein einen spürbaren Einfluss auf interkantonale Beziehungen haben, insbesondere auf die bilateralen (Bischof 2008; Bochsler und Sciarini 2006: 33; Sciarini und Bochsler 2006: 277). Mit der voranschreitenden Erosion der Mitgliederzahlen in den Landeskirchen (NFP 58) verliert die Religion zunehmend an Bedeutung als identitätsstiftendes Merkmal für Kantone oder für die politische Ausrichtung der Menschen (für letzteres vgl. BFS 2016: 22).⁴⁴ Der konfessionelle Konflikt tritt zunehmend in den Hintergrund und wurde eher durch den Gegensatz von religiösen und nicht religiösen Menschen abgelöst (Linder und Mueller 2017: 45). Gerade weil der untersuchte Zeitraum dieser Forschungsarbeit im 21. Jahrhundert liegt, wird die religiöse Dimension einer kulturellen (Un-)Ähnlichkeit nicht weiter berücksichtigt. Zudem findet Blatter (2000: 270) in seinen Fallstudien Evidenz dafür, dass historische Erfahrungen die grenzüberschreitenden politischen Identitäten weniger prägen als zeitgenössische Diskurse.

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen gehe ich davon aus, dass eine einfache Kommunikation dank gemeinsamer Sprache und eine ähnliche Auffassung von Staatsaufgaben eine Zusammenarbeit vereinfachen. Letzteres kann auch als Indikator für vergleichbare Normen verstanden werden, was gemeinhin als vertrauens- und damit auch kooperationsfördernd gilt (Christensen und Lægreid 2008; Füglistler 2012; Gilardi und Wasserfallen 2008; Ostrom 1998). Daraus folgt die Annahme:

Hypothese 5: Kulturell ähnliche Kantone kooperieren häufiger.

3.2.5 Vertrauensgrundlage aufgrund von Parteienzugehörigkeit und personeller Kontinuität

Wie bereits erwähnt, ist Vertrauen eine wichtige Voraussetzung von Zusammenarbeit (Ostrom 1998). Vertrauen kann auf verschiedene Arten etabliert werden. Die bereits diskutierten Beiträge aus der Diffusionsforschung heben hervor, dass unter anderem ein ähnliches Problemverständnis hilfreich ist, um voneinander zu lernen (Füglistler 2012). Ein solches kann in geteilten Werthaltungen und Normen bestehen, welche näherungsweise über die parteipolitische Zugehörigkeit ermittelt werden können. Aber auch die persönliche Ebene ist wichtig.

44 Jüngstes Beispiel für die abnehmende Bedeutung von Religion in der Politik ist die Umbenennung der Christlich-demokratischen Volkspartei (CVP) in «Die Mitte». Sie soll gleichzeitig auf nationaler Ebene mit der Bürgerlich-demokratischen Partei (BDP) fusionieren (SRF 2020). Auf nationaler Ebene haben die beiden Parteien fusioniert und den Namen «Die Mitte» angenommen; die kantonalen CVP-Parteien haben bis 2025 Zeit sich für oder gegen den Namenswechsel zu entscheiden (vgl. <https://www.easyvote.ch/de/die-mitte>, zugegriffen: 23.4.2022).

In horizontalen Beziehungen spielt die Exekutive eine dominante Rolle (Benz 2009: 10; Blatter 2010: 250; Strebel 2014), weshalb oft auch von intergouvernementalen Beziehungen gesprochen wird. Entsprechend liegt der Fokus auf der parteipolitischen Zusammensetzung der kantonalen Regierungen. Mehrere Beiträge spielen die Bedeutung von unterschiedlichen parteipolitischen Mehrheitsverhältnissen in den Kantonsregierungen herunter und verweisen dabei auf die Praxis der freiwilligen Konkordanz und die übergrossen Koalitionen (Bolleyer 2006a, 2006b; Bolleyer und Börzel 2010). Dabei geht es bei der Parteizugehörigkeit natürlich nicht nur um Vertrauen, sondern auch darum, sich dank ideologischer Nähe vermeintlich einfacher auf die Lösung eines Politikproblems verständigen zu können. Bochsler (2009: 356) hingegen kritisiert Bolleyer dafür, die Ähnlichkeit der Mehrparteienkoalitionen zu überschätzen und die Unterschiede in der Regierungszusammensetzung zu unterschätzen. Stattdessen hebt er hervor, dass Konkordate politisch heikel werden können, wenn der parteiiche Konflikt wichtig wird. Mit steigender politischer Relevanz des Politikfeldes, das es zu harmonisieren oder zu koordinieren gilt, steigen die Kosten der politischen Einigung (Bochsler 2009: 356). Als Konsequenz davon erwartet Bochsler (2009: 357) eine schwächere Kooperation zwischen Kantonsregierungen unterschiedlicher parteipolitischer Zusammensetzung. Ich gehe mit Bochsler einig, den politischen Einfluss näher zu untersuchen. Allerdings argumentiere ich, dass der Fokus auf den einzelnen zuständigen Regierungsmitgliedern liegen sollte (Gilardi und Füglistner 2008) anstatt auf zusammengesetzten Akteuren wie den Gesamtregerungen. Denn es sind die Ressortverantwortlichen und ihre Verwaltung, welche Kooperationen in ihrem Zuständigkeitsbereich anregen.⁴⁵ Die Gesamregierung und allenfalls das Parlament müssen diese Aktivitäten erst später genehmigen. Letztlich sind es nämlich Menschen, die eine Kooperation initiieren. Um zu kooperieren, ist es deshalb wichtig, eine gemeinsame Vertrauensbasis und eine ähnliche Problemauffassung zu etablieren. Ich gehe davon aus, dass es für eine Kooperation von Vorteil ist, wenn zwei Gesundheitsministerinnen oder -minister der gleichen politischen Partei angehören, weil dies eine ähnliche Sichtweise auf politische Probleme impliziert.

In ähnlicher Art hebt Füglistner (2012: 321) die Bedeutung von gemeinsamen Normen für Policy Learning hervor, welche aufgrund von wiederholten Treffen in Politiknetzwerken entstehen. Gilardi und Wasserfallen (2016) stellen am Beispiel von kantonaler Steuerpolitik fest, dass gegenseitiges Kennen und gemeinsame Normen kompetitives Verhalten reduzieren und kooperative Politiken vereinfachen. Scherer (2006) zeigt anhand von regionalen Governance-

45 Um Bochsler gerecht zu werden, sei auf seine Fussnote 6 (2009: 367) hingewiesen, in der er einräumt, dass die Parteizugehörigkeit des verantwortlichen Exekutivmitglieds potenziell von Bedeutung sei. Er verzichtet aber darauf, politische Ähnlichkeit auf Direktionsebene zu berücksichtigen, weil sein Untersuchungszeitraum rund 150 Jahre umfasst. Der Aufwand für eine entsprechende Erhebung wäre gewaltig, weshalb er auf die stabilere parteipolitische Regierungszusammensetzung zurückgreift.

Netzwerken, dass gegenseitiges Vertrauen und persönliche Bekanntschaft sich kooperationsfördernd auswirken. In diesem Sinn argumentiere ich, dass dies auch für zwei Gesundheitsdirektionen gilt, die eine Zusammenarbeit anstreben. Jedes Mal wenn die Konstellation zweier Gesundheitsdirektorinnen oder -direktoren wechselt, müssen sie sich zuerst kennenlernen und eine Arbeitsbeziehung aufbauen. Der/die Einzelne wiederum muss sich mit den Dossiers vertraut machen, eigene Prioritäten setzen usw., was weniger Kapazitäten für substanzielle Kooperation lässt.

Ich erwarte deshalb, dass Vertrauen einerseits aufgrund von geringen politischen Differenzen zwischen den zuständigen Exekutivmitgliedern und andererseits durch Kontinuität in der Arbeitsbeziehung vereinfacht werden. Vertrauen wiederum fördert die Kooperationsbereitschaft. Daraus folgen die beiden Hypothesen:

Hypothese 6: Eine gemeinsame Parteizugehörigkeit der zuständigen Regierungsmitglieder in den beiden Kantonen fördert Kooperation.

Hypothese 7: Je höher die personelle Kontinuität in zwei Gesundheitsministerien ist, desto mehr kooperieren diese beiden Kantone.

Für die weitere Analyse müssen die Hypothesen und Konzepte operationalisiert werden. Die nachfolgende Tabelle fasst die Hypothesen und ihre Operationalisierung sowie die Datenquellen zusammen. Das Vorgehen bei der Operationalisierung der erklärenden Variablen ist in Anhang 10.2.1 beschrieben.

Tabelle 8 Hypothesen zur interkantonalen Kooperation im Spitalwesen der Schweiz und ihre Operationalisierung

	Hypothesen	Operationalisierung	Ebene	Quelle
H1	a) Kleine Kantone kooperieren auf tieferen Kooperationsstufen wie dem Informationsaustausch häufiger als grosse. b) Kleine Kantone kooperieren auf fortgeschrittenen Kooperationsstufen wie Koordination und Kollaboration seltener als grosse.	Natürlicher Logarithmus der ständigen Wohnbevölkerung	Knoten	STATPOP (BFS 2018a)
H2	a) Je grösser die Differenz der Bevölkerungsgrösse ist, desto öfter kooperieren zwei Kantone. b) Auf Stufe des Informationsaustauschs kooperieren die Kantone umso häufiger, je kleiner die Differenz der Bevölkerungsgrösse ist.	Natürlicher Logarithmus der absoluten Differenz der ständigen Wohnbevölkerung	Dyade	STATPOP (BFS 2018a)
K1	Standortkantone von Universitätspitälern kooperieren häufiger.	Standortkanton eines Universitätsspitals (ja/nein)	Knoten	Universitäre Medizin Schweiz (o.J.)

Fortsetzung der Tabelle auf der folgenden Seite.

Fortsetzung der Tabelle 8.

	Hypothesen	Operationalisierung	Ebene	Quelle
H3	Kantone unter gesundheitspolitischem Problemdruck kooperieren häufiger.	Durchschnittliche öffentliche Spitaliausgaben pro Kopf (Nettobelastung der Kantone, 1996–2008) Prämienanstieg seit Einführung des Obligatoriums der Krankenversicherung 1996 bis 2008	Knoten Knoten	Berechnung basiert auf Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS 2018c) und STATPOP (BFS 2018a) Berechnung basiert auf Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG 2017)
K2	Bestehende Interdependenzen fördern Kooperation.	Summe der interkantonalen Patientenströme (stationäre Akutsomatik, 2011)	Dyade	Berechnung basiert auf Huber (2015: 92)
H4	Geografisch nahe gelegene Kantone kooperieren häufiger als entfernte.	Distanz zwischen Kantonshauptorten (kürzester Weg im Privatfahrzeug) Gemeinsame Landgrenze (Flussgrenzen eingeschlossen, Seegrenzen ausgeschlossen; ja/nein)	Dyade Dyade	maps.google.com (zugriffen: 19.4.2019) BFS 2009b
H5	Kulturell ähnliche Kantone kooperieren häufiger.	Gleiche Hauptsprache (ja/nein)	Dyade	Strukturerhebung 2017 (BFS 2019)
H6	Gemeinsame Parteizugehörigkeit der zuständigen Regierungsglieder fördert Kooperation.	Anteil Jahre (2007–2017), in denen die Gesundheitsdirektor:innen zweier Kantone der gleichen politischen Partei angehörten	Dyade	Berechnung basiert auf Jahresberichten 2007–2017 der GDK, kantonalen Websites und weiteren Online-Recherchen
H7	Je höher die personelle Kontinuität in zwei Gesundheitsministerien ist, desto mehr kooperieren diese beiden Kantone.	Anzahl verschiedener «Paare» kantonaler Gesundheitsdirektor:innen für die Periode 2007 bis 2017	Dyade	Berechnung basiert auf Jahresberichten 2007–2017 der GDK, kantonalen Websites und weiteren Online-Recherchen

Anmerkung: K steht für Kontrolle.

4 Mapping der Kooperation

Dieses Kapitel widmet sich der Kooperationslandschaft im Spitalbereich unter den Kantonen. Es bezweckt, erstens ein Bild der Kooperationslandschaft ab Einführung der Koordinationspflicht zu vermitteln und damit das zu erklärende Phänomen auch quantitativ zu umreissen. Zweitens soll das Mapping darstellen, worum es bei diesen Kooperationen konkret geht. Was kann man sich unter einer Koordination zwischen Kantonen vorstellen? Damit wird aufgezeigt, was hinter den Zahlen und Häufigkeiten steckt. Drittens wird anhand der beschriebenen Kooperationsdaten bereits ein erstes Mal die Hypothese adressiert, nach der insbesondere kleine Kantone öfter kooperieren als grosse. Zudem wird die Bedeutung der Kooperationsebene für die Kooperationshäufigkeit untersucht. Das Mapping stützt sich dazu primär auf die erhobenen Daten der Experteninterviews, die einerseits in codierter und quantifizierter Form als Kooperationshäufigkeiten usw. erscheinen und andererseits als qualifizierende Interviewaussagen einfließen.

Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: In Kapitel 4.1 wird zuerst ein Blick zurück auf interkantonale Kooperationen vor der KVG-Reform geworfen und anschliessend aufgezeigt, was die KVG-Reform von 2007 für bestehende Vereinbarungen bedeutet. Kapitel 4.2 quantifiziert die Kooperationslandschaft nach Einführung der Koordinationspflicht und der neuen Spitalfinanzierung samt Patientenfreizügigkeit. Einerseits erfolgt eine räumliche Darstellung (Kapitel 4.3), andererseits wird der vielschichtige Zusammenhang von Kantonsgrösse und Kooperationshäufigkeit beleuchtet (4.4). In Kapitel 4.5 wird die Bedeutung der Kooperationsstufe analysiert. Kapitel 4.6 beleuchtet anhand der Gespräche mit Expertinnen und Experten, wie die Kantone die Koordinationspflicht wahrnehmen und umsetzen. Ausserdem werden erste Schlussfolgerungen aus dem Mapping gezogen.

4.1 Die KVG-Reform von 2007 führt zu Wandel in der Kooperationslandschaft

Schon vor Einführung des Koordinationsartikels haben die Kantone sich zur stationären Akutversorgung ausgetauscht und zahlreiche Vereinbarungen getroffen. Allerdings ist wenig bekannt darüber, wie intensiv der – eher informelle – Informationsaustausch oder die nicht-vertraglichen, wenig formalisierten Koordinationsbemühungen vor der KVG-Reform von 2007 waren. Fest steht, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz 1919 unter dem Namen Sanitätsdirektorenkonferenz gegründet wurde und seit 1978 ein ständiges Sekretariat besitzt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Kantone in diesem Rahmen schon immer zu diversen gesundheitspolitischen Themen austauschten und sie

darauf ihr Verhalten im Spitalbereich gelegentlich anpassten. So erarbeitete der «Arbeitsausschuss Leistungsorientierte Spitalplanung» in den Jahren 2004 und 2005 zuhanden des GDK-Vorstands einen ausführlichen Leitfaden für eine neue Planungsmethodik. Zu dem Zeitpunkt zeichnete sich der Übergang von einer kapazitätsbezogenen zu einer leistungsorientierten Spitalplanung bereits klar ab (GDK 2005). Der Leitfaden wurde nicht an einer Plenarkonferenz verabschiedet, sondern lediglich vom Vorstand zustimmend zur Kenntnis genommen (GDK 2006a: 7). Entsprechend ist der Stellenwert etwas geringer und der Leitfaden weniger verbindlich als im Plenum aller kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren verabschiedete Empfehlungen, dafür erlaubt er mehr materielle Tiefe (Interviewaussage).

Zusätzlich zu den Austausch-Aktivitäten der GDK haben in der politischen Kultur der Schweiz Vernehmlassungen eine lange Tradition. Auf Bundesebene schreibt Art. 147 der Bundesverfassung vor, dass bei der Vorbereitung wichtiger Erlasse die Kantone, politischen Parteien und weitere interessierte Kreise konsultiert werden.⁴⁶ Die meisten Kantone kennen ebenfalls ein Vernehmlassungsverfahren (Wili 2013). Aufgrund der etablierten Vernehmlassungsverfahren kann angenommen werden, dass die Kantone auch in der Vergangenheit andere betroffene Kantone zur Stellungnahme eingeladen haben. Dementsprechend fanden auch vor 2009 unter der alten Spitalfinanzierung Informationsaustausch und gewisse Formen von Koordination statt. Das Ausmass ist allerdings unklar.

Stärker formalisierte Arten der Kooperation sind besser dokumentiert (z.B. Achtermann und Berset 2006; GDK 2006b). Es gibt vor der KVG-Reform zahlreiche Abkommen, um die Freizügigkeit von Patientinnen und Patienten in Grenzgebieten und die Abgeltung von Kantonsbeiträgen zu regeln. Diese sind typischerweise bilateral und gelten oft nur für bestimmte Regionen eines Kantons. Hinzu kommen grenzüberschreitende Kooperationsvereinbarungen beispielsweise in bestimmten medizinischen Fachgebieten. Vertragspartner sind jeweils die Kantone als Eigentümer und Spitäler in einem anderen Kanton. Auch einige Kollaborationen sind bereits vor 2009 zu verzeichnen. Dies sind insbesondere interkantonale Spitäler und Spitalvereinbarungen, z.B. die Association de l'hôpital du Chablais zwischen Waadt und Wallis (Zusammenschluss 1998) und das erweiterte Nachfolgeprojekt Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (Vereinbarung 2009, Bau ab 2015) und das Hôpital intercantonal de la Broye zwischen Waadt und Freiburg (1999).⁴⁷

Ein Abgleich der Kooperationsübersichten von Achtermann und Berset (2006) und der GDK (2006b) ergibt, dass es zwischen den Kantonen vor der KVG-Reform von 2007 rund 65 Vereinbarungen gibt (eigene Auswertung, vgl.

46 Weitere Details regelt das Bundesgesetz über das Vernehmlassungsverfahren (VIG).

47 Im Bereich der Spezialkliniken gibt es weitere Beispiele für interkantonale Trägerschaften wie das Kinderspital beider Basel (1999) und das Ostschweizer Kinderspital (1966). Diese werden aber nicht berücksichtigt, weil die BFS-Definition sie nicht als Akutspitäler, sondern als Spezialkliniken führt.

Tabelle 9). Diese betreffen zu einem grossen Teil die Patientenfreizügigkeit und (regionale) Versorgungssicherheit und den damit verbundenen Regelungsbedarf der Leistungsabgeltung (30 Verträge). Weitere 28 Vereinbarungen betreffen die Kooperation von Spitälern in bestimmten medizinischen Bereichen, den Informations- und Erfahrungsaustausch sowie die Weiterbildung und Forschung. Zudem gibt es fünf allgemeine interkantonale Spitalabkommen, in denen es um die finanzielle Abgeltung von Leistungen oder eine Beteiligung an Leistungen geht. Schliesslich existieren drei Spitalvereinbarungen, bei denen es sich entweder um gemeinsame Dienstleistungen oder eine gemeinsame Trägerschaft handelt.⁴⁸

Tabelle 9 Interkantonale Vereinbarungen nach Regelungsbereich, Stand 2006

Regelungsbereich	Anzahl Verträge
Patientenfreizügigkeit und (regionale) Versorgungssicherheit, Leistungsabgeltung	30
Spitalkooperation in bestimmten med. Bereichen, Informations- und Erfahrungsaustausch, Weiterbildung und Forschung	28
Allg. Spitalabkommen zur Abgeltung von und Beteiligung an Leistungen	5
Spitalvereinbarung zu gemeinsamen Dienstleistungen oder Trägerschaft	3
Insgesamt	65*

Anmerkung: * Das Resultat insgesamt entspricht nicht der Summe aller Vertragskategorien, weil ein Vertrag zwei Kategorien zugeordnet wird (vgl. Fussnote 48).

Quelle: Zusammenstellung basierend auf Achtermann und Berset (2006) und GDK (2006b).

Die Anzahl von 65 interkantonalen Vereinbarungen im Bereich der akutstationären Spitalversorgung ist beachtlich. Mit der Gutheissung der KVG-Reform aus dem Jahr 2007 verloren allerdings viele der interkantonalen Verträge in den beiden zahlenstärksten Bereichen (Patientenfreizügigkeit bzw. Abgeltung der Inanspruchnahme einerseits und den Spitalkooperationsvereinbarungen in medizinischen Bereichen andererseits) die Bedeutung. Dies ist zum einen direkt der neuen Spitalfinanzierung geschuldet. Der Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung und die volle Freizügigkeit zwischen den Kantonen (freie Spitalwahl aus den Listenspitälern)⁴⁹ machten die meisten bestehenden interkantonalen Verträge zur Abgeltung überflüssig. Zum anderen führten die

48 Die «Vereinbarung Hôpital du Chablais und Freizügigkeit der Patienten VD/VS» wird doppelt gezählt. Sie wird einmal den Spitalvereinbarungen zugeordnet, weil es sich um eine frühe Form eines interkantonalen Spitals handelt. Zweitens wird sie auch dem Bereich Freizügigkeit/Versorgungssicherheit zugerechnet, weil erstere explizit im Titel erwähnt wird.

49 Patientinnen und Patienten der obligatorischen Krankenversicherung haben die freie Spitalwahl, sofern das betreffende Spital auf der Spitalliste des Standortkantons steht. Ist die Behandlung im ausserkantonalen Spital teurer als im Wohnkanton (Referenztarif), muss die Patientin/der Patient oder eine entsprechende Zusatzversicherung die Kostendifferenz übernehmen.

absehbare Gleichstellung von öffentlichen Spitälern und privaten Anbietern und die geplante Stärkung des Spitalwettbewerbs dazu, dass die meisten Kantone ihre Spitäler ganz oder zumindest stärker verselbstständigten. Sie wollten ihnen damit einen grösseren Handlungsspielraum einräumen (Berger et al. 2015: 396). Als Folge müssen die Kantone seither in den wenigsten Fällen Kooperationen ihrer Spitäler mit anderen inner- oder ausserkantonalen Organisationen gutheissen, solange sie im Rahmen ihres Leistungsauftrags handeln. Damit liegt dieses Geflecht an Kooperationsvereinbarungen seit der neuen Spitalfinanzierung ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit.

Am Beispiel der Kooperationsvereinbarungen auf dem Stand von 2006 (vgl. Tabelle 9) lässt sich dieser Bedeutungsverlust in Zahlen aufzeigen. Weniger als die Hälfte der 65 interkantonalen Vereinbarungen (26 Verträge) im akutstationären Bereich sind unter dem neuen KVG noch eindeutig notwendig. 13 Vereinbarungen haben ihre Relevanz verloren, weil die kantonalen Beiträge fix auf 55 Prozent der stationären Behandlungskosten – in einem Listenspital – festgelegt sind, unabhängig davon, ob das Spital in einem anderen Kanton liegt. Damit muss die Patientenfreizügigkeit in Grenzgebieten nicht mehr speziell geregelt werden. In 26 Fällen ist unklar, ob die Vereinbarungen unter dem neuen KVG noch von Bedeutung sind. Gerade bei Kooperationsvereinbarungen steht nicht eindeutig fest, ob diese direkt zwischen seither verselbstständigten Spitälern abgeschlossen werden könnten oder ob die Kantone als Eigentümer weiterhin eine Rolle spielen. Aber auch bei anderen Spitalabkommen, welche die finanzielle Abgeltung bestimmter Leistungen betreffen, ist nicht auszuschliessen, dass sie mit der neuen Spitalfinanzierung anderweitig geregelt sind.⁵⁰

Die Daten für die Zeit vor und nach der KVG-Reform sind nur schwer zu vergleichen. Den identifizierten 65 interkantonalen Vereinbarungen im akut-somatischen stationären Bereich stehen 114 verschiedene Kooperationen unter dem neuen KVG gegenüber (Stand 2017–2019, eigene Erhebung). Allerdings sind für die Zeit vor der KVG-Reform keine Angaben zum Informationsaustausch, zu Vernehmlassungen oder zu den Aktivitäten der GDK vorhanden. Deshalb ist es kaum möglich, die zahlenmässige Entwicklung der Kooperationsaktivitäten sauber darzustellen. Berücksichtigt man, dass aus heutiger Sicht nur 26 Vereinbarungen weiterhin eindeutig relevant sind, die Rolle von 26 weiteren Vereinbarungen ungewiss ist und 13 Vereinbarungen irrelevant geworden sind, lässt sich eine steigende Tendenz annehmen, die als Umsetzung der Koordinationspflicht interpretiert werden kann. Wie steil diese Tendenz tatsächlich ist, hängt davon ab, wie hoch man den Anteil an Informationsaustausch und nicht erfassten Koordinationsaktivitäten veranschlagt, die es bereits vor 2007 gab.

50 Eigene Analyse basierend auf den 65 identifizierten Verträgen im akutsomatischen, stationären Bereich bei Achtermann und Berset (2006) und GDK (2006b) anhand der dort angeführten Angaben. Auf eine umfassende Auswertung der Relevanz jeder einzelnen Vereinbarung wird verzichtet, da es hier darum geht, die Proportionen zu veranschaulichen.

4.2 Kooperationslandschaft in Zahlen

Eine zentrale Erkenntnis aus dem Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern der 26 Kantone ist, dass die Zuständigen auf Fachebene ziemlich gut über die Vorgänge in anderen Kantonen informiert sind, insbesondere in den Nachbarkantonen und der eigenen GDK-Region. Das liegt daran, dass sich alle regionalen GDKs mindestens einmal jährlich treffen und es zudem auf Fachebene Treffen zu unterschiedlichen Themen der Gesundheitsversorgung und -politik gibt, an denen oftmals die Spitalversorgung und -planung zur Sprache kommen.

Zur Illustration: Sowohl der Kanton St.Gallen als auch der Kanton Appenzell-Ausserrhoden sind in der GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung vertreten, die sich durchschnittlich zweimal pro Jahr trifft. Beide Kantone gehören der regionalen Gesundheitsdirektorenkonferenz der Ostschweiz (GDK-Ost) an, die mindestens einmal pro Jahr tagt. Die Generalsekretärinnen und -sekretäre der GDK-Ost treten drei- bis viermal jährlich zusammen. Zusätzlich gibt es ca. ein Treffen pro Jahr zwischen den Vorsteherinnen und Vorstehern sowie den Generalsekretärinnen und -sekretären der Gesundheitsdepartemente der beiden Appenzell und St.Gallen. Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Kantone sehen sich also mindestens siebenmal pro Jahr. Tabelle 10 listet pro Stufe die verschiedenen Arten von Kooperation auf, welche die Interviewten genannt haben, die Anzahl der Vereinbarungen sowie deren Ausrichtung (uni-/bi-/multilateral) und die Anzahl beteiligter Kantone. Dies vermittelt einen Eindruck der vielfältigen Spielarten, in denen Kantone im Spitalbereich miteinander kooperieren.

Tabelle 10 Kooperationsarten der Kantone im Spitalbereich (2009–2018)

Stufe	Art der Kooperation	Anzahl	Ausrichtung	Beteiligte Kantone
Informationsaustausch	Austauschgruppe Spitalplanung (NWCH)	1	multilateral	6
	Fachebenentreffen zu Best Practices	1	multilateral	4
	Generalsekretäretreffen (GDK-Ost; bilateral)	2	multilateral	2 bzw. 8
	Fachebenentreffen GDK-Ost und Zentralschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (ZGSDK)	1	multilateral	14
	Monitoring des Einflusses der Spitalfreizügigkeit auf Patienten- und Finanzströme (GDK-Ost und ZGSDK)	1	multilateral	14
	Informeller Austausch (Mail, Telefon)	12+	bilateral	
	Trilaterale Treffen Gesundheitsvorsteher:innen und Generalsekretär:innen AI, AR und SG	1	multilateral	3
	Formeller Austausch	min. 2	bilateral/ multilateral	
	Informationsanlass für kant. Fachpersonen bzgl. Planungsvorgehen, Kriterien und Prozess	1	unilateral	
	Wissenstransfer Planungsmethode/SPLG-Konzept	3	bilateral	
	Austausch zu Betriebsbewilligungen	1	multilateral	4
	Fachlicher Austausch zur Weiterentwicklung der Spitalplanung	1	multilateral	5

Fortsetzung der Tabelle auf der folgenden Seite.

Fortsetzung der Tabelle 10.

Stufe	Art der Kooperation	Anzahl	Ausrichtung	Beteiligte Kantone
Koordination	Informeller persönlicher Austausch zu Spitalplanung	1	bilateral	2
	Gedankenaustausch zu Zusammenarbeitsmöglichkeiten (Region Châteaux-d'Oex-Zweisimmen)	1	bilateral	2
	GDK-Treffen	1	multilateral	26
	Arbeitsgruppe Spitalplanung (GDK)	1	multilateral	17
	Kommission Vollzug KVG (GDK)	1	multilateral	11
	GDK-Vorstand	1	multilateral	11
	Begleitgruppe Qualitätssicherung im Spital	1	multilateral	14
	GDK-Empfehlungen (Vereinheitlichung, Standardisierung der Planungsprozesse)	1	multilateral	16+
	SPLG-Konzept (Anwendung)	24	unilateral	
	Anpassung/Weiterentwicklung des SPLG-Grouper	1		24
	Vernehmlassungen	26		
	Regionale GDK-Regierungstreffen	4	multilateral	6 bis 8
	Regionale GDK-Fachgruppen/Arbeitsgruppen	7+	multilateral	6 bis 8
	Ostschweizer Spitalvereinbarung	1	multilateral	8 (7)
	Zusammenarbeitsvereinbarung zu Spitalplanungsmethodik	1	bilateral	2
	Enge Zusammenarbeit auf Fach- und Direktorenebene	1	bilateral	2
	Mandat zur Analyse von Fallzahlen und Hospitalisierungsraten (Conférence latine des affaires sanitaires et sociales, [CLASS])	1	multilateral	8
	Monitoring der Patientenströme	1	multilateral	4
	Absichtserklärung zur gegenseitigen Aufnahme auf die Spitalliste	1	bilateral	2
	Spitallisten verweisen aufeinander	1	bilateral	2
	Gemeinsame Kriterien für Aufnahme auf Spitalliste	1	multilateral	4
	Rahmenvereinbarung mit Standortkantonen von Unispitälern	3	bilateral	je 2
	Abstimmung über Kapazitätssteuerung in Genfer Spitälern	1	bilateral	2
Kollaboration	Gemeinsamer Versorgungsbericht (einmalig)	1	multilateral	4
	Gemeinsame Gesundheitsregion beider Basel	1	bilateral	2
	LUNIS, Spitalregion Luzern/Nidwalden	1	bilateral	2
	Interkantonales Spital	2	bilateral	je 2

Anmerkung: Der formelle und der informelle Informationsaustausch (ohne weitere Spezifikation) werden im dyadischen Datensatz nicht berücksichtigt, weil das Gegenüber nicht identifiziert werden konnte. Ausserdem ist davon auszugehen, dass wohl fast alle Kantone zu einem bestimmten Ausmass informellen Austausch pflegen, auch wenn nur deren zwölf dies angaben, deshalb 12+. Ebenso bleibt die genaue Anzahl an regionalen GDK-Arbeitsgruppen unsicher, mindestens sieben unterschiedliche wurden rapportiert, deshalb 7+. 2016 ist AI aus der Ostschweizer Spitalvereinbarung aus formellen Gründen ausgetreten, wendet die gemeinsamen Kriterien aber weiterhin an, deshalb 8 (7). Ebenso gibt es eine Dunkelziffer hinsichtlich des formellen Informationsaustauschs, deshalb min. 2.

Quelle: Gespräche mit Expertinnen und Experten.

Fasst man diese Aufstellung der Kooperationsarten nochmals zusammen, ergibt sich, dass im Spitalbereich 14 verschiedene Arten des Informationsaustauschs, 21 Arten der Koordination und vier unterschiedliche Arten der Kollaboration vorkommen (Tabelle 11). Einige dieser Arten gibt es in mehrfacher Ausgabe, so existieren vier regionale Gesundheitsdirektorenkonferenzen, weshalb es vier regionale GDK-Regierungstreffen und sogar noch mehr regionale GDK-Fach- und -Arbeitsgruppen gibt. Deshalb sind die Werte für die Anzahl verschiedener Kooperationen, den Kooperationsaktivitäten, teils deutlich höher als für die Arten.

Tabelle 11 Kantonale Kooperation im Spitalbereich: Summe der Kooperationsarten

	Informations- austausch	Koordination	Kollaboration	Kooperation insgesamt
Verschiedene Arten	14	21	4	39
Anzahl verschiedene Kooperationen / Aktivitäten	29	80	5	114

Wie häufig sich die Kantone nun an diesen 114 Kooperationsaktivitäten im Spitalbereich beteiligen, zeigen die nachfolgenden Betrachtungen. Nicht jeder Kanton ist gleich aktiv, wie Abbildung 7 verdeutlicht.

Abbildung 7 Kantonale Kooperationsaktivitäten im Spitalbereich

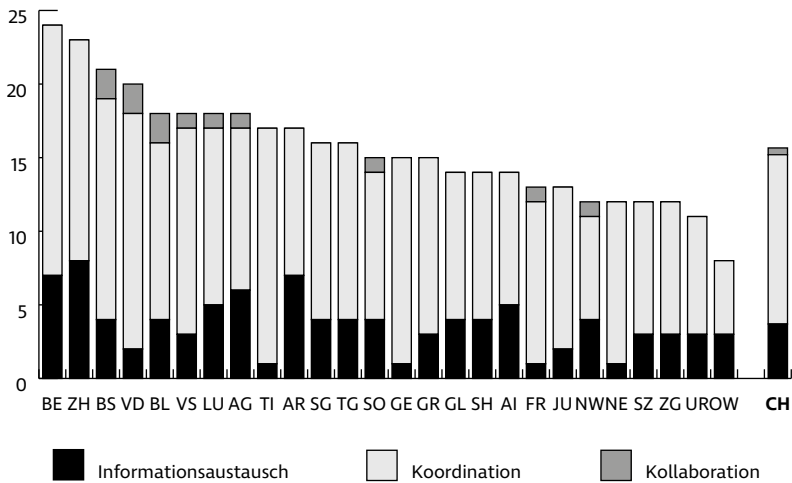
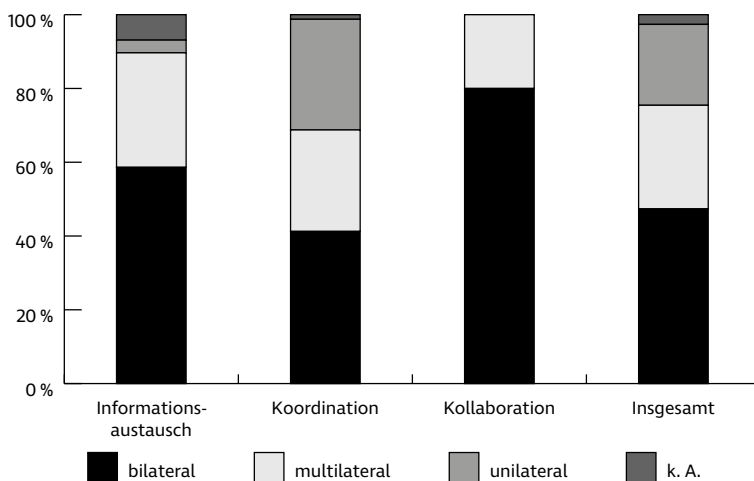


Tabelle 12 zeigt in Zahlen, an wie vielen Kooperationen ein Kanton teilnimmt. Der Kanton St.Gallen beispielsweise nimmt an vier Informationsaustauschen und zwölf Koordinationsaktivitäten teil. Mit seinen 16 Kooperationen bewegt

er sich im Mittelfeld. Der Kanton Bern weist mit insgesamt 24 Kooperationen den höchsten Wert auf. Diese verteilen sich auf sieben Informationsaustausche und 17 Koordinationsaktivitäten. Am anderen Ende des Spektrums befindet sich Obwalden mit gerade einmal acht Kooperationen, davon drei Informationsaustausche und fünf Koordinationsaktivitäten. Der Kanton Obwalden ist einer von zwei Kantonen, die im Untersuchungszeitraum das SPLG-Konzept nicht übernommen hatten.⁵¹ Damit entfallen einige Kooperationsbereiche, in denen sich die 24 anderen Kantone koordinieren.

Insgesamt beteiligen sich die Schweizer Kantone 406-mal an 114 Kooperationen. Diese letzte Zahl ist um Mehrfachnennungen bereinigt und bedeutet, dass die Kantone in den Interviews von 29 unterschiedlichen Informationsaustauschen berichteten, 80 unterschiedliche Koordinationsaktivitäten meldeten und fünf verschiedene Kollaborationen angaben (vgl. Tabelle 12). Durchschnittlich beteiligt sich ein Kanton an drei bis vier reinen Informationsaustauschen, gut elf Koordinationsaktivitäten und knapp einer halben Kollaboration. Betrachtet man diese 114 Kooperationen genauer, kann man sie in 39 verschiedene Spielarten von Kooperation einteilen, was in Tabelle 10 dargestellt ist (darunter Informationsaustausch: 14; Koordination: 21; Kollaboration: 4). Alle diese Zahlen verdeutlichen, dass sich die Kantone im Spitalbereich rege austauschen und

Abbildung 8 Verteilung der interkantonalen Kooperationsbeziehungen in der Spitalplanung auf den drei Stufen



51 Der Kanton Obwalden verwendet weiterhin nicht das SPLG-Konzept zur Spitalplanung (Stand April 2022). Der Kanton Genf hingegen verwendet in seiner jüngsten Spitalplanung für die Periode 2020–2023 erstmals das SPLG-Konzept (GE 2019). Da die Einführung SPLG-Konzepts ausserhalb der erhobenen Periode liegt, wird diese Entwicklung in der quantitativen Analyse nicht berücksichtigt.

untereinander abstimmen (die bereits präsentierte Tabelle 11 vermittelt einen Eindruck über das Wie). Die Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der 26 Kantone ergab, dass die Kantone auf unterschiedliche Weise miteinander kooperieren, z.B. in unterschiedlich grossen Gruppen.

Tabelle 12 Kooperationshäufigkeit im Spitalwesen nach Kanton

Kanton	Informations- austausch	Koordination	Kollaboration	Kooperationen insgesamt
AG	6	11	1	18
AI	5	9	0	14
AR	7	10	0	17
BE	7	17	0	24
BL	4	12	2	18
BS	4	15	2	21
FR	1	11	1	13
GE	1	14	0	15
GL	4	10	0	14
GR	3	12	0	15
JU	2	11	0	13
LU	5	12	1	18
NE	1	11	0	12
NW	4	7	1	12
OW	3	5	0	8
SG	4	12	0	16
SH	4	10	0	14
SO	4	10	1	15
SZ	3	9	0	12
TG	4	12	0	16
TI	1	16	0	17
UR	3	8	0	11
VD	2	16	2	20
VS	3	14	1	18
ZG	3	9	0	12
ZH	8	15	0	23
Kantonales Engagement total	96	298	12	406
CH Mittelwert	3,7	11,5	0,46	15,6

Anmerkung: Elf Kantone gaben an, informellen Informationsaustausch per Telefon und Mail zu pflegen, zwei Kantone gaben an, formellen Informationsaustausch zu pflegen. Beide Arten werden in dieser Zusammenstellung berücksichtigt, auch wenn der Partnerkanton nicht angegeben wurde. Im dyadischen Datensatz für die quantitative Auswertung hingegen werden nur gegenseitig bestätigte oder anders plausibilisierte Kooperationsbeziehungen berücksichtigt. Deshalb können die Zahlen voneinander abweichen.

Es zeigt sich, dass 47 Prozent der Kooperationsaktivitäten zwischen zwei Kantonen stattfinden (vgl. Abbildung 8). An 28 Prozent der Kooperationen beteiligen sich mindestens drei Kantone. Bei den rund 20 Prozent unilateraler Kooperatio-

nen handelt es sich fast ausschliesslich um die einseitige Übernahme des SPLG-Konzepts. Diese als unilateral bezeichnete Koordinationsaktivität führt zu vergleichbareren Spitalplanungen in 24 Kantonen. In drei Prozent der Kooperationen fehlen Angaben für eine entsprechende Zuordnung. Im Gegensatz dazu machen bei den Konkordaten die bilateralen Abkommen rund drei Viertel aus (Bochsler und Sciarini 2006: 29). Das liegt daran, dass im Fall verbindlicher Vereinbarungen die Transaktionskosten mit der Anzahl Beteiligter stärker steigen als im Fall weniger verbindlicher Kooperationsformen. Dies zeigt sich auch darin, dass auf Stufe des Informationsaustauschs der Anteil an multilateralen Aktivitäten mit 31 Prozent besonders hoch ist. Bei den multilateralen Kooperationsformen fallen denn auch die unterschiedlichen GDK-Gremien auf nationaler und regionaler Ebene sowie die Fachkonferenzen besonders ins Gewicht. Die Bandbreite an Formaten ist gross. Diese reichen vom informellen, bedarfsorientierten Austausch am Telefon oder per E-Mail über diverse formalisierte Gremien mit koordinativer Wirkung bis zu gemeinsamen Planungsgrundlagen, Spitalträgerschaften oder gar einer Gesundheitsregion oder Spitalverbünden (vgl. Tabelle 10).

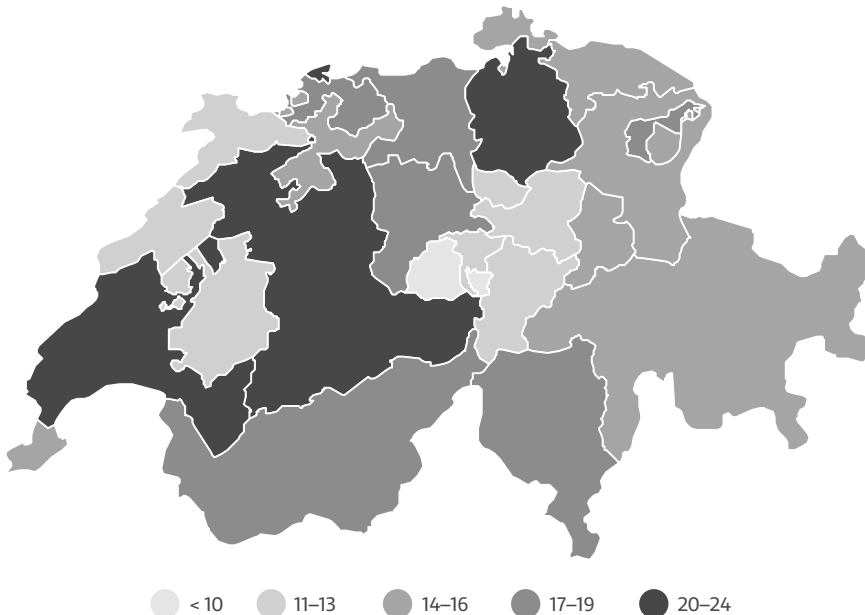
Nach diesem ersten Überblick über die aktuelle Kooperationslandschaft soll einerseits der räumlichen Dimension und andererseits der Bedeutung der Kantonsgrösse Aufmerksamkeit geschenkt werden. Diese Auffächerung dient als Grundlage, um die Bedeutung der Kooperationsebene vertieft zu analysieren.

4.3 Kooperationslandschaft räumlich dargestellt

Die Abbildungen 9 bis 12 zeigen auf Landkarten der Schweiz, wie häufig die verschiedenen Kantone insgesamt kooperieren, Informationen austauschen, sich koordinieren und kollaborieren. Der Lesbarkeit des Diagramms wegen wurden die Kantone im Hinblick auf die Kooperationshäufigkeit (Abbildung 9) in fünf Kategorien unterteilt.

Am unteren Ende der Skala sticht Obwalden heraus mit gerade einmal acht Kooperationen. Danach folgen Uri, das sich an elf Kooperationen beteiligt, und etliche Kantone mit 12 und 13 Kooperationen. Dies sind kleinere Kantone in der Zentralschweiz und mit Jura und Neuenburg zwei kleinere und eher peripher gelegene Kantone der Westschweiz. Freiburg sticht etwas heraus. Mit über 300 000 Einwohnerinnen und Einwohnern handelt es sich um einen mittelgrossen Kanton an der Sprachgrenze. In der Mittekategorie liegen so unterschiedliche Kantone wie Genf, Solothurn, Schaffhausen und ein Grossteil der Ostschweiz. Der Kanton Tessin erscheint etwas überraschend in der zweithöchsten Kategorie zusammen mit Aargau, Basel-Landschaft, Luzern, Wallis und Appenzell Auser rhoden. Überraschend deshalb, weil der Kanton Tessin eine eigene Sprache hat und als Grenzkanton, der geografisch durch die Alpen vom Rest des Landes abgeschnitten ist, mit diversen potenziellen Kooperationsbarrieren versehen ist (Bochsler 2008: 147 f.). Allerdings gibt der hohe Wert von Kooperationen die tatsächliche Situation möglicherweise etwas verzerrt wieder. Der Kanton Tessin ist

Abbildung 9 Räumliche Verteilung von Kooperationen im Spitalwesen



Anmerkung: Die Kategorien geben die Anzahl Kooperationen wieder, an denen sich ein Kanton beteiligt. Quelle: Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf eigener Datenerhebung.

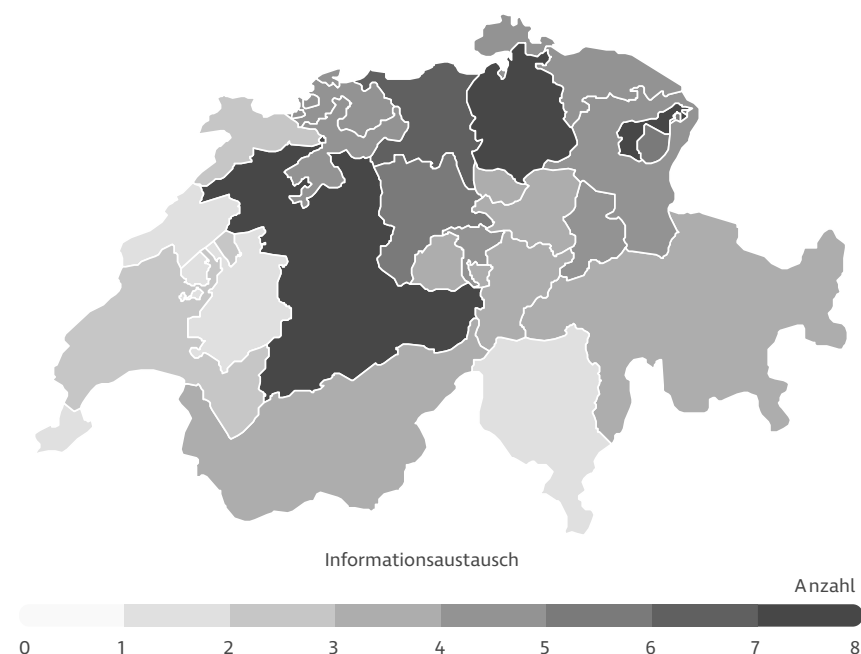
nämlich in zwei regionalen GDKs vertreten, jener der Westschweiz und jener der Zentralschweiz, nimmt aber aus Ressourcengründen und aufgrund der Tessiner Vertretung im Vorstand der GDK nicht immer überall in vollem Umfang teil.⁵² Am kooperationsfreudigsten zeigen sich die Kantone Basel-Stadt, Bern, Waadt und Zürich. Eine auffällige Gemeinsamkeit ist, dass alle über ein Universitäts-spital verfügen. Zudem handelt es sich (mit Ausnahme des Spezialfalls Basel-Stadt) um die bevölkerungsstärksten Kantone der Schweiz. Der Zusammenhang von Bevölkerungsgrösse und Kooperation wird in Kapitel 4.4 vertieft.

Beim Informationsaustausch (Abbildung 10) für sich genommen ist die Bandbreite weniger gross und reicht von der Beteiligung an einem Informations-austausch (FR, GE, NE und TI) bis zu acht (ZH). Danach folgen Appenzell Ausser-rhoden und Bern mit je sieben Austauschen, Aargau mit sechs Austauschen und Appenzell Innerrhoden sowie Luzern mit je fünf. Es sticht ins Auge, dass die

52 Der Tessiner Interviewpartner verwies darauf, dass an den regionalen GDK-Treffen oftmals die Vorstandsthemen besprochen werden. Weil der Kanton im Vorstand vertreten sei und er aus kulturellen und traditionellen Gründen intensiver in die Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (CLASS) als in die ZGSDK involviert sei, bringe er sich in letztere aus Ressourcengründen weniger intensiv ein.

lateinischen Kantone kaum Informationsaustausch betreiben und sich stattdessen direkt höheren Kooperationsstufen zuwenden; bei den Kooperationen insgesamt fallen sie gegenüber der Deutschschweiz nämlich nicht ab. Zudem fällt erneut auf, dass die beiden bevölkerungsstärksten Kantone am meisten Informationsaustausche pflegen. Hier könnte die Rolle von Zürich und Bern als Motoren bei der Umsetzung der neuen Spitalplanung mitspielen, insbesondere die Einführung des SPLG-Konzepts. So haben sich andere Kantone verschiedentlich an Zürich gewandt, um von einem Wissenstransfer bei der neuen Spitalplanung zu profitieren. Der Kanton Wallis wollte als erster Westschweizer Kanton seine Spitalplanung nach dem SPLG-Konzept vornehmen. Für die Wissensvermittlung und Hilfestellungen durch die Zürcher Verwaltung in der Phase 2012–2014 entschädigte das Wallis Zürich. Jura wiederum wandte sich ans Wallis, um sich Unterstützung bei der Einführung der neuen Planungsmethode zu holen (Quelle: Interviewaussage).

Abbildung 10 Räumliche Verteilung von Informationsaustausch im Spitalwesen

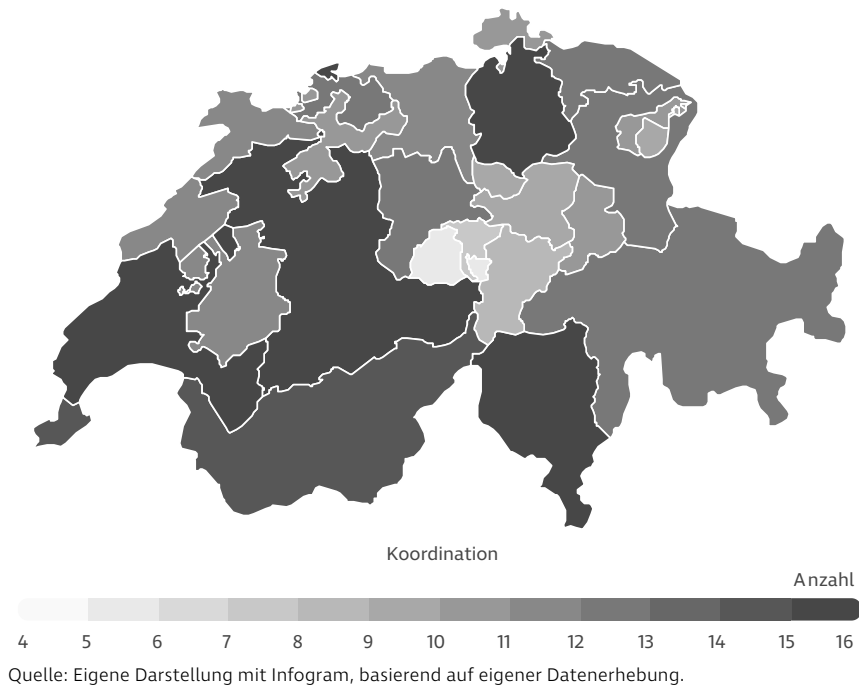


Quelle: Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf eigener Datenerhebung.

Die Kantone sind im Spitalbereich besonders aktiv auf Stufe der Koordination (Abbildung 11). Alle Kantone zusammengekommen beteiligen sich fast 300-mal an insgesamt 80 verschiedenen Koordinationsmöglichkeiten (Tabellen 11

und 12). Erneut zeigt sich, dass zwischen den Kantonen gewisse Unterschiede bestehen. Die Werte reichen von fünf Koordinationsaktivitäten (OW) bis zu 17 (BE). Tessin und Waadt beteiligen sich an 16 verschiedenen Koordinationsmöglichkeiten, Basel-Stadt und Zürich liegen mit 15 Koordinationen an dritter Stelle. Das Bild gleicht jenem zu den Kooperationen insgesamt. Es sind erneut vor allem kleinere Kantone in der Zentralschweiz, die sich an weniger Koordinationsaktivitäten beteiligen. Das Trio Freiburg, Jura und Neuenburg scheint etwas weniger aktiv als die unmittelbare Umgebung, hebt sich jedoch von den kleineren Zentralschweizer Kantonen ab. Dies hängt mit der vergleichsweise aktiven *Conférence latine des affaires sanitaires et sociales* (CLASS) zusammen. So stellen Achtermann und Berset (2006: 73) bereits vor der KVG-Reform eine «besonders enge Zusammenarbeit» innerhalb der CLASS (damals noch CRASS)⁵³ fest, die sie auf die gemeinsame Kultur zurückführen.

Abbildung 11 Räumliche Verteilung von Koordination im Spitalwesen

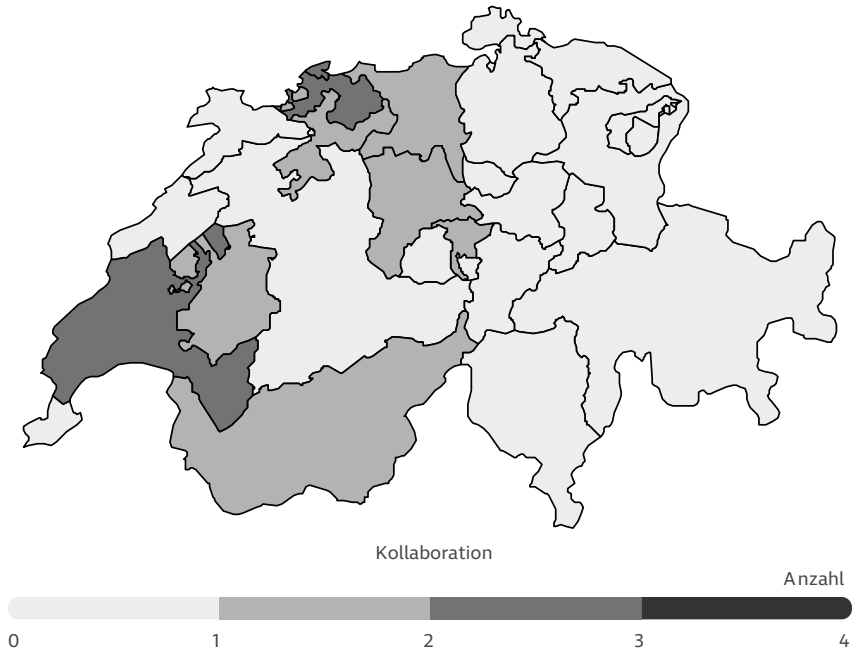


Im Hinblick auf die Kollaboration (Abbildung 12) hingegen erweisen sich grosse Teile der Schweiz als Ödland. Basel-Stadt und Basel-Landschaft arbeiten in zwei Kollaborationen zusammen, wovon eine auch die beiden Nordwestschweizer Kantone Solothurn und Aargau umfasst. Der Kanton Waadt betreibt zwei inter-

53 CRASS steht für *Conférence romande des affaires sanitaires et sociales*.

kantonale Spitäler, das Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) mit Freiburg und das Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC) mit Wallis. Luzern und Nidwalden bilden die Spitalregion LUNIS, welche in der Fallstudie ausführlich analysiert wird.

Abbildung 12 Räumliche Verteilung von Kollaboration im Spitalwesen



Quelle: Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf eigener Datenerhebung.

Insgesamt präsentiert sich die Situation als ein dichtes Geflecht von Kooperationsbeziehungen. Einzig auf Kollaborationsstufe ist die Zusammenarbeit weniger verbreitet. Regional gibt es gewisse Intensitätsunterschiede, die sich nur teilweise in den Grafiken widerspiegeln. Damit gemeint sind die Aktivitäten innerhalb der regionalen Gesundheitsdirektorenkonferenzen (für eine Übersicht siehe Achtermann und Berset 2006: 78).⁵⁴ Die CLASS gilt allgemein als eine äusserst aktive Konferenz mit einem ständigen Sekretariat und einer vergleichsweise hohen Sitzungsfrequenz aufgrund ihrer diversen Subkommissionen und Arbeitsgruppen. Der Austausch ist im gesamten Politikbereich intensiv, konkrete Projekte laufen aber eher bilateral (z. B. zwei interkantonale Spitäler). Politische

54 Zur CLASS gehören BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS; zur GDK-NWCH gehören AG, BS, BL, SO, BE, LU, JU als Gast; zur ZGSDK gehören LU, UR, SZ, NW, OW, ZG, TI ist auf der Korrespondenzliste; und zur GDK-Ost gehören AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, TI als stndiger Gast.

Realitäten und daraus resultierende divergierende Interessen verhindern vorerst weitergehende Schritte. Ein Mandat zum Ausloten von Zusammenarbeitspotential wurde nachträglich redimensioniert und politisch entschärft, weil sich die Interessengegensätze als zu gross herausstellten (Interviewaussage). Insgesamt identifizieren sich die lateinischen Kantone stark mit ihrer (Sprach-)Region, insbesondere aufgrund der eigenen Sprache und Kultur. Die CLASS wird ausdrücklich als Organ erwähnt, um auf nationaler Ebene die regionale Sichtweise einbringen zu können (Achtermann und Berset 2006: 74; Interviewaussage). Die Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK-NWCH) ist aktuell vor allem auf Fachebene aktiv. Die Kantone Bern und Luzern sind jeweils noch in der CLASS beziehungsweise in der Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz (ZGSDK)⁵⁵ involviert. Den eigentlichen Kern bilden Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. Diese vier sind auf Fach- und teils auf Regierungsebene besonders eng miteinander verflochten. Das gilt speziell für die beiden Basel, die in der Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsregion begriffen sind.⁵⁶ Die GDK-NWCH ist auch davon geprägt, dass Teile einzelner Kantone sich nach ausserhalb der GDK-Region orientieren, vorwiegend nach Zürich hin. Die ZGSDK wiederum hat eine ausgeprägte Identität als Region Zentralschweiz und verfügt über ein ständiges Sekretariat. Entsprechend wird betont, dass die Kantone trotz teils divergierender Interessen bei regionalen Themen zusammenstehen und nach aussen gemeinsam auftreten (Interviewaussage). Projekte im Spitalbereich finden aber vor allem bilateral statt, wie beispielsweise die Spitalregion LUNIS. Die GDK-Ost wird von mehreren aussenstehenden Kantonen als recht aktiv wahrgenommen. Mit der Ostschweizer Spitalvereinbarung war sie Vorreiterin bezüglich der Abgeltung von Zentrumslasten grosser Spitäler (z. B. der ärztlichen Weiterbildung) und einiger gemeinsamer Planungskriterien. Nach einem früheren Anlauf arbeiten die Kantone der GDK-Ost erneut an einer gemeinsamen Rehabilitationsplanung.

Die kartografische Darstellung legt nahe, dass nebst regionalen Unterschieden auch die Kantonsgrösse einen wichtigen Einfluss auf das Kooperationsverhalten der Kantone hat. Dieses Verhältnis steht im anschliessenden Unterkapitel im Zentrum.

55 Seit Beschluss vom 22. Oktober 2018 wurden die Bereiche Gesundheit und Soziales wieder in zwei regionale Zentralschweizer Konferenzen aufgeteilt (ZGDK und ZSODK). Siehe <http://www.zrk.ch/Gesundheit.124.0.html>, zugegriffen: 10.11.2020. Die Interviews fanden vor diesem Zeitpunkt statt, weshalb der inzwischen veraltete Ausdruck (ZGSDK) verwendet wird.

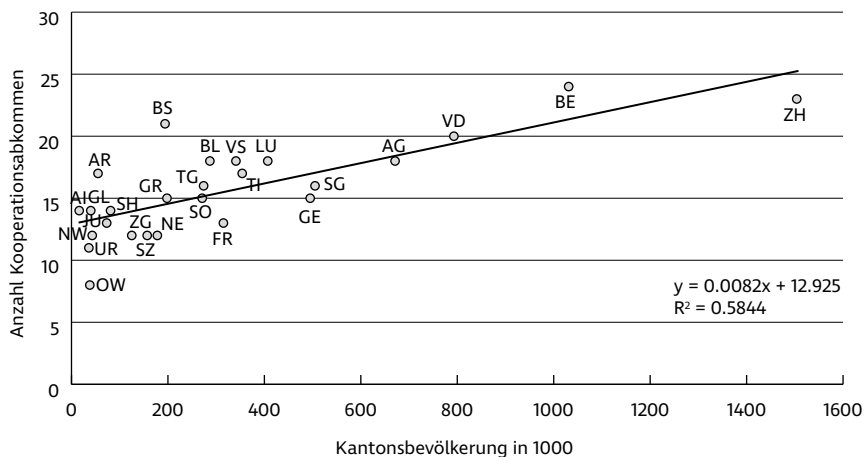
56 Die Schaffung eines gemeinsamen Spitalverbunds wurde im Februar 2019 von der basel-städtischen Stimmbevölkerung abgelehnt, eine gemeinsame Gesundheitsregion hingegen angenommen. Per 1. Juli 2021 trat die von einer Fachkommission erarbeitete gemeinsame Spitalliste in Kraft (BS und BL 2021).

4.4 Kooperation und Bevölkerungsgrösse

Die Kantonsgrösse spielt in den Hypothesen eine wichtige Rolle. Sie steht einerseits als Annäherung an den Kooperationsbedarf aufgrund von Kleinheit im Fokus, gleichzeitig ist sie umgekehrt Kennzeichen für Expertise, administrative Ressourcenstärke oder potenzielle Zentrumsfunktion. Aus diesem Grund werden die erhobenen Kooperationsdaten je Stufe mit der Kantonsgrösse in Beziehung gesetzt.

Über alle drei Kooperationsstufen gemeinsam gesehen, nimmt die Zahl der Kooperationen mit wachsender Bevölkerungsgrösse zu (Abbildung 13). Während es durchaus kleine Kantone gibt, die relativ viele Kooperationen pflegen (z.B. AR), gibt es umgekehrt keine grossen Kantone, die wenig kooperieren.

Abbildung 13 Anzahl kantonale Kooperationen im Spitalwesen im Verhältnis zur Bevölkerung



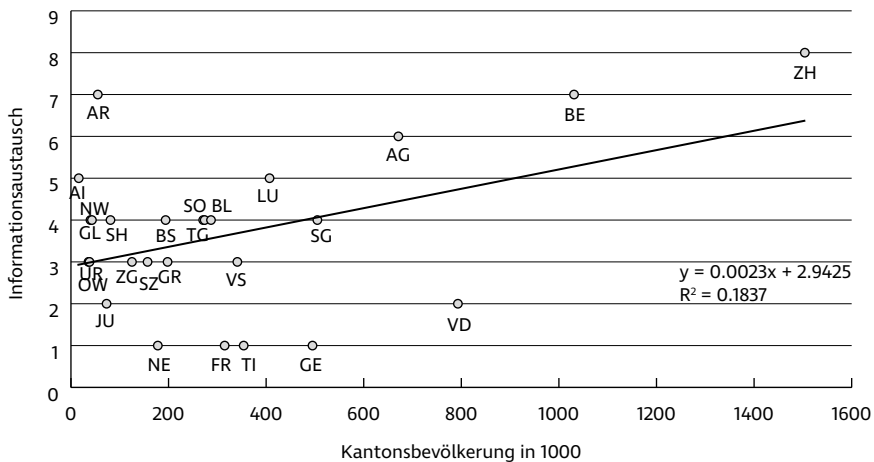
Quelle: Eigene Daten und BFS (2018a).

Die Trendlinie, ein bivariates lineares Regressionsmodell, weist einen klaren Zusammenhang zwischen Bevölkerungsgrösse und Kooperationshäufigkeit aus. Mit einem Bestimmtheitsmass R^2 von 0,58 kann dieses simple Modell Kooperation erstaunlich gut mit der Bevölkerungsgrösse erklären.⁵⁷ Es besteht also statistisch ein klarer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsgrösse und Kooperationshäufigkeit, die als Umsetzung der Koordinationspflicht verstanden werden kann.

57 Das Bestimmtheitsmass R^2 gibt bei linearen Regressionen den Anteil der durch das Modell erklärten Streuung an der Gesamtstreuung an und liegt zwischen 0 und 1. Je höher der Anteil der erklärten Streuung, desto höher ist die Güte des Modells und es besteht ein deutlicher Zusammenhang (Jann 2005: 172f.).

Betrachtet man den Informationsaustausch und die Koordination je separat, ist der Zusammenhang etwas schwächer als bei den Kooperationen insgesamt. Dies betrifft insbesondere den Informationsaustausch (vgl. Abbildung 14). Hier ist der Steigungskoeffizient für die Bevölkerung deutlich kleiner, ebenso der Wert für das R^2 . Die realen Datenpunkte der Kantone streuen dementsprechend stärker rund um die Trendlinie. Für die Koordinationsaktivitäten (vgl. Abbildung 15) ist der Zusammenhang wieder klar stärker und der Steigungskoeffizient steiler. Mit 0,47 ist R^2 respektabel hoch, wie im Fall aller Kooperationsformen zusammengenommen.

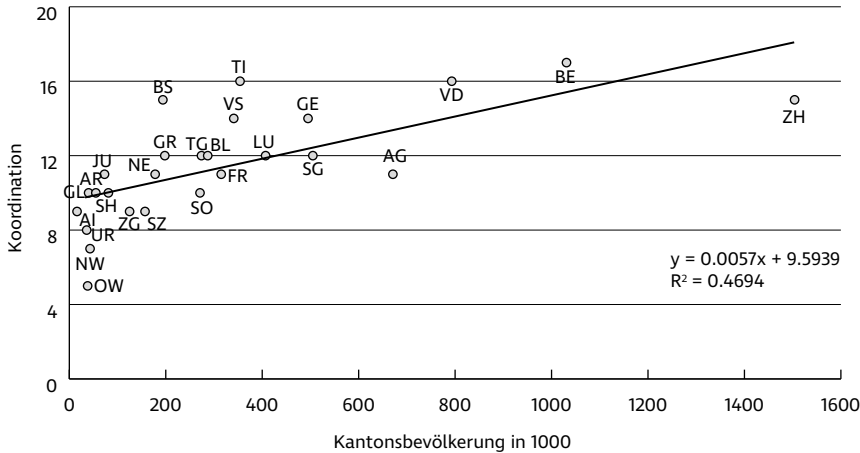
Abbildung 14 Anzahl Informationsaustausche im Spitalwesen im Verhältnis zur Bevölkerung



Quelle: Eigene Daten und BFS (2018a).

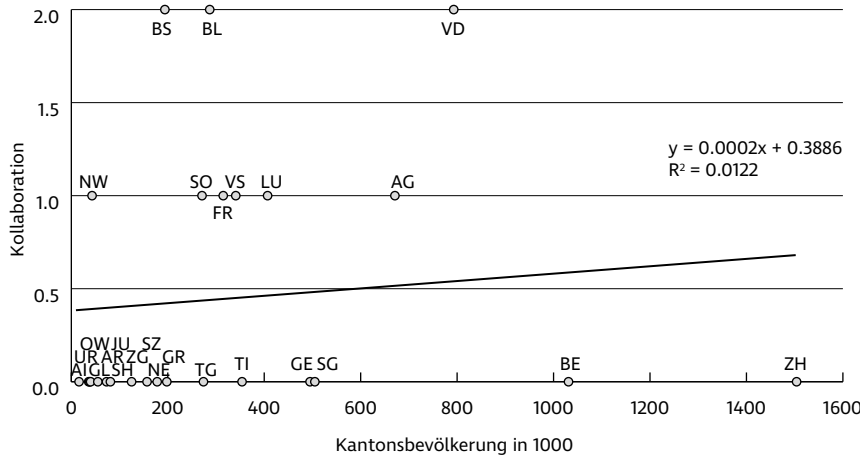
Für die Kollaboration (Abbildung 16) zeigt sich, dass praktisch kein linearer Zusammenhang zwischen Kantonsgrösse und Anzahl Kollaborationen auszumachen ist und das tiefe R^2 macht deutlich, dass andere Faktoren die Varianz erklären. Fast zwei Drittel der Kantone haben keine einzige Kollaboration, sechs haben eine und drei haben zwei. Es fällt auf, dass die Kantone mit 190'000 bis 800'000 Einwohnerinnen und Einwohnern tendenziell häufiger mindestens eine Kollaboration aufweisen als die Kantone mit weniger als 190'000 Einwohnerinnen und Einwohnern und die beiden grössten Kantone mit über einer Million Menschen. So kollaborieren acht von dreizehn Kantonen in dieser Mittelkategorie, während bei den Kantonen mit einer Bevölkerungsgrösse unter 190'000 Menschen einer von elf Kantonen mindestens einmal kollaboriert. Bern und Zürich, als einzige Kantone mit über einer Million Einwohnerinnen und Einwohnern, kollaborieren beide nicht.

Abbildung 15 Anzahl Koordinationsaktivitäten im Spitalwesen im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung



Quelle: Eigene Daten und BFS (2018a).

Abbildung 16 Anzahl Kollaborationen im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung



Quelle: Eigene Daten und BFS (2018a).

Die Unterschiede zwischen den Verteilungen beim Informationsaustausch und bei der Koordination lassen sich folgendermassen interpretieren: Der Informationsaustausch ist weniger verbindlich und im schweizerischen politischen System grundsätzlich stark verankert. Der Aufwand hält sich in Grenzen. Koordinationsmassnahmen haben bereits einen stärker bindenden Charakter. Es ist deshalb plausibel anzunehmen, dass damit ein grösserer Aufwand verbunden

ist und Koordination häufiger eine Ressourcenfrage ist als der Informationsaustausch. Bochsler (2009: 362) beispielsweise zeigt sich überrascht von seinem Ergebnis, dass grosse Kantone häufiger kooperieren als kleine. Er schliesst daraus, dass grössere Kantone häufiger ihre Kooperationen über Verträge formalisieren, während kleinere Kantone manchmal informell kooperieren. Die Ergebnisse der vorliegenden simplen bivariaten Analyse legen nahe, dass die Kantonsgrösse auch beim Informationsaustausch eine Rolle spielt, allerdings eine kleinere, wie der geringere Steigungsgrad zeigt. Allerdings wird der Unterschied zwischen grossen und kleinen Kantonen möglicherweise überschätzt, weil formalisierte Arten des Informationsaustauschs eher berichtet werden als informelle, die schnell vergessen oder von den Beteiligten gar nicht bewusst als solche wahrgenommen werden.

Auf der höchsten Kooperationsstufe, bei den Kollaborationen, präsentiert sich das Bild anders. Hier sind es vor allem mittelgrosse Kantone, die häufiger zusammenarbeiten. Kollaborationen sind im Allgemeinen am stärksten formalisiert, werden meist durch interkantonale Vereinbarungen festgehalten und sind entsprechend bindend. Neben Bochslers Erklärung, dass für kleinere Kantone der Kooperationsaufwand scheinbar zu gross sei, gibt es weitere mögliche Erklärungen. Beispielsweise besteht gerade für kleinere Kantone das Risiko, dass sie in einer Kooperation mit einem grösseren Partner zu wenig Gewicht haben und ihre Selbstbestimmung in einem bestimmten Bereich verlieren. Die grossen Kantone hingegen können ihre Probleme im Spitalbereich selbständig lösen. Als Beispiel sei die anfänglich gemeinsame Erarbeitung des SPLG-Konzepts der Kantone Zürich und Bern erwähnt. Ausserdem können grosse Kantone fast das ganze medizinische Leistungsspektrum allein abdecken und sind nicht auf andere angewiesen, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Mittelgrosse Kantone verfügen über Zentrumsspitäler, die für die Versorgung der eigenen Bevölkerung und für die Nachbarkantone wichtig sind. Dies gilt für die Universitätsspitäler des Kantons Waadt und des Kantons Basel-Stadt erst recht. Damit sind sie auf der einen Seite attraktive Partner für umliegende kleinere Kantone. Zudem weisen deren Verwaltungen bereits einiges an Grösse und Spezialisierung auf. Auf der anderen Seite sind sie noch nicht so gross, dass sie alles eigenständig lösen und stemmen könnten. Folglich sind sie potenziell an Kollaborationen interessiert und erscheinen möglicherweise den kleineren Kantonen aufgrund geringerer Grössenunterschiede als weniger bedrohlicher Zusammenarbeitspartner im Hinblick auf die Wahrung der Autonomie als wesentlich grössere Partner. So entspricht die Nidwaldner Bevölkerung immerhin rund zehn Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Luzern und fällt in der gemeinsamen Spitalregion LUNIS stärker ins Gewicht, als sie dies beispielsweise in einer Kollaboration mit Bern täte. In diesem Fall entspräche die Nidwaldner Bevölkerung nur knapp vier Prozent der Bevölkerung des Kantons Bern.

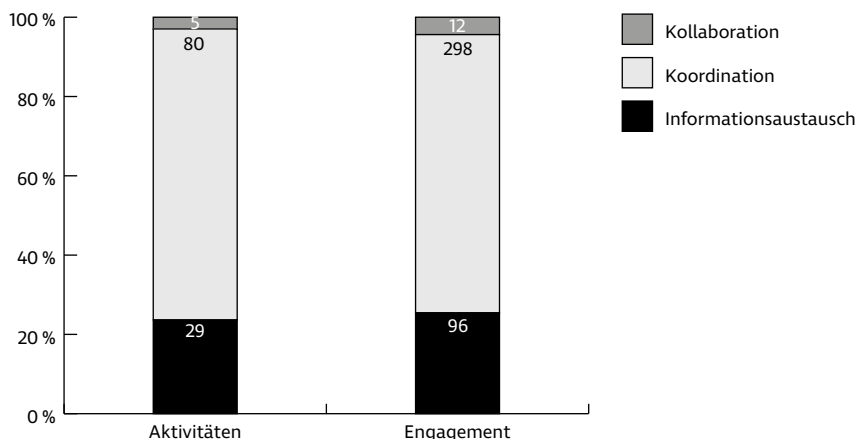
Diese Beispiele zeigen, dass Grösse und Kooperationshäufigkeit zusammenhängen; die Art des Zusammenhangs ist vielschichtig. Bevor hier weitrei-

chende Schlüsse gezogen werden, sollten die Ergebnisse der multivariaten statistischen Analyse berücksichtigt werden.

4.5 Die Bedeutung der Kooperationsstufe

Das Gros der kantonalen Kooperationsaktivitäten spielt sich auf Koordinationsstufe ab, wie dies Abbildungen 17 und 18 veranschaulichen. Das gilt sowohl für die Anzahl verschiedener Kooperationen, die zwischen den Kantonen existieren (Abbildung 17, erste Säule), als auch dafür, wie oft sich die Kantone an den bestehenden Formaten beteiligen (Abbildung 17, zweite Säule).⁵⁸

Abbildung 17 Verteilung von Engagement und Aktivitäten auf die Kooperationsstufen



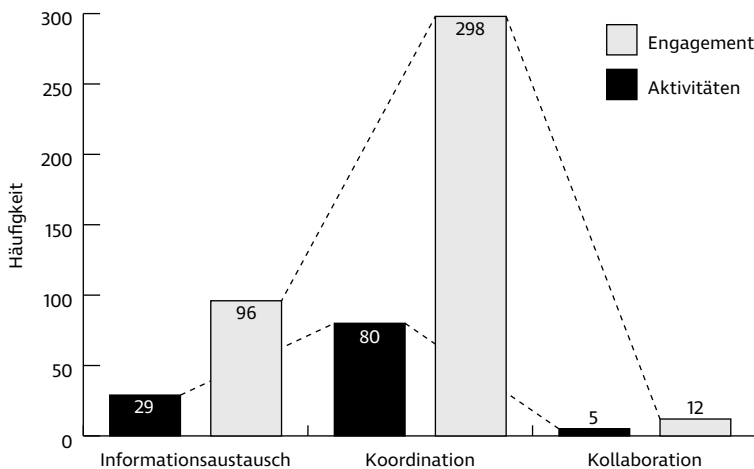
Anmerkung: Die Zahlen in der Säule geben die absoluten Werte wieder.

Mit 72 Prozent engagieren sich die Kantone am häufigsten auf Koordinationsstufe. Das entspricht 298 Engagements im Rahmen von Koordinationsaktivitäten. Informationsaustausche machen knapp einen Viertel und Kollaborationen nur rund 5 Prozent aller Kooperationsbeteiligungen aus. Pro Kanton gerechnet sind das durchschnittlich 11,5 Koordinationsaktivitäten gegenüber 3,7 Informationsaustauschen und 0,5 Kollaborationen (vgl. Tabelle 12).

⁵⁸ Ein Beispiel: An einem bestimmten Informationsaustausch sind drei Kantone beteiligt, an der Koordinationsaktivität «regionale GDK» sieben Kantone. Bei der Anzahl verschiedener Aktivitäten werden der Informationsaustausch und die Koordination regionale GDK je einmal gezählt. Beim *Engagement* der Kantone an diesen Kooperationsaktivitäten hingegen wird der Informationsaustausch bei jedem der drei Kantone gezählt und die regionalen GDK-Treffen bei allen sieben beteiligten Kantonen als wahrgenommene Koordinationsaktivität – Engagement – verbucht.

Aus der Forschungsfrage nach der Rolle der Kooperationsebene für die Häufigkeit und Intensität von Kooperationen wurde die Annahme getroffen, dass mit steigender Verbindlichkeit und Sichtbarkeit die Kooperationsaktivitäten und die -bereitschaft sinken. Setzt man die steigende Verbindlichkeit und Sichtbarkeit mit den Kooperationsstufen gleich, können die Zahlen dies nicht unmittelbar belegen.⁵⁹ Eher offenbart Abbildung 18 eine Art umgekehrt u-förmige Verteilung, und dies sowohl bei der Anzahl verschiedener Aktivitäten pro Kooperationsebene als auch, noch deutlicher, beim kantonalen Engagement, d. h. bei der Frage, wie viele Male sich die Kantone an den jeweiligen Aktivitäten beteiligen.

Abbildung 18 Häufigkeit des Engagements und der Kooperationsaktivitäten nach Kooperationsstufe



Im Gegensatz zur vermuteten Abnahme mit steigender Kooperationsstufe scheinen sich die Kantone selten mit reinem Informationsaustausch zu begnügen. Stattdessen stimmen sie in vielen Fällen ihr Handeln in irgendeiner Form aufeinander ab, sei dies einseitig als Reaktion auf erhaltene Informationen, wie auf Vernehmlassungsantworten, oder dass Kantone gemeinsam erarbeitete Konzepte oder Regeln übernehmen beziehungsweise einhalten, wie z.B. die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung. Die Zahlen spiegeln ein Stück weit wider, dass sich die Koordination als besonders breite Kategorie erweist (siehe Kapitel 2.1

59 Wie die nachfolgende Diskussion zeigt, ist es problematisch anzunehmen, dass Kollaborationen in Bezug auf die Spitalplanung per se verbindlicher oder folgenschwerer sind als Koordinationsbemühungen. Fest steht, dass sowohl Koordination als auch Kollaboration verbindlicher sind als Informationsaustausch. Deshalb trifft auch unter diesem Blickwinkel zu, dass die Zahlen die Grundannahme nicht ohne Weiteres stützen.

zur Abgrenzungsthematik). Sie reicht auf der einen Seite von der einseitigen Koordination bis zur positiven Koordination am anderen Ende des Spektrums, die bereits nahe an einer Kollaboration ist. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wertvoll, auf die Expertengespräche zurückgreifen zu können, um einen Einblick zu erhalten, wie Kooperationsbemühungen im politisch-administrativen Alltag jenseits dieser Kategorien unternommen und aufgefasst werden. Um weitergehende Aussagen zum Zusammenhang von Sichtbarkeit, Verbindlichkeit und Kooperationsbereitschaft und -intensität machen zu können, müssen die gemachten Aussagen interpretiert werden.

Nahe an der Annahme, dass Kooperationen mit erhöhter Verbindlichkeit und Sichtbarkeit schwieriger werden, sind die Beobachtungen eines Kantonsvertreters (Interviewaussage): Gespräche und Austausch mit einigen Nachbarn finden sehr rege statt. Die gemeinsame Erarbeitung von Planungsgrundlagen sei schon wesentlich anspruchsvoller. Daraus folgend einheitliche Kriterien für die eigentliche Planung anzuwenden, sei für einige Kantone offenbar zu viel der Gebundenheit. Gar eine gemeinsame verbindliche Spitalplanung sei noch in weiter Ferne.

Ein ähnliches Muster zeigte sich bei einem früheren Versuch, die Rehabilitation innerhalb der Ostschweiz gemeinsam zu planen. Die Kantone der GDK-Ost führten die Bedarfserhebung und die Evaluation der Leistungserbringer gemeinsam durch. Als es aber um den Erlass der Spitalliste ging, war kein Kanton dazu bereit, eine innerkantonale Klinik zugunsten einer ausserkantonalen von der Liste zu streichen. So kam keine gemeinsame Rehabilitationsplanung zustande (Interviewaussage).

Die beiden Beispiele veranschaulichen, wie bei steigender Verbindlichkeit von Kooperationen auch die Schwierigkeiten zunehmen. Die erste Aussage deutet an, dass gewisse Kantone einen Autonomieverlust befürchten. Gespräche und Austausche verpflichten zu nichts. Im besten Fall führen sie zu einem Erfahrungsaustausch, bei dem man von den anderen lernen kann. Man erfährt von anderen Vorgehensweisen und Methoden und nähert sich so Best Practices an. Erarbeitet man Planungsgrundlagen (z. B. einen Versorgungsbericht) gemeinsam, erfordert dies, dass sich die Beteiligten auf gewisse Grundlagen einigen. Was soll berücksichtigt, was weggelassen werden? Dies kann man als Kollaborationsprojekt bezeichnen, da gemeinsam Planungsgrundlagen erstellt werden. Dennoch ist das Ergebnis dieser Kollaboration insgesamt recht autonomieschonend. Denn die Planungshoheit bleibt vollumfänglich beim einzelnen Kanton. Verpflichtet man sich hingegen, bestimmte Kriterien anzuwenden, verkleinert sich der Spielraum, um politische Befindlichkeiten oder Ähnliches berücksichtigen zu können. Entsprechend ist diese Art zu kooperieren anspruchsvoller. Das spiegelt sich auch in diversen Aussagen zum SPLG-Konzept und zu den GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung wider. Letztere sind, namensgetreu, nicht verbindlich. Während viele Fachpersonen in den Kantonen die GDK-Empfehlungen als wichtig und hilfreich einstufen (sieben Interviewaussagen), schätzen sie einen Ermessensspielraum oder erachten ihn gar als notwendig. Verschiedene

Befragte äussern, man übernehme die GDK-Empfehlungen oder das SPLG-Konzept mit Augenmass; man behalte sich vor, eigene Entscheidungen zu treffen (sieben Interviewaussagen). Typischerweise werden Empfehlungen dann nicht befolgt, wenn man die regionale und wohnortsnahe Versorgung nicht sicherstellen kann, ohne vom Konzept abzuweichen (z. B. von Mindestfallzahlen oder einem minimalen Marktanteil). Zudem betonen mehrere Befragte, dass kleine und mittlere Kantone weder die gleichen Bedürfnisse noch die gleichen Möglichkeiten wie die grossen Kantone bezüglich Spitalplanung haben (sieben Interviewaussagen). Die totalrevidierten GDK-Empfehlungen von 2018 erlauben denn auch ausdrücklich Abweichungen von der bedarfsgerechten Spitalplanung «in begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung» (GDK 2018: 8).

Ein noch grösserer Schritt als gemeinsame Planungsgrundlagen oder Kriterien (empfohlen oder gar verbindlich) wäre eine gemeinsame Spitalliste. Eine solche zu erlassen, würde eine äusserst ähnliche Interessenlage, hohe Kompromissbereitschaft und einen starken politischen Rückhalt erfordern. In einem Interview skizziert eine kantonale Fachperson als möglichen Weg die Schaffung eines interkantonalen Gremiums, das den politisch legitimierten Auftrag hätte, die Spitalplanung für eine bestimmte kantonsübergreifende Region analog zur Spitzenmedizin vorzunehmen.⁶⁰ Ansonsten sei es fast unmöglich, die kantonalen Eigeninteressen zu überwinden (Interviewaussage, sowie zwei ähnliche Interviewaussagen bzgl. Eigeninteressen).

Das zweite Beispiel ausserhalb der Akutsomatik, die gemeinsame Rehabilitationsplanung, ist dem Interviewbeispiel von UX36 mit den steigenden Kooperationshürden sehr ähnlich. Auf die Planungsgrundlagen (Bedarf, Evaluation Leistungserbringer) konnte man sich einigen. Die Kantone scheiterten jedoch, als es darum ging, einschneidende Zugeständnisse zu machen. Die beiden Beispiele zeigen, dass es nicht nur um die Kooperationsstufe (hier Koordination bzw. Kollaboration) geht, sondern vor allem um die Tragweite der Entscheidungen. Insbesondere der mögliche Autonomieverlust ist heikel. Hinzu kommen aber auch potenzielle finanzielle Konsequenzen für die eigenen Kliniken oder ein Verlust an Standortattraktivität, wenn Leistungsaufträge ausserkantonale vergeben werden.

Ein Projekt in diesem Sinn sah vor, einige Leistungsbereiche über die Kantonsgrenze hinweg in je einem Kantonsspital zu konzentrieren. Die Idee wurde aber als politisch unrealistisch erachtet und nicht weiterverfolgt. Oft werden Projekte auf Fachspezialistenebene als gute Idee beurteilt, sind dann

60 Das KVG verpflichtet die Kantone in Art. 39 Abs. 2bis, die hochspezialisierte Medizin für die gesamte Schweiz gemeinsam zu planen. Dazu wählt die GDK die Mitglieder des HSM-Beschlussorgans (bestehend aus zehn Gesundheitsdirektoren und -direktoren). Das Beschlussorgan entscheidet einerseits über die Zuordnung der medizinischen Bereiche zur Spitzenmedizin. Andererseits fällt es die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Das HSM-Fachorgan unterstützt das Beschlussorgan fachlich (ausführlicher siehe GDK o.J.a).

aber politisch schwer durchsetzbar. Eine Fachperson kommentierte dazu sinn-
gemäss, dass die verantwortlichen Regierungsrätinnen und -räte trotz sach-
licher Einsicht die Wählerreaktion oder jene der Legislative fürchteten (Inter-
viewaussage).

Auf Stufe des Informationsaustauschs geschieht sehr viel und vermutlich
weit mehr, als die quantifizierten Daten abbilden, insbesondere auf der Fach-
ebene. Der Informationsaustausch hat oftmals stark informellen Charakter und
ist entsprechend schwierig zu beziffern, wie bereits im Rückblick auf die Zeit
vor der KVG-Revision (Kapitel 6.1) erwähnt wurde. In diversen Interviews wird
geäussert, dass der Austausch insgesamt rege, unkompliziert und bedarfsorien-
tiert sei (neun Interviewaussagen). Bei konkreten Problemen und Fragen tauscht
man sich auch ausserhalb der diversen bestehenden Formate (z.B. regionale
oder nationale Fachkonferenzen, Arbeitsgruppen) ad hoc aus, man telefoniert
und mailt. Gerade in der Anpassungsphase der Spitalplanung sei der Austausch
bezüglich der besten Vorgehensweise und (neuen) Methode nach SPLG-Konzept
sehr intensiv gewesen (Interviewaussage). Nebst den bereits erwähnten Vorge-
hensweisen, Methoden und Kriterien orientiert man sich unter den Kolleginnen
und Kollegen in anderen Kantonen gegenseitig über laufende Beschwerden oder
Gerichtsverfahren (Interviewaussage). Zudem erwähnt ein Befragter, dass man
sich gegenseitig über Tarifstreitigkeiten informiere, die ebenfalls Konsequen-
zen für die Spitalplanung haben können (Interviewaussage). Wiederum andere
Kantonsvertreterinnen und -vertreter erwähnen, dass sie bei geplanten Spi-
tallistenänderungen möglicherweise betroffene Nachbarn vorab informell auf
Fachebene informieren (Interviewaussagen). Dieser informelle Austausch zu
alltäglichen Fragen rund um die Spitalplanung spielt sich unterhalb des politi-
schen Radars ab. Ein Resultat davon ist, dass die Fachverantwortlichen über die
Lage in den anderen Kantonen bestens informiert sind und daraus Schlüsse für
den eigenen Kanton ziehen können. Damit findet parallel zu formellen Wegen
ein gegenseitiges Lernen statt. Es wirkt sich zusätzlich zu den Empfehlungen
der GDK zur Spitalplanung und der Gremienarbeit (formeller Weg) auf die Ver-
waltungspraxis aus. Für dieses Phänomen der Annäherung der kantonalen Poli-
tikformulierung und Umsetzung, beispielsweise über informellen Austausch,
haben Kissling-Näf und Knoepfel (1992) den Begriff der «sekundären Harmoni-
sierung» geprägt, wodurch Unterschiede im Schweizer Vollzugsföderalismus
ausgeglichen werden können (Sager 2003).

Die vorangehende Diskussion stützt die eingangs geschilderte Grund-
annahme bezüglich der Bedeutung von Verbindlichkeit und Sichtbarkeit für
Kooperationen in weiten Teilen. Es hat sich aber gezeigt, dass die Kooperati-
onsebene kein geeignetes Mass für die Verbindlichkeit und Sichtbarkeit ist. Die
Kooperationsaktivitäten nehmen nicht einfach mit zunehmender Kooperations-
stufe ab, sondern konzentrieren sich, wie eingangs geschildert, auf die Koordi-
nationsebene. Dies liegt zum einen daran, dass der reine Informationsaustausch
nur selten vorkommt, weil er schnell in einseitige Koordination mündet, denn
die Beteiligten reagieren auf die erhaltenen Informationen und passen beispiels-

weise ihr Planungsvorgehen an. Zum anderen fallen die Verbindlichkeit und Tragweite von Kooperationen oftmals stärker ins Gewicht als die konzeptionelle Kooperationsstufe, auf der sie anzusiedeln sind. Erarbeiten Kantone gemeinsame Planungsgrundlagen, harmonisieren sie mit dieser Kollaboration gewiss ihr Vorgehen und ihre Planungsmethoden. Den Entscheid über die Vergabe von Leistungsaufträgen beziehungsweise über die Aufnahme von Leistungserbringern auf die Spitalliste fällen sie aber weiterhin autonom und hoheitlich. Verpflichten sich die Kantone, gemeinsame Kriterien anzuwenden, erfolgt deren Einhaltung zwar «nur» auf Koordinationsstufe, schränkt sie bei ihrer eigenen Planung aber unter Umständen weit mehr ein und hat weitreichendere Konsequenzen. Nebst der Verbindlichkeit ist also auch entscheidend, wie sehr die Kantone ihre Autonomie trotz Kooperation wahren können beziehungsweise wie sehr die Kooperation mit ihren Präferenzen übereinstimmt. Ohne starke Anreize bleibt es bei der folgenden Feststellung: «Koordination funktioniert dort, wo unstrittige Situationen geregelt werden» (Interviewaussage).

4.6 Umsetzung des Koordinationsartikels: die Rechtsprechung als Motor

Betrachtet man die Kooperationssituation rund zehn Jahre nach Einführung des Koordinationsartikels und rund sieben Jahre nach der neuen Spitalfinanzierung, zeigt sich, dass sich die Kantone schweizweit über 400-mal an interkantonalen Kooperationsaktivitäten beteiligen, die irgendwie mit der Spitalplanung oder -versorgung zusammenhängen. Wohl einige der Interviewten wären über diese eindrückliche Zahl erstaunt. Denn mehrere von ihnen waren der Auffassung, dass die interkantonale Koordination bescheiden ausfalle. Dass dem nicht unbedingt so ist, hat einerseits mit dem Kooperationsverständnis im Rahmen dieser Forschungsarbeit zu tun, das bereits auf Stufe des Informationsaustauschs ansetzt und auch die Koordination breit fasst. Andererseits ist klar, dass bei einem so breiten Kooperationsverständnis tatsächlich nicht jede Kooperationsaktivität in gleichem Mass zu koordinierten Spitalplanungen im Sinne des Gesetzgebers führt. Es gibt auch kritische Stimmen, die an der Notwendigkeit einer weitreichenden Koordination zweifeln, sei dies wegen eines (noch) unklaren Kosten-Nutzen-Verhältnisses des Koordinationsaufwands, wegen eines geringen Bedarfs beispielsweise aus geografischen Gründen oder weil der Markt dies mit der freien Spitalwahl allein regle und kaum steuerbar sei (Interviewaussagen). Die Kantone selbst sind vielfach unsicher, wie die Koordinationsanforderungen aus Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV (ab 1. Januar 2022 Art. 58e KVV) erfüllt werden sollen, weil Gesetzestext und Verordnung als zu offen wahrgenommen werden (drei Interviewaussagen). Während das Gesetz lapidar fordert, die Kantone hätten ihre Planung zu koordinieren, präzisiert die Verordnung lediglich:

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes müssen die Kantone insbesondere:

- a) die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen;
- b) die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. (Art. 58d KVV, gültig bis 31. Dezember 2021)⁶¹

Diese Unsicherheit bezieht sich aber nicht nur auf die interkantonale Planung, sondern auch auf die Kriterien für die Versorgungsplanung, die in Art. 58b Abs. 1–5 KVG behandelt werden. Entsprechend ist es nun die Rechtsprechung, welche die Präzisierung vornimmt.⁶² Die Kantone geben denn auch an, dass drohende Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht eine intensivere Koordination zur Folge hätten (drei Interviewaussagen). Die neueste Überarbeitung der Planungsempfehlungen der GDK von 2018 hatte unter anderem ausdrücklich zum Ziel, die jüngsten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zu integrieren.

Die unklaren Formulierungen der Rahmengesetzgebung auf Bundesebene erschweren es, den Umsetzungsgrad überhaupt zu beurteilen. Die Vagheit der Bestimmungen kann unterschiedlich interpretiert werden. In Anlehnung an Linder und Muellers (2017) Grundsituationen im Kooperationsföderalismus könnte man diese Unklarheiten im KVG so verstehen, dass der Konsens auf Bundesebene gering war und deshalb der Wortlaut der Gesetzestexte so allgemein gehalten ist (vgl. Kapitel 3.1). Aber noch mehr als das ist es ein Ausdruck der Kompetenzverteilung im föderalen System der Schweiz. Denn die Spitalplanung liegt aktuell eindeutig innerhalb der kantonalen Kompetenz. Mehrfache Bestrebungen, kantonsübergreifende Planungsregionen einzuführen (Motion Leuthard 02.3042, Postulat Wirz-von Planta 03.3042, Motion Meyer-Kälin 10.3449), wurden mit Verweis auf die bestehende Kompetenzordnung vom Bundesrat zurückgewiesen (Bundesrat 2002). Es ist also naheliegend anzunehmen, die Offenheit der Formulierungen solle den Kantonen ausreichend Spielraum lassen oder aus

61 Mit Gültigkeit ab 1. Januar 2022 wurden die Planungskriterien überarbeitet und präzisiert. Die Bestimmungen zur interkantonalen Koordination der Planung sind neu in Art. 58e KVV geregelt. Absatz 2 gibt neu vor, in welchen Fällen eine Koordination der Spitalplanungen erfolgen muss, während gemäss Absatz 1 zusätzlich zu den bisherigen Vorgaben (Patientenströme) auch das Potenzial einer Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der interkantonalen Koordination berücksichtigt werden muss. Dies ist gegenüber der gesetzlichen Grundlage im Untersuchungszeitraum eine klare Stärkung der Koordinationsvorgaben und ein Zeichen dafür, dass die Bedürfnisse nach Präzisierung aufgenommen wurden.

62 So klagte bspw. der Kanton Zürich erfolgreich gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau und die Klinik Aadorf AG wegen ungenügender interkantionaler Koordination, allerdings betreffend die psychiatrische Versorgungsplanung (siehe BVGer C-1966/2014 in GDK o.J.b).

Kantonssicht sicherstellen, dass sich die Bundesebene nicht zu stark in kantonale Kompetenzen einmischt.

Wie diverse Interviewaussagen zeigen, wird diese Unbestimmtheit zumindest auf Fachebene oftmals eher als Belastung denn als Segen wahrgenommen (drei Interviewaussagen). Sie schafft Unsicherheit und Raum für Beschwerden von Spitalseite (aufgrund unklarer Planungskriterien) und von anderen Kantonen (aufgrund unklarer Anforderungen an die interkantonale Abstimmung). Bei allen Unklarheiten der Bundesvorgaben stehen die Kantone aber klar unter stärkerem Druck, nicht länger für sich allein zu planen, sondern über die Kantonsgrenzen hinauszuschauen. Die Kantone müssen also jetzt nach und nach eine neue Planungs- und Koordinierungspraxis finden. Wie die Datenerhebung mittels Expertengespräche ergeben hat, müssen die Kantone dazu das Rad nicht neu erfinden. Vielmehr bestehen teils seit langem diverse Fachkonferenzen und vor allem die GDK, die bereits Gefässe zur Kooperation sind. Gerade die GDK ermöglicht es, Arbeitsgruppen je nach Bedarf zu bestimmten Themen zu bilden. Diese Möglichkeit haben die Kantone denn auch intensiv genutzt. Erwähnt seien hier die «Arbeitsgruppe Spitalplanung» und die «Kommission Vollzug KVG». Beide spielten eine zentrale Rolle bei der Er- und Überarbeitung der Spitalplanungsempfehlungen.

Die Empfehlungen der GDK tragen wesentlich zu einer Vereinheitlichung der Planungsmethodik (Bedarfserhebung für die Versorgungsplanung, Beurteilung der Leistungserbringer, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung usw.) in den Kantonen bei. Praktisch alle Befragten betonen deren Wichtigkeit für die Harmonisierung der kantonalen Spitalplanungen. Gleichzeitig offenbaren sich aber auch schnell die Grenzen. Die GDK gibt *Empfehlungen* heraus. Folglich sind sie nicht verbindlich. Dies ermöglicht es den Kantonen, entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen zu planen. Es geben denn auch etliche Kantone an, dass sie in einigen Punkten entweder von den GDK-Empfehlungen oder vom SPLG-Konzept abweichen, weil dies aufgrund der Kantonsgrösse, der Versorgungssituation oder Ähnlichem notwendig sei (fünf Interviewaussagen). Die Empfehlungen und Harmonisierungsbemühungen werden so lange geschätzt, wie sie die Kantone bei der Wahrnehmung ihrer Planungsaufgaben technisch und methodisch unterstützen, ohne dass die Entscheidungshoheit zu stark beschnitten wird. Das Bedürfnis nach Flexibilität zeigt sich dann, wenn Kantone von den SPLG-Mindestfallzahlen abweichen, um die regionale Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Einige Kernaussagen aus den Interviews zur Kooperationslandschaft und ihrer Harmonisierungswirkung lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

- › Regional ist der Austausch besonders eng.
- › Alle Kantone attestieren der GDK eine wichtige bis sehr wichtige Rolle bezüglich Koordination. Empfehlungen, Treffen und Arbeitsgruppen treiben die Vereinheitlichung und den Wissenstransfer voran.

- › Die Bundesverwaltungsgerichtsentscheide sind ein Motor für die Harmonisierung und animieren zur Anwendung der GDK-Empfehlungen und damit auch der Kriterien aus dem SPLG-Konzept.
- › Die Bedeutung von Vernehmlassungen und Möglichkeiten zur Stellungnahme wird kantonale unterschiedlich eingeschätzt. Die einen empfinden das Vernehmlassungsverfahren als eine Alibiübung, die immerhin dem Informationsaustausch dient, andere berichten von wertvollen Rückmeldungen, die Eingang in die definitive Fassung von Spitalplanungen gefunden haben.

Das Mapping der Kooperationslandschaft verdeutlicht, dass ab 2009 zahlreiche Informationsaustausche, Koordinationsaktivitäten und einige wenige Kollaborationen stattfinden. Diese sind nicht aus dem Nichts entstanden. Vielmehr fassen sie auf bestehenden kantonsnachbarschaftlichen Beziehungen, regionalen Verflechtungen mit entsprechenden Patientenströmen, die vor 2009 teils vertraglich geregelt wurden. Davon zeugen die 65 interkantonalen Vereinbarungen (Stand 2006). Die GDK und ihre Regionalkonferenzen dienen als institutionelles und institutionalisiertes Gefäss zur verstärkten horizontalen Koordination. Auch neuere Formate wie die jährlichen SPLG-Grouper-Treffen werden organisatorisch an die GDK angeknüpelt.

Die Hypothese, dass vor allem kleinere Kantone aufgrund eines höheren Problemdrucks bei der Bereitstellung von Dienstleistungen Kooperationen suchen, können die vorliegenden Daten nicht bestätigen. Vielmehr zeigt sich, dass gerade die bevölkerungsstarken Kantone mit Universitätsspital häufig kooperieren. Als Träger von Know-how aufgrund spezialisierter Verwaltungen und als Zentrumsversorger sind sie attraktive Kooperationspartner, insbesondere für Kantone ab einer gewissen Grösse, die selbst wiederum ausreichend Ressourcen haben, sich überhaupt um eine Kooperation zu bemühen.

In ähnlicher Weise zeigt sich, dass die Häufigkeit mit steigender Kooperationsstufe nicht linear abnimmt, wie dies vermutet wurde. Vielmehr besteht ein umgekehrt-u-förmiger Zusammenhang mit einem Höhepunkt auf Koordinationsstufe. Dabei handelt es sich um die breiteste Kategorie, die von relativ unverbindlichen Formaten wie Vernehmlassungen bis hin zur Einigung auf einheitliche Planungsrichtlinien reicht. Interviewaussagen bekräftigen die Vermutung, dass die politische Sichtbarkeit und die Einschränkung der kantonalen Entscheidungshoheit massgeblich mitbestimmen, ob Kooperationen zustande kommen.

Die nach der KVG-Reform tendenziell zunehmenden Kooperationen können nur teilweise als Umsetzung des Koordinationsartikels verstanden werden. Zum einen bestanden schon vorher zahlreiche Koordinationen wie die GDK-Regierungstreffen und diverse Arbeitsgruppen zum Beispiel zur Umsetzung des KVG. Zum anderen wurden auch vorher schon Kollaborationen angestrebt. 2005 scheiterte ein gemeinsamer Spitalverbund zwischen dem Zürcher Spital Männdorf und dem St.Galler Spital Linth (Quelle: Interviewaussage). Die Kollaboration zwischen Waadt und Freiburg im Rahmen des Hôpital intercantonal de la Broye

wiederum existiert bereits seit 1999. Neu ist hingegen die steigende Verbindlichkeit von Harmonisierungsbestrebungen in Form der wiederholt angepassten Planungsempfehlungen der GDK oder der Anwendung des SPLG-Konzepts. Ausserdem führt die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dazu, dass sich die Kantone verstärkt um Koordination bemühen, weil diese eingeklagt werden kann. Es zeigt sich dabei auch, dass die bundesrechtlichen Bestimmungen vage gehalten sind, was in der Tat den Kantonen einen beachtlichen Umsetzungsspielraum lässt. Dafür ist es nun an den Gerichten, die Bestimmungen auszulegen und zu präzisieren, wenn sich Betroffene nicht einigen können.

Nachdem nun die Kooperationslandschaft ausgebreitet wurde und erste, noch vorläufige Antworten insbesondere zur Kleinheits- und Kompensationshypothese formuliert wurden, wirft die Netzwerkanalyse einen zweiten Blick auf diesen Themenkomplex. Namentlich werden die im Theorieteil aufgestellten Hypothesen getestet und die Ergebnisse diskutiert. Die Erkenntnisse aus der Kooperationslandschaft fliessen in die Diskussion ein.

5 Netzwerkanalyse der Kooperationsbeziehungen

Um zu analysieren, warum einige Kantonspaare stärker miteinander kooperieren als andere, verwende ich einen netzwerkanalytischen Ansatz. Hierbei bilden die 26 Kantone ein Kooperationsnetzwerk, wobei die Beziehungen unterschiedlich intensiv ausfallen (je nach Anzahl der gezählten Kooperationen zwischen zwei Kantonen). Die 26 Kantone sind die Knoten (Nodes) dieses Netzwerks, welche 325 Dyaden im Sinn von unterschiedlichen Kantonspaaren bilden. Möglich sind folglich bis zu 325 Kanten (Edges), also Verbindungen, wenn für alle Kantonspaare eine Kooperationsbeziehung vorliegt.⁶³ Um die in Kapitel 3.2 hergeleiteten Hypothesen (vgl. Übersicht in Tabelle 8) bezüglich der Einflussfaktoren auf die interkantona-le Zusammenarbeit im Spitalbereich zu überprüfen, schätzte ich im Sinn eines sozialen Netzwerkansatzes mehrere gewichtete (Valued) Exponential Random Graph Models (ERGMs)⁶⁴ für Kooperation insgesamt (alle Stufen zusammen) sowie je separat für den Informationsaustausch und die «fortgeschrittene Kooperation», d. h. Koordination und Kollaboration zusammengefasst (Anhang 10.2.1 erklärt und begründet das Vorgehen im Detail). Ein Vorteil von ERGMs ist, dass man in den Modellen Variablen auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig berücksichtigen kann. So können gleichzeitig exogene Variablen auf Knoten-Ebene (Node Attributes, z. B. Eigenschaften von Kantonen), Variablen auf Dyaden-Ebene (Edge Attributes wie gemeinsame Grenzen) und Netzwerkabhängigkeiten modelliert werden (Ingold und Leifeld 2016: 9). Bei den erhobenen Kooperationsnetzwerkdaten handelt es sich um sogenannte Count Data, da die Kooperationswerte auf der Zählung und Aufsummierung einzelner gemeinsamer Kooperationen beruhen. Für die Modellschätzungen verwende ich entsprechend valued-ERGM mit einer Poisson-Verteilung als Referenzverteilung (Poisson-reference ERGMs siehe Krivitsky 2012: 1110f.), da dies bei Count Data üblich ist (Dietz und Böhning 2000; Krivitsky 2012). Warum ich diese Analysemethode gewählt habe und wie sie funktioniert, wird in Anhang 10.3 ausführlicher dargelegt.

63 Die Formel für die Anzahl Dyaden in einem ungerichteten Netzwerk, d. h. ohne Unterscheidung zwischen Sender und Empfänger, lautet $k \times (k-1)/2$, wobei k für die Anzahl Knoten steht (für die 26 Kantone also $26 \times 25/2 = 325$).

64 In der statistischen Literatur findet man gelegentlich den Terminus «Exponential Family Random Graph Models». Dieser ist etwas präziser und verweist auf die sogenannte Exponentialfamilie der statistischen Verteilung. Der Einfachheit halber verwende ich den ebenfalls etablierten Begriff «Exponential Random Graph Models» und schliesse mich damit z. B. Lusher et al. (2013: 1) an.

5.1 Interkantonale Kooperationsbeziehungen als soziale Netzwerke – Vorüberlegungen zur sozialen Netzwerkanalyse

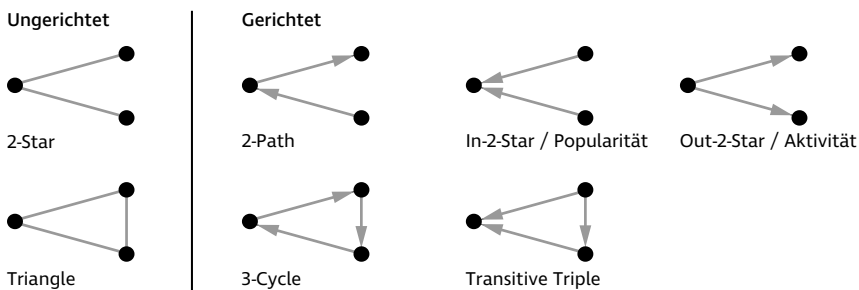
Eine Grundannahme des ERGM-Ansatzes ist, dass Netzwerke sich stets entwickeln und es sich beim beobachteten Netzwerk um eine Momentaufnahme handelt (Lusher et al.: 2013; Scott 2016: 225). Wie sich solche (sozialen) Bindungen bilden, folgt verschiedenen Prozessen. Dazu gehören beispielsweise Reziprozität, triadische Beziehungen mit einer Tendenz zu «Triadic Closure» im Sinn von der-Freund-meines-Freunds-ist-auch-mein-Freund oder Popularitätseffekte wie das «Preferential Attachment» (Lusher et al. 2013: 16f.). Grundsätzlich lassen sich drei Arten an Einflussfaktoren unterscheiden, die sich auf die Bildung sozialer Netzwerkbindungen auswirken: erstens die Netzwerkselbstorganisation, zweitens Akteursattribute und drittens exogene Kontextfaktoren (Lusher et al. 2013: 16–28). Während erstere typischerweise die bereits erwähnten Prozesse umfassen, fällt unter die Akteursattribute zum Beispiel die Tendenz zu Homophilie im Sinn einer Neigung aufgrund von Ähnlichkeit Netzwerkbindungen zu bilden (Wang et al. 2016: 133). Ein Exempel dafür ist, dass sich ähnliche Akteure eher um Rat fragen (Pilny und Atouba 2018: 252). In den Bereich der Homophilie fallen unter anderem auch die Hypothesen bezüglich der kulturellen Ähnlichkeit (gemeinsame Sprache, H5), politischer Vertrautheit aufgrund gleicher Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektor:innen und -direktoren (H6) oder dass sich beim Informationsaustausch ähnlich grosse Kantone häufiger austauschen (H2b). Räumliche Distanz wiederum ist ein Beispiel für einen exogenen Kontextfaktor.

Das kantonale Spitalkooperationsbeziehungsnetz ist vermutlich weniger dynamisch als stärker personenbezogene Netzwerke, da hinter den jeweiligen Kooperationsbeziehungen teils längere politische Prozesse stehen; dennoch bestehen auch hier soziale Aspekte in den Zusammenarbeitsbeziehungen. Dies ist einer der Gründe, weshalb sich ERGM als Analyseansatz anbietet. Im folgenden Abschnitt erläutere ich in gekürzter Form einige Grundlagen der Netzwerkanalyse zum besseren Verständnis der anschliessenden Präsentation und Diskussion der Resultate.

Für die Analyse der Daten mit ERGMs muss zuerst ein passendes Ausgangs-Modell (Baseline Model) angepasst werden, welches die grundlegenden netzwerkendogenen Effekte erfasst. Das Ziel ist es, dabei möglichst nahe an die Eigenschaften des beobachteten Netzwerks zu kommen (Scott 2016: 226). Erst dann werden andere interessierende Variablen (Attribute auf Knoten- oder Kantenebene) hinzugefügt. Für das Baseline-Modell zum kantonalen Kooperationsnetzwerk sind zwei Besonderheiten zu berücksichtigen. Einerseits sind die Beziehungen gewichtet, weshalb etliche übliche Netzwerkparameter nicht in Frage kommen, weil diese nicht dafür spezifiziert sind. Andererseits ist es ein ungerichtetes Netzwerk, was die Anzahl möglicher Netzwerkparameter nochmals reduziert, weil nicht zwischen ein- und ausgehenden Verbindungen unter-

schieden wird. Dies illustriert Abbildung 19, wonach es bei drei verbundenen Knoten in ungerichteten Netzwerken zwei verschiedene Konfigurationen gibt, während es bei gerichteten Netzwerken fünf sind. Als strukturelle Netzwerkparameter verwende ich in den berechneten Modellen erstens den «Sum-Term», der die allgemeine Dichte beziehungsweise die Intensität eines gewichteten Netzwerks wiedergibt (Krivitsky 2012: 1119) und dem Achsenabschnitt entspricht, zweitens einen Term für die Akteursheterogenität und drittens einen Term für den Freundschaftseffekt. Während der Sum-Term zu einem valued ERGM dazugehört, inkludiere ich die beiden anderen aufgrund der nachfolgenden Überlegungen.

Abbildung 19 Alle möglichen Netzwerkkonfigurationen mit drei Knoten



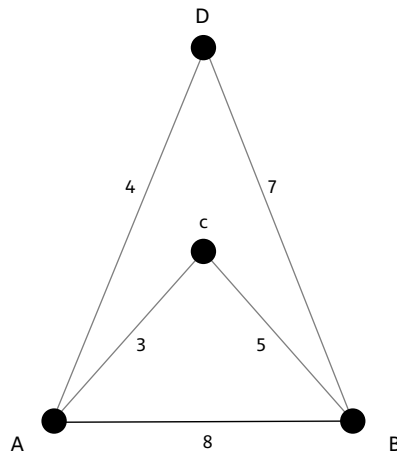
Quelle: Darstellung nach Lusher et al. (2013: 18, 68).

Ein typisches Phänomen in sozialen Netzwerken ist, dass nicht alle Akteure die gleiche Wahrscheinlichkeit haben, Verbindungen einzugehen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Neigung, gesellig zu sein, in ihrer Popularität und Aktivität (Krivitsky 2012: 1117) und sind somit heterogen. Dies lässt sich teils auf exogene Faktoren zurückführen, im Fall der Kantone ist dies zum Beispiel das Vorhandensein eines Universitätsspitals. Teils geht es aber auch auf Netzwerkendogene Effekte zurück, weshalb diese modelliert werden müssen (Krivitsky 2012: 1117). Während bei gerichteten Netzwerken zwischen ein- und ausgehenden Verbindungen und somit zwischen Popularität und Aktivität unterschieden wird, ist dies bei ungerichteten Netzwerken nicht der Fall (siehe Abbildung 19). Dennoch kann auch bei ungerichteten Netzwerken die Akteursheterogenität berücksichtigt werden.⁶⁵

⁶⁵ Ein Knoten mit zwei ausgehenden oder eingehenden Beziehungen wird auch als 2-Star bezeichnet und unterscheidet sich bei ungerichteten Netzwerken nicht von einem 2-Path. Für das vorhandene Kooperationsnetzwerk verwende ich den Term «nodesqrtrcovar», der es ermöglicht, in ungerichteten und gewichteten Netzwerken diese Heterogenität von Akteuren zu erfassen (Krivitsky 2012: 1117). Nodesqrtrcovar steht für «covariance of square roots of dyad values incident on each actor» und wurde in der neuesten Version von ERGM durch den Befehl «nodecovar(transform="sqrt")» ersetzt (Hunter et al. 2022: 221).

Ein zweites verbreitetes Phänomen in sozialen Netzwerken ist die Tendenz zu geschlossenen Triaden (Triadic Closure). Ein Akteur neigt dazu, mit dem Freund eines Freundes ebenfalls eine Beziehung aufzubauen. In gewichteten Netzwerken bei Count Data erlaubt es der Transitive-Ties-Term, diesen Triadic Closure Bias zu modellieren (Krivitsky 2012: 1118). Der Term zählt die Anzahl Dyaden, welche über mindestens einen 2-Path – beziehungsweise 2-Star bei ungerichteten Netzwerken – verbunden sind (d. h. sie haben eine Verbindung via einen dritten Knoten, siehe Abbildung 20). Der Term berücksichtigt zudem die Stärke der Beziehung.⁶⁶ Es gibt zusätzlich die Möglichkeit, einen Schwellenwert zu definieren, ab welchem Wert eine Kante als potenziell transitiv gewertet werden soll. Dies ist insbesondere bei sehr dichten oder vollen Netzwerken sinnvoll, um tatsächlich einen Freundschaftseffekt zu modellieren und nicht einfach die Dichte zu erfassen. Abbildung 20 stellt dar, wie man sich diese transitiven Beziehungen vorstellen kann.

Abbildung 20 Transitive Beziehungen in ungerichteten Netzwerken



Anmerkung: Die Buchstaben bezeichnen die Knoten, die Zahlen geben den Wert für die Gewichtung der Beziehung (Kante) wieder.

Quelle: Eigene Darstellung.

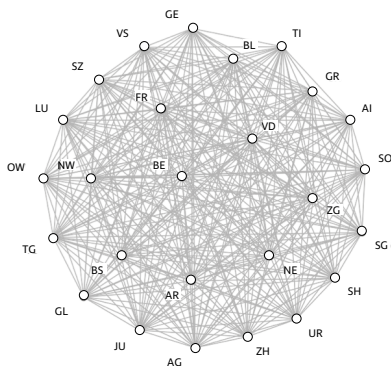
Für die Dyade A-B in Abbildung 20 bestehen gleich zwei sogenannte 2-Paths, also indirekte Verbindungen der Schrittlänge zwei, sodass die Bedingung einer transitiven Beziehung gleich doppelt erfüllt ist. Wird ein Schwellenwert eingeführt,

66 Anders als bspw. beim Zählen von Dreiecken (Triangle-Term) in Netzwerken wird pro Dyade jeweils nur der stärkste bestehende 2-path gezählt, unabhängig davon, wie viele gemeinsame Freunde zwei Knoten haben. Laut Krivitsky (2012: 1118f.) ist dies demnach ein zurückhaltender Schätzer von triadischen Abhängigkeiten, was ihn damit weniger sensitiv, dafür aber auch weniger anfällig auf Modell-Degeneration, macht.

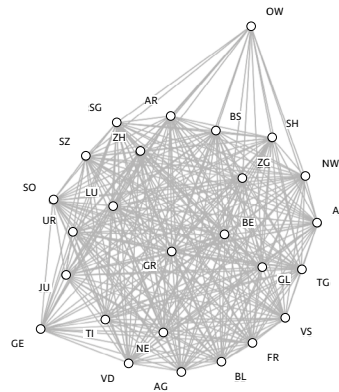
wird ein 2-Path nur dann berücksichtigt, wenn jede der Verbindungen grösser als der Schwellenwert ist. Bei einem Schwellenwert von vier würde demnach keine transitive Beziehung zwischen A und B bestehen, weil A-C und A-D beide kleiner oder gleich vier sind. Bei einem Schwellenwert von drei oder kleiner besteht eine transitive Beziehung. Die Transitivitäts-Werte sagen etwas über die Dichte eines Netzwerks aus. Ist der Schätzer für Transitive Ties in einem Netzwerk positiv (und signifikant), gibt es einen Freund-eines-Freundes-Effekt, was bedeutet, dass die Beziehung zwischen A und B stärker ist, wenn sie beide eine Verbindung zu einem weiteren Knoten (C oder D) haben.

Abbildung 21 Netzwerke der interkantonalen Kooperationsbeziehungen vor und nach der linearen Transformation

Kooperationsbeziehungen ungewichtet



Kooperationsbeziehungen nach Transformation (ungewichtet)



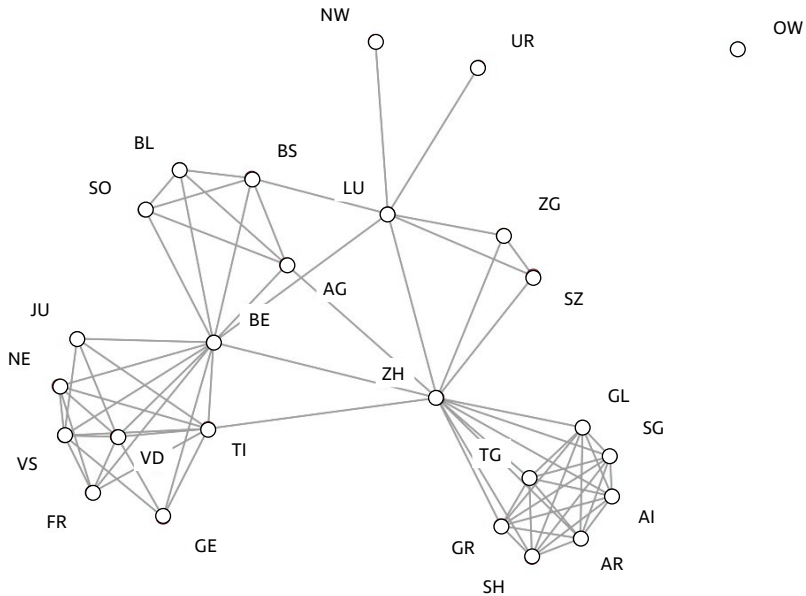
Quelle: Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket «ergm».

Das beobachtete interkantonale Kooperationsnetzwerk weist eine Besonderheit auf. Es handelt sich um ein komplettes Netzwerk, bei dem es keine nicht-realierten Beziehungen gibt. Jedes Kantonspaar ist über mindestens zwei Kooperationsaktivitäten miteinander verbunden (siehe minimale Kooperationswerte in Tabelle 13). Tabelle 13 listet die Variablen, die in der statistischen Netzwerkanalyse verwendet werden, und zeigt deren maximale und minimale Ausprägung sowie Varianz. Aus statistischen analysetechnischen Gründen wird die abhängige Variable linear transformiert (Addieren der Konstante $b=-2$), so dass der minimale Wert bei Null zu liegen kommt.⁶⁷ Wie die Abbildung 21 (rechte Seite der Abbildung) veranschaulicht, bleibt das Kooperationsnetzwerk auch nach der linearen Transformation äusserst dicht. Aus diesem Grund verwende ich bei der Modellierung von transitiven Beziehungen Schwellenwerte, um besonders enge Beziehungen auszeichnen zu können (siehe Anmerkungen bei Tabelle 13). Die

67 Die Hintergründe zur linearen Transformation sind in Anhang 10.3.2 zu finden.

Abbildungen 22 bis 24 visualisieren, wie die Netzwerke pro Kooperationsstufe aussehen, wenn man die Schwellenwerte berücksichtigt.⁶⁸ Auf dieser Grundlage ermittelt die Software den Term für die Tendenz zu geschlossenen Triaden beziehungsweise den Freundschaftseffekt (Transitivität).

Abbildung 22 Netzwerk der Kooperationsbeziehungen grösser als 7 Kooperationen mit anderen Kantonen



Anmerkung: Transitive Beziehungen (mit Schwellenwert=7) bestehen dann, wenn zwei Kantone mit mindestens einem weiteren Kanton ein geschlossenes Dreieck bilden. Zum Beispiel besteht zwischen BS und LU eine transitive Beziehung, weil beide mit BE ebenfalls in über 7 Kooperationen verbunden sind. Zwischen LU und NW hingegen nicht, weil es keinen weiteren Kanton gibt, mit dem beide über 7 Kooperationen teilen.

Quelle: Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket «ergm».

Bereits von blossen Auge lässt sich erkennen, dass auf allen Kooperationsstufen zahlreiche geschlossene Triaden existieren. Gleichzeitig ist gut erkennbar, dass einige Kantone viele Verbindungen auf sich vereinigen und zentraler im Netzwerk stehen als andere. Im Fall der fortgeschrittenen Kooperationen (Abbildung 24), d.h. Koordination und Kollaboration zusammengefasst, sind dies einerseits die Kantone Bern und Zürich, aber auch die Waadt, das Tessin und Basel-Stadt sowie in etwas bescheidenerem Umfang Luzern. Deutlich erkennbar sind

68 Die Netzwerke beziehen sich auf die Situation nach Transformation der abhängigen Variablen, welche für Kooperation und fortgeschrittene Kooperation durchgeführt wurde.

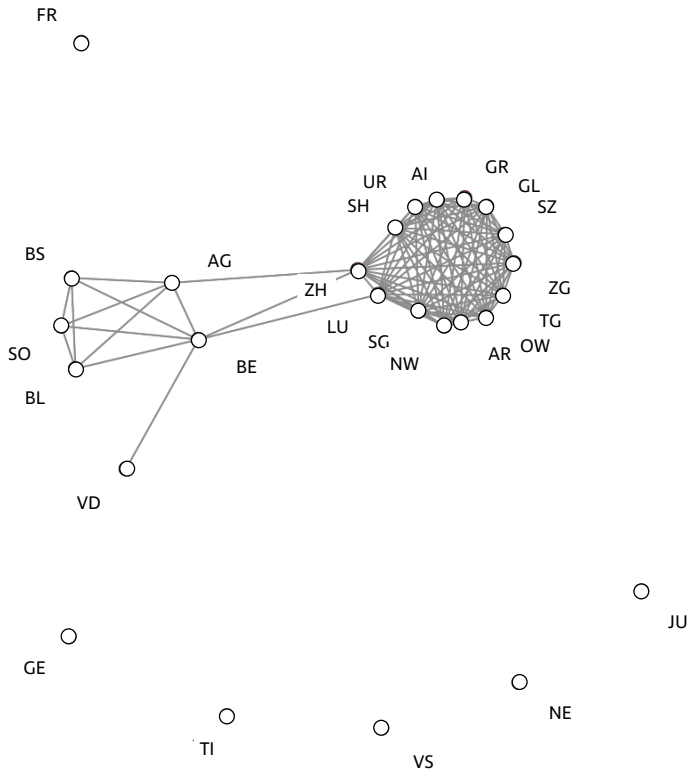
auch die regionalen Kooperationscluster mit dem Kanton Bern als Brückenkan- ton zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz und Zürich als Bindeglied zwischen den Ostschweizer Kantonen und der übrigen Schweiz. Auf- fällig ist zudem, dass die Westschweizer Kantone kaum reinen Informations- austausch betreiben, sondern direkt auf höheren Stufen aktiv sind. Dies wird deutlich, wenn man die Abbildungen 22 und 24 hinzuzieht, in denen eine enge Verflechtung der Westschweizer Kantone erkennbar ist. Damit deutet bereits die Visualisierung der Kooperationsnetzwerke (mit Schwellenwerten) darauf hin, dass ein Freundschaftseffekt besteht und Akteursheterogenität vorliegt. Die statistische Netzwerkanalyse im Anschluss zeigt auf, ob die netzwerkendoge- nen Faktoren (Freundschaftseffekt, Akteursheterogenität) Bestand haben, wenn exogene Faktoren (auf Knoten- oder Dyaden-Ebene) berücksichtigt werden, um die Kooperationsbeziehungen zu erklären.

5.2 Schub- und Bremskräfte für Kooperationsbeziehungen: Resultate der statistischen Netzwerkanalyse

Tabelle 14 rapportiert die Resultate der Schätzungen mit Poisson-Reference Valued ERGMs nach MCMC-MLE-Verfahren.⁶⁹ Ausgewiesen werden jeweils drei Modelle pro abhängige Variable, d. h. für Kooperation insgesamt, für Informati- onsaustausch als niedrigster Stufe und für fortgeschrittene Kooperation, welche die beiden höheren Stufen Koordination und Kollaboration umfasst. Die ersten beiden Modelle je abhängige Variable beinhalten abwechselnd entweder nur die Bevölkerungsgrösse als monadisches Attribut (Eigenschaft eines Akteurs) oder die Differenz der Bevölkerungsgrösse als dyadisches Attribut (relationale Eigenschaft eines Pairs von Akteuren), während das dritte Modell alle Variablen gleichzeitig berücksichtigt. Auf diese Weise kann überprüft werden, ob gleich- zeitig ein Grösseneffekt und ein Grössenunterschiedseffekt vorliegen. Damit die Resultate über die Kooperationsstufen hinweg gut verglichen werden können, werden diese in einer Tabelle zusammengefasst. Der Übersichtlichkeit wegen werden die Null- und Baseline-Modelle pro abhängige Variable zusammen mit den übrigen Modellen in Anhang 10.7 ausgewiesen. Die Traceplots können in Haenni (2021: 267–300) konsultiert werden. Letztere zeigen aufgrund ihrer Form, dass alle Modelle auf eine stabile Verteilung konvergieren. Die Werte für das Akaike-Informationskriterium (AIC) und das Bayes-Informationskriterium (BIC) der jeweiligen Kooperationsstufen zeigen, dass die Modelle 1–3, 4–6 und 7–9 klar

69 Das steht für Markov-Chain-Monte-Carlo-Maximum-Likelihood-Estimation-Verfahren, einer Kombination aus dem MCMC-Verfahren, wodurch simulierte Netzwerke mit der gewünschten Verteilung generiert werden, und einer Maxi- mum-Likelihood-Schätzung, womit aus diesen generierten Netzwerken jenes ermittelt wird, das hinsichtlich einiger Netzwerkparameter dem beobachteten Netzwerk am nächsten kommt und somit die höchste Wahrscheinlichkeit auf- weist. Die so ermittelten Schätzer der unabhängigen Variablen werden dann als Resultat ausgewiesen (Aerne 2019: 185 f.). Siehe auch Anhang 10.3.1.

**Abbildung 23 Netzwerk der Informationsaustausch-Beziehungen
grösser als 1 Kooperation mit anderen Kantonen**



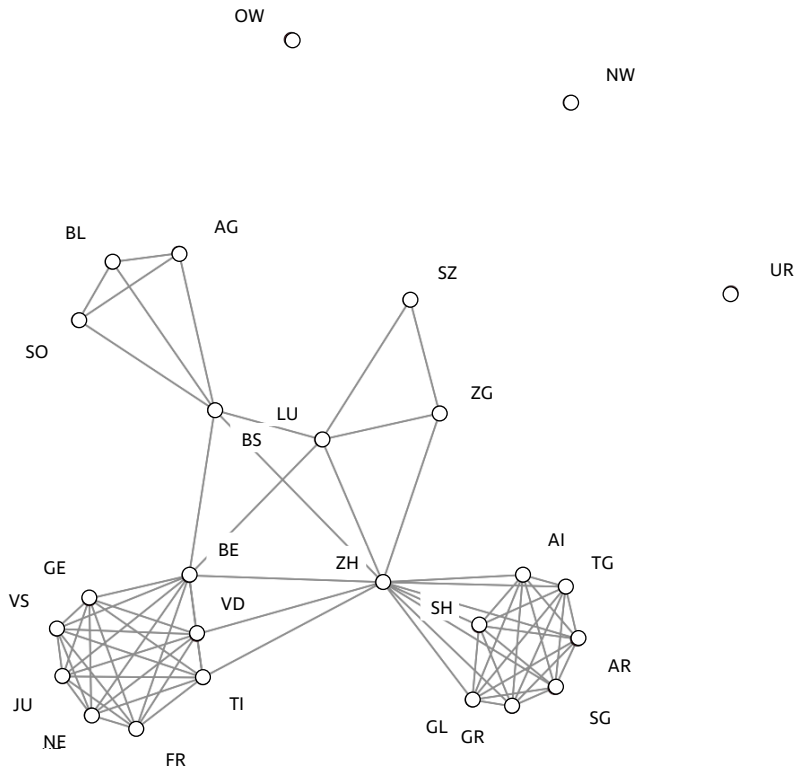
Quelle: Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket «ergm».

besser an die empirischen Daten angepasst sind als die jeweiligen Null- und Baseline-Modelle (vgl. Tabellen in Anhang 10.7). Dies lässt sich daran erkennen, dass ihre AIC- und BIC-Werte verglichen mit den Ausgangsmodellen jeweils deutlich kleiner sind, und dies obschon AIC und BIC die Verwendung vieler unabhängiger Variablen strafend berücksichtigen (Lusher et al. 2013: 159f.).⁷⁰

Von den Schätzern der ERGM lassen sich die Vorzeichen intuitiv interpretieren: Positive Vorzeichen bedeuten, dass die Variable einen positiven Einfluss auf die Anzahl der zu erwartenden Kooperationen hat, negative Vorzeichen das Gegenteil. Da es bei der Analyse vor allem darum geht, Schub- und Bremskräfte für Kooperationsbeziehungen zu identifizieren, ist das Vorzeichen am wichtigsten. Der marginale Effekt gibt einen Hinweis auf die substantielle Bedeutung

⁷⁰ AIC und BIC können lediglich zwischen Modellen mit der gleichen abhängigen Variablen verglichen werden, also unterschiedlichen Modellierungen des gleichen Gegenstands.

**Abbildung 24 Netzwerk der fortgeschrittenen Kooperationsbeziehungen
grösser als 6 Kooperationen mit anderen Kantonen**



Anmerkung: Fortgeschrittene Kooperation umfasst die Stufen Koordination und Kollaboration (vgl. Anhang 10.2.1)

Quelle: Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket «ergm».

eines Schätzers. Im Fall von Poisson-Reference Valued ERGM sagt dieser aus, um welchen Faktor sich der Wert der erwarteten Kooperationsbeziehung ändert, wenn der Wert einer Variablen um eine Einheit steigt, während alles Übrige konstant gehalten beziehungsweise dafür kontrolliert wird. Diesen Faktor berechnet man, indem die Euler'sche Zahl e mit dem jeweiligen Schätzer potenziert wird (Krivitsky 2012: 1111). In der Diskussion der Resultate liegt der Fokus auf jenen Schätzern, die übliche statistische Signifikanzniveaus erreichen, was bedeutet dass ihr tatsächlicher Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95 Prozent ($p \leq 0,05$) oder 99 Prozent ($p \leq 0,01$) von Null verschieden ist. Wie in der sozialwissenschaftlichen Forschung durchaus gängig, werden auch jene Schätzer hervorgehoben, welche das 90-prozentige Signifikanzniveau erreichen ($p \leq 0,1$).

Tabelle 13 Variablenübersicht für die Netzwerkanalyse der kantonalen Kooperationsbeziehungen im Spitalwesen

Variablenname	Minimalwert	Maximalwert	Arithm. Mittel	Standardabweichung
Abhängige Variablen (Anzahl Kooperationsaktivitäten)				
Kooperation (alle Stufen)	2	17	6,59	3,77
Kooperation (transformiert)	0	15	4,59	3,77
Informationsaustausch	0	4	0,86	1,17
Fortgeschrittene Kooperation (Koordination und Kollaboration zusammen)	2	14	5,73	3,08
Fortgeschrittene Kooperation (transformiert)	0	12	3,73	3,08
Unabhängige relationale Variablen (Edge Attributes, n=325)				
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)	7,15	14,21	12,18	1,28
Distanz (in km)	10,7	396,0	145,28	78,00
Gemeinsame Grenze	0	1	0,16	0,37
Gemeinsame Hauptsprache	0	1	0,57	0,49
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektor:innen (Anteil Jahre)	0	1	0,26	0,33
Anzahl «Gesundheitsdirektoren-Paare»	1	5	2,98	0,93
Interkantonale Patientenströme	0	18031	464,04	1454,22
Unabhängige monadische Variablen (Node Attributes, n=26)				
Bevölkerungsgrösse (ln)	9,69	14,22	12,14	1,14
Universitätsspitalstandort	0	1	0,19	0,39
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf (in CHF)	338,50	1552,12	618,41	276,01
Prämienanstieg	0,41	0,97	0,68	0,15

Anmerkung: Bei den Variablen nicht aufgeführt sind die strukturellen Netzwerkparameter Sum, Transitivität und Akteursheterogenität. Für die transitiven Beziehungen wird jeweils ein Schwellenwert (Threshold; siehe Handcock et al. 2022: 136) festgelegt. Für den Informationsaustausch wird der Schwellenwert für transitive Beziehungen auf 1 gesetzt, weil ansonsten einer bestimmten, eigentlich sehr punktuellen Aktivität übermässiges Gewicht zufällt. Für fortgeschrittene Kooperation wird der Schwellenwert auf 6 gesetzt, weil erst ab diesem Wert die Kooperationsbeziehungen als besonders intensiv hervortreten. Für Kooperation insgesamt wird der Schwellenwert auf 7 festgelegt. Für den reinen Informationsaustausch werden folglich erst Beziehungen ab Wert 2 als transitiv gewertet, für fortgeschrittene Kooperation ab 7 und für Kooperation insgesamt ab 8.

Betrachtet man die Resultate in Tabelle 14, zeigt sich, dass für alle Modelle unabhängig der Kooperationsstufe die zwei Netzwerkparameter «Transitivität» und «Akteursheterogenität» signifikant und positiv sind. Das bedeutet, dass in allen Modellen jeder Kooperationsstufe ein Freundschaftseffekt feststellbar ist (Transitivität), wonach Kantone besonders häufig kooperieren, wenn sie zu den gleichen Kantonen intensive Kooperationsbeziehungen pflegen. Zudem liegt Akteursheterogenität vor, wonach einige Akteure besonders viele Beziehungen

auf sich vereinigen, ohne dass sich dies allein durch exogene Erklärungsfaktoren erklären liesse. Dies legt nahe, dass bei interkantonalen Kooperationsbeziehungen in der Tat netzwerkabhängige Mechanismen im Spiel sind, weshalb die Verwendung von ERGMs anstelle von anderen, Datenunabhängigkeit postulierenden Schätzverfahren angezeigt ist. Beide Effekte lassen sich in den bereits diskutierten Abbildungen 22 bis 24 erkennen, wobei deutlich wird, dass die Kooperationscluster stark regional geprägt sind.

Wie im theoretischen Teil ausführlich dargelegt wurde, geht die Literatur verbreitet davon aus, dass kleine Kantone einen grösseren Kooperationsbedarf aufweisen, weil sie der wachsenden Komplexität der Aufgaben allein nicht gewachsen sind oder die Aufgabenerfüllung zu teuer wäre. Ich gehe hingegen von einem nuancierteren Einfluss der Grösse auf die Kooperationshäufigkeit aus. Weil Kooperation zwischen Kantonen mit erheblichem Aufwand verbunden ist, kooperieren kleine Kantone vor allem auf tieferen und informellen Stufen öfter als grosse Kantone (H1a). Bei fortgeschrittenen Kooperationen hingegen gehen sie eher seltener Kooperationsbeziehungen ein als grosse Kantone (H1b), weil hier der damit verbundene Aufwand zu gross wird (z.B. fehlende Personalressourcen, um sich in interkantonalen Ausschüssen einzubringen). Die Resultate deuten darauf hin, dass dies tatsächlich so ist. Für Kooperation insgesamt zeigen die Modelle 2 und 3, dass grössere Kantone gesamthaft mehr kooperieren als kleinere Kantone. Bei der fortgeschrittenen Kooperation (Modelle 8 und 9) sind es erwartungsgemäss ebenfalls die grossen Kantone, welche häufiger kooperieren. Es macht auch keinen Unterschied, ob gleichzeitig die Differenz der Bevölkerungsgrösse berücksichtigt wird. Beim Informationsaustausch hingegen wechselt zwar das Vorzeichen, sodass tatsächlich eher kleinere Kantone viel Informationsaustausch zu betreiben scheinen, doch ist das Ergebnis nicht signifikant.⁷¹ Damit bestätigen die Daten die Hypothese 1b, während die Ergebnisse für Hypothese 1a nicht ausreichend belastbar sind. Zumindest lässt sich feststellen, dass kleinere Kantone mindestens genauso häufig Informationen austauschen, wie es grössere Kantone tun und auf Stufe des Informationsaustauschs nicht benachteiligt sind. Betrachtet man die Kooperation insgesamt, unter Berücksichtigung aller Kooperationsstufen, ist hingegen auf den ersten Blick keine Kompensation der Kleinheit durch vermehrte Kooperation erkennbar, vielmehr kooperieren grössere Kantone häufiger.

Die Hypothesen 2a und 2b sind eine Weiterentwicklung des Grössenarguments, in dessen Zentrum steht, in welcher Kombination Kantone besonders oft kooperieren. Bleibt man in der Perspektive der kleinen Kantone und folgt

71 Eine naheliegende Vermutung ist, dass der Universitätsspitalstandort einen Teil der Signifikanz für die Kantonsgrösse auffrisst, weil fast ausschliesslich grosse Kantone ein solches haben. Ich habe diese Vermutung geprüft, indem ich die Modelle zum Informationsaustausch ohne Universitätsspitalstandort geschätzt habe. Das Ergebnis bleibt jedoch gleich und weder die Bevölkerungsgrösse als monadisches Attribut noch der Grössenunterschied erreichen dadurch statistische Signifikanz.

dem Argument, dass sie mit Kooperationen ihr Grössendefizit zu kompensieren suchen, so gibt es zwei Möglichkeiten. Sie können sich erstens mit ähnlichen, kleinen Partnern zusammenschliessen, um so bei der Aufgabenerfüllung eine kritische Grösse zu erreichen. Oder sie können zweitens gezielt die Zusammenarbeit mit klar grösseren Partnern suchen, um fehlende Expertise oder Ähnliches zu kompensieren. Folgt man der Prämisse eines Kompensationsbedarfs, ist Komplementarität den Kooperationsbeziehungen grundsätzlich zuträglich (H2a), allerdings mit der Einschränkung, dass auf der unverbindlicheren Stufe des Informationsaustauschs eher ähnliche Kantone zueinander in Beziehung treten (H2b). Entgegen den eben begründeten Erwartungen hat der Unterschied in der Bevölkerungsgrösse für Kooperationen insgesamt ein negatives Vorzeichen. Es sind also vorwiegend ähnlich grosse Kantone, die zusammenarbeiten. Der Grössenunterschied bleibt auch dann signifikant, wenn für die Bevölkerungsgrösse als Akteursattribut im Modell kontrolliert wird, was bedeutet, dass der Effekt unabhängig von der Grösse der jeweiligen Kantone Bestand hat. Bei den fortgeschrittenen Kooperationen (Modelle 7 bis 9) – d. h. ohne die Ebene des Informationsaustauschs – erweist sich hingegen in der Tat der Grössenunterschied als kooperationsfördernd, allerdings nur, wenn nicht gleichzeitig für die individuelle Bevölkerungsgrösse kontrolliert wird. Beim Informationsaustausch für sich genommen hat die Differenz der Bevölkerungsgrösse keinen signifikanten Einfluss, auch wenn das Vorzeichen wie erwartet negativ ist. Auffällig ist dabei jedoch, dass in den Modellen zum Informationsaustausch und zur fortgeschrittenen Kooperation der Akteursheterogenität-Term mit Werten grösser als 1 stark positiv ist. Damit läuft die vorhandene Akteursheterogenität dem Bevölkerungsunterschied möglicherweise etwas den Rang ab, da es insbesondere die beiden bevölkerungsstarken Kantone Zürich und Bern sind, die auch besonders oft kooperieren (und damit viele Kanten auf sich vereinigen; siehe Abbildungen 22–24). Während bei den Kooperationen insgesamt Tendenzen hin zu «Gleich und Gleich gesellt sich gern» (Homophilie) beobachtbar sind, scheint Komplementarität dennoch eine Rolle zu spielen. Denn sowohl beim Informationsaustausch als auch bei der Kooperation insgesamt kooperieren Kantone statistisch signifikant häufiger, wenn mindestens einer von ihnen Standortkanton eines Universitätsspitals ist (Kontrollvariable K1). Damit gibt es eine gewisse Evidenz dafür, dass Komplementarität durchaus eine Rolle spielt. Über alle Kooperationen gesehen haben alle drei Einflüsse gleichzeitig Bestand (Modell 3): Hält man jeweils alle übrigen Faktoren konstant, kooperieren erstens grössere Kantone um 7 Prozent häufiger ($e^{0,72}=1,07$); wenn zweitens mindestens ein Kooperationspartner ein Universitätsspital hat, nimmt die Kooperationshäufigkeit um rund 37 Prozent zu ($e^{0,313}=1,37$); und drittens kooperieren zwei Kantone um rund 6 Prozent seltener, wenn der Grössenunterschied zwischen den Kooperationspartnern um eine Einheit zunimmt ($e^{-0,063}=0,94$).

In der Literatur bleibt umstritten, wie wichtig der Problemdruck in einem Politikfeld für das Eingehen von Kooperationen verglichen beispielsweise mit ideellen Faktoren tatsächlich ist (Blatter 2000, 2004). Doch folgt man der ratio-

Tabelle 14 Resultate der ERGM-Analyse: Brems- und Schubkräfte der interkantonalen Kooperation im Spitalwesen je Stufe

	Kooperation insgesamt			Informationsaustausch			Fortgeschrittene Kooperation		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Sum	1,666** (0,012)	-0,207** (0,010)	0,272** (0,010)	-1,783** (0,034)	-1,629** (0,040)	-1,375** (0,040)	1,107** (0,009)	0,735** (0,010)	0,548** (0,011)
Transitivität††	0,702** (0,111)	0,705** (0,113)	0,707** (0,113)	0,411** (0,133)	0,414** (0,136)	0,413** (0,133)	0,899** (0,093)	0,893** (0,100)	0,890** (0,099)
Akteursheterogenität	0,370** (0,027)	0,269** (0,027)	0,250** (0,026)	1,822** (0,057)	1,836** (0,064)	1,829** (0,061)	1,279** (0,023)	1,170** (0,022)	1,148** (0,019)
Bevölkerungsgrösse (ln)		0,058** (0,008)	0,072** (0,014)		-0,037 (0,027)	-0,029 (0,048)		0,031** (0,007)	0,029* (0,013)
Universitätsspital-standort	0,414** (0,058)	0,228** (0,056)	0,313** (0,059)	0,278* (0,156)	0,265* (0,146)	0,310* (0,155)	0,006 (0,044)	-0,005 (0,046)	-0,029 (0,047)
Öff, Spitalausgaben pro Kopf	-0,0002** (0,0001)	-0,0001 (0,0001)	-0,0002* (0,0001)	-0,00003 (0,0002)	0,00001 (0,0002)	-0,00004 (0,0002)	-0,0001 (0,0001)	-0,0001 (0,0001)	-0,00004 (0,0001)
Prämienanstieg	0,484** (0,115)	0,369** (0,124)	0,395** (0,124)	0,348 (0,336)	0,395 (0,362)	0,414 (0,357)	0,016 (0,091)	-0,024 (0,101)	-0,032 (0,101)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)	-0,042** (0,014)		-0,063** (0,023)	-0,049 (0,043)		-0,034 (0,076)	0,024* (0,011)		0,018 (0,022)
Distanz	-0,002** (0,001)	-0,003** (0,001)	-0,003** (0,001)	-0,004* (0,002)	-0,004* (0,002)	-0,004** (0,002)	-0,0001 (0,0004)	-0,0001 (0,0004)	-0,0001 (0,0004)
Gemeinsame Grenze	0,380** (0,075)	0,359** (0,074)	0,357** (0,075)	0,467* (0,217)	0,483* (0,213)	0,480* (0,218)	0,076 (0,079)	0,072 (0,083)	0,071 (0,082)
Gemeinsame Hauptsprache	0,160* (0,067)	0,218** (0,068)	0,222** (0,071)	1,005** (0,291)	0,976** (0,286)	0,976** (0,282)	-0,050 (0,059)	-0,013 (0,062)	-0,014 (0,064)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektor:innen	0,050 (0,075)	0,057 (0,077)	0,061 (0,075)	0,386 (0,250)	0,382 (0,242)	0,370 (0,254)	-0,378** (0,086)	-0,386** (0,089)	-0,383** (0,086)
Anzahl «Gesundheitsdirektoren-Paare»	-0,085** (0,028)	-0,095** (0,028)	-0,095** (0,029)	0,078 (0,073)	0,089 (0,076)	0,088 (0,077)	-0,064** (0,021)	-0,072** (0,023)	-0,074** (0,023)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)	0,046** (0,014)	0,037* (0,014)	0,036* (0,014)	-0,001 (0,044)	0,005 (0,044)	0,006 (0,042)	0,039* (0,020)	0,030 (0,020)	0,029 (0,021)
AIC	-2675	-2679	-2684	-232,0	-232,5	-231,0	-1328	-1330	-1328
BIC	-2626	-2630	-2631	-182,8	-183,3	-178,0	-1279	-1281	-1275

Anmerkung: † $p \leq 0,1$, * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$; Standardfehler in Klammern; †† Der Schwellenwert (Threshold) für transitive Beziehungen (Transitivität) wird für Kooperation auf 7, für fortgeschrittene Kooperation auf 6 und für Informationsaustausch auf 1 gesetzt. Für den reinen Informationsaustausch werden folglich erst Beziehungen ab Wert 2 als transitiv gewertet, für fortgeschrittene Kooperation ab 7 und für Kooperation insgesamt ab 8.

AIC: Akaike-Informationskriterium; BIC: Bayes-Informationskriterium; für beide gilt: je kleiner die Zahl verglichen mit dem jeweiligen Nullmodell, desto besser.

nal-choice-orientierten Literatur und der Prämisse, dass interkantonale Kooperation im Spitalbereich zur Problemlösung beiträgt (z.B. über Effizienz- und Qualitätsgewinne), sollte ein steigender gesundheitspolitischer Problemdruck zu höheren Kooperationswerten führen (H3). Die empirische Evidenz dafür ist durchgewachsen. Der Einfluss der beiden Kenngrössen für den gesundheitspolitischen Problemdruck (öffentliche Spitalausgaben und Prämienanstieg) erweisen sich als bedingt aussagekräftig. Während beide Problemdruckindikatoren

in den nach Kooperationsstufen unterscheidenden Modellen für Informationsaustausch und fortgeschrittene Kooperation die üblichen Signifikanzniveaus nicht erreichen, tun sie dies für die Kooperation als Ganzes betrachtet: der Prämienanstieg bei den Krankenkassen erreicht in allen drei Modellen statistische Signifikanz; die öffentlichen Spitalausgaben werden zwei Mal signifikant (Modelle 1 und 3). Erwartungsgemäss geht ein höherer Prämienanstieg mit häufigeren Kooperationsbeziehungen einher. Umgekehrt ist es mit den öffentlichen Spitalausgaben pro Kopf. Hier ist der Effekt negativ. Bleibt alles andere gleich, aber die öffentlichen Spitalausgaben pro Kopf steigen um einen Franken, vermindert sich die Kooperationsintensität gemäss Modellen 1 und 3 um den Faktor $e^{-0,0002} = 0,9998$, was einer Abnahme von 0,2 Promille entspricht. Der marginale Effekt dieser Variable ist demnach gering. Das erstaunt nur bedingt, da die Unterschiede wohl oftmals deutlich mehr als einen Franken ausmachen. Das Resultat lässt sich damit plausibel erklären: Kantone mit hohen öffentlichen Spitalausgaben (im Zeitraum 1996–2008) sind für andere als Partner wenig attraktiv, weil man befürchtet, die hohen Kosten könnten abfärben, indem man beispielsweise übermässig teure Leistungen einkauft. Für den Prämienanstieg hingegen gilt dies weniger, weil ein starker Anstieg im Beobachtungszeitraum nichts über das Ausgangsniveau verrät und eben sehr wohl als Auslöser für die eigenen Kooperationsbemühungen wirken kann. Weil weder der Prämienanstieg der Krankenkassen noch die öffentlichen Spitalausgaben pro Kopf für den Informationsaustausch und fortgeschrittene Kooperationen separat betrachtet Signifikanz erreichen, begrenzt das die Robustheit des gesundheitspolitischen Problemdrucks als Einflussfaktor für die Kooperationsbeziehungen.

Ebenfalls in die Richtung einer funktionalen, instrumentellen Logik geht die Kontrollvariable zu vorbestehenden Interdependenzen in Form von interkantonalen Patientenströmen (K2). Sie sind insbesondere für die Kooperation über alle drei Stufen zusammen – der Kooperation insgesamt – betrachtet, relevant (positiv und signifikant). Beim Informationsaustausch erreichen die Patientenströme keine statistische Signifikanz. Im Fall der fortgeschrittenen Kooperation (Koordination und Kollaboration) werden die Patientenströme wiederum in Modell 7 signifikant, welches die Bevölkerungsgrösse ausschliesst. Somit gibt es durchaus empirische Evidenz dafür, dass Kooperation durch Interdependenzen begünstigt wird. Das Ergebnis ist jedoch nicht für alle Kooperationsstufen robust.

Die geografische Nähe (H4) hat den erwarteten Effekt. Bei gemeinsamer Grenze und geringerer Distanz zwischen den Hauptorten kooperieren Kantone häufiger als mit anderen. Für die fortgeschrittene Kooperation für sich genommen erreicht die geografische Nähe jedoch nicht die üblichen Signifikanzniveaus. Hier ist davon auszugehen, dass insbesondere der Netzwerkterm für Transitivität einen Teil der Signifikanz «auffrisst», weil diese wie bereits besprochen stark regional beziehungsweise kantonsnachbarschaftlich geprägt ist. Geografische Nähe und eine gemeinsame Grenze haben im Grossen und Ganzen den erwarteten Effekt. Das widerspiegelt sich auch in einzelnen Interviewaussa-

gen (sieben Interviewaussagen), wonach der Austausch auf regionaler Ebene im Rahmen der (regionalen) GDK-Gremien und auf Fachebene für die Koordination überaus wichtig sei. Demgegenüber gibt es auch gegenteilige Aussagen, welche die Rolle der nationalen Treffen höher einschätzen:

Für die Fachebene und die Spitalplanung sind v.a. die gesamtschweizerischen Treffen bzw. auf GDK-Ebene wichtig. Da geht es an das «Eingemachte». (Interviewaussage).

Die kulturelle Ähnlichkeit (H5) wirkt ebenfalls wie erwartet. Kantone gleicher Hauptsprache kooperieren häufiger unter sich als mit anderssprachigen Kantonen. Der Effekt tritt für Kooperation insgesamt und für den Informationsaustausch auf. Die Koeffizienten sind beim Informationsaustausch besonders hoch, da es beim unverbindlicheren Sichaustauschen besonders wichtig ist, dass man sich (sprachlich) unkompliziert und bequem verständigen kann. So nehmen die Informationsaustauschbeziehungen zwischen zwei gleichsprachigen Kantonen um den Faktor 2,73 in Modell 4 ($e^{1,005}$) zu und um 2,65 in den Modellen 5 und 6 ($e^{0,976}$) verglichen mit einem ansonsten identischen Kantonspaar, das einzig eine unterschiedliche Hauptsprache aufweist. Erneut ist denkbar, dass die fehlende Signifikanz der gemeinsamen Sprache für fortgeschrittene Kooperation mit dem regionalen Clustering zu tun hat, das bereits über die Transitivität erfasst wird. Denn in der Schweiz sind die Landessprachen bekanntlich geografisch recht klar abgegrenzt. Auch das widerspiegelt sich punktuell in den Interviewaussagen, wenn einige Befragte hervorheben, dass zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz unterschiedliche Staatsauffassungen bestünden und sich dies in ihrem Vorgehen spiegle (Interviewaussage), womit der Gesprächspartner auch implizierte, dass dies eine Barriere für eine gegenseitige Abstimmung, wie beispielsweise für das Spitalplanungsvorgehen, sei.

Die Hypothese (H6), dass die gleiche Parteizugehörigkeit zweier Gesundheitsdirektorinnen oder -direktoren Kooperation vereinfacht, lässt sich nicht bestätigen. Für Kooperation insgesamt und den Informationsaustausch stimmt zwar das Vorzeichen, allerdings sind die Schätzer nicht signifikant. Für die fortgeschrittene Kooperation scheint sogar das Gegenteil der Fall zu sein, was sich theoretisch nicht erklären lässt und möglicherweise auf einige besonders kooperationsfreudige Kantonspaare mit keiner oder geringer parteipolitischer Übereinstimmung zurückgeht. Von den 19 Paaren mit 10, 11 oder 12 fortgeschrittenen Kooperationen haben 9 gar keine parteipolitische Übereinstimmung. Die Ergebnisse zur fehlenden Bedeutung der gleichen Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren überraschen kaum und stützen vielmehr jene theoretische Argumentationslinie, wonach im Konkordanz-geprägten politischen System der Schweiz die Parteizugehörigkeit der Exekutive und deren Mitglieder eine untergeordnete Bedeutung hat (Bolleyer 2009, Bolleyer und Börzel 2010). Für die interkantonale Kooperation, unabhängig vom Politikbereich, gilt dies erst recht, da hier die Regierung grosse Kompetenzen hat, während die stärker parteipolitisch geprägten Parlamente nur eine kleine Rolle

spielen (Strebel 2014). Als weiterer Aspekt und alternative Erklärung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wurde die Kontinuität der Arbeitsbeziehungen zwischen den Gesundheitsdirektionen (H7) untersucht, was bisher meines Wissens noch kaum quantitativ untersucht wurde. Sie spielt hingegen sehr wohl eine Rolle. Je weniger Wechsel bei den Kooperationspartnern, desto mehr wird kooperiert. Dies deckt sich mit Interviewaussagen, wonach das persönliche Einvernehmen zwischen den Gesundheitsdirektionen für eine gelungene Zusammenarbeit förderlich sei (Interviewaussagen). Für Kooperation insgesamt und die fortgeschrittene Kooperation nimmt der Kooperationswert zwischen 6 und 9 Prozent ab, wenn die Zahl der Gesundheitsdirektions-Paare um eins steigt (tiefste Abnahme in Modell 7 mit $e^{-0,064}=0,94$, höchste Abnahme in Modellen 2 und 3 mit $e^{-0,095}=0,91$). Nur für den Informationsaustausch lässt sich kein solcher Effekt feststellen. Dies allerdings erstaunt kaum, da für einen weit unverbindlicheren Informationsaustausch geringere Anforderungen an die Vertrauensbasis bestehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aufgestellten Hypothesen auf Kooperation insgesamt ziemlich gut zutreffen (vgl. Tabelle 15 für eine Übersicht) und durch die Modelle mehrheitlich gestützt werden. Betrachtet man die Kooperationsebenen Informationsaustausch und fortgeschrittene Kooperation separat, fällt die Signifikanz der Schätzer bescheidener aus. Interessant hingegen ist, dass sich die Kantonsgrösse und die Differenz der Kantonsgrösse je nach Kooperationsebene unterschiedlich auswirken, was meines Wissens bisher noch nie nachgewiesen wurde. Einige Ergebnisse überraschen, so das negative Vorzeichen für die Bedeutung der öffentlichen Spitalausgaben oder teils mangelnde Signifikanz für die Bedeutung der Kantonsgrösse hinsichtlich der Kooperationsfreudigkeit. Die eigene Datensammlung erlaubt es, die statistischen Ergebnisse mit qualitativen Aussagen zu ergänzen und so die Zusammenhänge, die Beweggründe der Akteure und ihre Erklärungen für das Kooperationsverhalten auf eine zweite Art zu beleuchten, was in der anschliessenden Diskussion der Ergebnisse erfolgt.

5.3 Diskussion

Die präsentierten Resultate werden in einen weiteren Kontext gestellt und anhand von Informationen aus dem Mapping und den Interviews eingeordnet. Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Kooperationsverhalten und der Grösse eines Gliedstaats ist besonders interessant und in der Literatur viel diskutiert. Es geht dabei insbesondere um die (unterstellte) Kooperationsnotwendigkeit für kleinere Kantone beziehungsweise Gliedstaaten, die vermeintlich Aufgaben oder Probleme nicht mehr allein stemmen können (z.B. Bochsler 2008, 2009; Bowman 2004). Dies betrifft, in netzwerkanalytischem Kontext

gesprochen, die Akteursebene. Weit weniger diskutiert ist hingegen die Bedeutung des Grössenverhältnisses für die Wahl des Kooperationspartners.

Die vorhin diskutierten statistischen Ergebnisse zeigen: Kleinere Kantone kooperieren eher weniger als grosse. Dies veranschaulicht auch die grafische Darstellung der Kooperationen nach Bevölkerungsgrösse aus dem Mapping (vgl. Abbildung 13 in Kapitel 4). Anstelle einer Kompensation der Kleinheit durch mehr Kooperation scheint indes eher zuzutreffen, dass kleinen Kantonen die (personellen) Ressourcen für Kooperationen fehlen. Dies deckt sich durchaus mit der Selbstwahrnehmung und den Erfahrungen der Kantonsverantwortlichen. Mehrere geben an, vor allem grössere Kantone seien in der Lage, ausgiebig zu kooperieren, während kleinere Kantone aus Ressourcengründen nicht alle Kooperationsmöglichkeiten wahrnehmen könnten, aber teils auch nicht den gleichen Planungs- und Steuerungsbedarf hätten⁷² (sieben Interviewaussagen). Diese Auffassung hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten wird auch von der Forschung gestützt (z.B. Bochsler 2009: 362). Im vorliegenden Buch begegne ich dem Ressourcen-Argument auf zwei Arten. Erstens habe ich in der Datenerhebung gezielt nach informellen Kooperationsformen und nach Informationsaustausch gefragt. Zweitens zielt die Hypothese 1a ausdrücklich auf den Informationsaustausch. Sie besagt, dass diese stärker informelle und weniger aufwändige Stufe von kleinen Kantonen besonders genutzt wird, weil weiter gehende Kooperationsformen zu ressourcenintensiv sind. Die statistischen Ergebnisse reichen dennoch nicht aus, um diese Hypothese klar zu stützen. Zwar verkehrt sich das Vorzeichen für den Informationsaustausch ins Negative, vermag aber nicht signifikant zu werden. Die Resultate lassen sich so interpretieren, dass grossen Kantonen das gesamte Spektrum an Kooperationsstufen zur Verfügung steht und sie dieses auch nutzen. Kleinere Kantone hingegen haben weniger fortgeschrittene Kooperationen als grosse; sie setzen relativ betrachtet stärker auf den Austausch von Informationen, sodass auf dieser Stufe kein Unterschied zwischen kleinen und grossen Kantonen besteht.

Während die hier analysierten quantifizierten Kooperationsdaten also eher die These stützen, dass es vorwiegend grössere Kantone sind, die ausgiebig kooperieren, zeigen die Interviewaussagen hingegen, dass die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben – wie die Vorgaben des KVG im Spitalbereich – die kleineren Kantone stärker herausfordert. So geben gerade Vertreterinnen und -Vertreter kleinerer und mittlerer Kantone besonders oft an, die praktischen Hilfestellungen der GDK im Bereich der Spitalplanung zu schätzen (drei Interviewaussagen). Es sind aber nicht nur die kleinen Kantone, welche die koordinierend wirkenden GDK-Empfehlungen zu schätzen wissen. In der Spitalplanung sind

72 Den Planungs- und Steuerungsbedarf erhöhende Faktoren sind bspw. eine dichte Spitallandschaft, viele Privatkliniken, welche mit der neuen Spitalfinanzierung nun grundsätzlich ebenfalls Anspruch auf Kantonsbeiträge haben (im Fall eines Leistungsauftrags). Geografisch periphere Kantone sind tendenziell recht selbstversorgend. Für kleinere Kantone wiederum steht eher die Sicherstellung einer ausreichenden (Zentrums-)Versorgung im Vordergrund.

Tabelle 15 Brems- und Schubkräfte der interkantonalen Kooperationsbeziehungen im Spitalwesen: Ergebnisse des Hypothesentests

	Hypothesen	Kooperation (insgesamt)	Informationsaus- tausch	Fortgeschrittene Ko- operation
H1a	Kleinheit auf tiefer Stufe (je kleiner je mehr Koop.)	Grosse Kantone kooperieren insgesamt häufiger als kleine.	Nicht signifikant. Gewisse, indirekte Evidenz.	.
H1b	Kleinheit auf höheren Stufen (je kleiner je weniger Koop.)	Ähnlich grosse Kantone kooperieren häufiger.	Nicht signifikant.	Bestätigt. Kleinere Kantone kooperieren seltener.
H2a	Komplementarität auf höheren Stufen (+)			Tendenziell bestätigt.
H2b	Homophilie bei Informationsaus- tausch (+)			
K1	Universitätsspital (+)	Bestätigt.	Bestätigt.	Nicht signifikant.
H3	Gesundheitspolitischer Problemdruck (+)	Spitalausgaben: Gegenteiliger Effekt. Höhere Ausgaben führen zu weniger Kooperation. Prämienanstieg: Bestätigt.	Spitalausgaben: Nicht signifikant. Prämienanstieg: Nicht signifikant.	Spitalausgaben: Nicht signifikant. Prämienanstieg: Nicht signifikant.
K2	Bestehende Patientenströme (+)	Bestätigt.	Nicht signifikant.	Tendenziell bestätigt.
H4	Geografische Nähe (+)	Distanz: Bestätigt. Grenze: Bestätigt.	Distanz: Bestätigt. Grenze: Bestätigt.	Distanz: Nicht signifikant. Grenze: Nicht signifikant.
H5	Gemeinsame Sprache (+)	Bestätigt.	Bestätigt.	Nicht signifikant.
H6	Parteizugehörigkeit (+)	Nicht signifikant.	Nicht signifikant.	Verworfen. Gegenteiliges Ergebnis.
H7	Personelle Kontinuität (+)	Bestätigt.	Nicht signifikant.	Tendenziell bestätigt.

Anmerkung: Die erwarteten Auswirkungen auf die Kooperationshäufigkeit sind in Klammern angegeben. Die grau hinterlegten Zellen weisen das Ergebnis aus, ohne dass ein Bezug zur stufenabhängigen Hypothese besteht.

die grossen Kantone ebenfalls an Koordination interessiert.⁷³ Dies mag daran liegen, dass die Koordination im Spitalbereich einerseits vorgeschrieben ist und andererseits durchaus Interdependenzen bestehen. Schliesslich beheimaten die grossen Kantone die Universitäts- und Zentrumsspitäler, die für kleinere umliegende Kantone ebenfalls versorgungsrelevant sind. Ausserdem besitzen sie,

⁷³ Anders im bereits ausführlich referierten Beispiel zu Vollzugsdefiziten in der Alkoholpräventionspolitik (Sager 2003). Dort sind die (ganz) grossen Kantone ziemlich selbstgenügsam und setzen die Präventionsarbeit selbst und unabhängig um.

verglichen mit kleineren Kantonen, eine stärker spezialisierte Verwaltung, die gerade bei Reformen über mehr Expertise verfügt. Beides macht sie zu attraktiven Kooperationspartnern für kleinere Kantone. Das markanteste Beispiel für Expertise und Ressourcen ist wohl die Vorreiterrolle des Kantons Zürich, die er einnahm, als die Fallpauschalen für stationäre Leistungen und die Leistungsplanung eingeführt wurden. Das SPLG-Konzept hat der Kanton Zürich fast im Alleingang entwickelt, anfangs noch in enger Zusammenarbeit mit dem Kanton Bern. Mittlerweile wenden 25 Kantone es an (Genf erstmals für die Planungsperiode 2020–2023). Es gibt aber eben noch einen weiteren, bereits angesprochenen Grund, nämlich den politikfeldspezifischen Steuerungs- und Planungsbedarf. Eine Fachperson drückte es sinngemäss folgendermassen aus:

Für kleine Kantone ist die Thematik der Spitalplanung eine ganz andere als für grosse. Im Zentrum steht die Versorgungssicherheit. Sie müssen ein ausreichendes Angebot über alle Leistungsbereiche hinweg sicherstellen, indem sie beispielsweise Leistungsaufträge an ein entsprechendes [ausserkantona]les Listenspital erteilen. Grössere Kantone wiederum haben oftmals eine weit komplexere Spitallandschaft. Für sie steht vor allem die kantonsinterne Angebotsplanung im Vordergrund. (Interviewaussage)

Das demonstriert, dass zumindest im Spitalbereich nicht vorwiegend die kleinen Kantone mit Problemdruck konfrontiert sind. Vielmehr unterscheidet sich dieser. Gerade für den Spitalbereich zeigt sich, dass grössere Kantone einen höheren Bedarf aufweisen, das kantonsinterne Angebot zu planen. Dies galt bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung insbesondere für Kantone mit vielen Privatspitälern (Interviewaussage) aufgrund der neuen Finanzierungsregeln (vgl. Kapitel 2.2.4). Sind die Methoden und Kriterien einmal entwickelt, brauchen kleinere Kantone nicht unbedingt die ganz grosse Koordination, um die erforderlichen Leistungsaufträge an ausserkantonale Zentrumsspitäler zu erteilen (Interviewaussage). Die grossen Kantone (namentlich Zürich und Bern) ihrerseits sind in der Lage, genau solche Instrumente zur Umsetzung der Planungsvorgaben notfalls selbst zu entwickeln. Kleine und mittlere Kantone übernehmen diese gerne, fehlen ihnen dazu doch die Ressourcen. Diese Übernahme von Lösungen, teils direkt vom Kanton Zürich, teils indirekt über die GDK, birgt aber das Risiko, dass sie nicht ganz passen. Zudem zeigt sich, dass kleinere Kantone oft einseitig koordinieren, indem sie zum Beispiel Vorlagen der GDK oder des Kantons Zürich rund um das SPLG-Konzept fast komplett oder teilweise übernehmen (Interviewaussagen; siehe auch Planungsdokumente folgender Kantone aus dem Verzeichnis: AI⁷⁴, AR, SZ, ZG). Einige Befragte geben an, dass diese Instrumente eindeutig auf die Problemlage in mittleren und grösseren Kantonen

74 Exemplarisch dafür der Versorgungsbericht des Kantons Appenzell-Innerrhoden: «Der vorliegende Bericht wurde mit freundlicher Genehmigung nach dem Vorbild und in textlicher Anlehnung an den Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom Dezember 2009 erstellt.» (Versorgungsbericht gemäss Liste der Planungsdokumente, S. 2)

zugeschnitten seien, weshalb sie mit dem SPLG-Konzept und einigen GDK-Empfehlungen teils hadern oder angeben, diese pragmatisch den eigenen Bedürfnissen anzupassen (Interviewaussage). So verwenden alle Kantone, die ihre Spitalplanung nach SPLG-Konzept vornehmen, beispielsweise eine von Zürich entwickelte Grouper-Software in Lizenz. Damit sind sie stark von Zürich abhängig und einseitigen Anpassungen ausgeliefert. Einige Kantone beklagten denn auch, dass Zürich manchmal eigenmächtig Änderungen an Mindestfallzahlen oder Leistungsgruppen vornehme, was in kleineren Kantonen unerwünscht dazu führe, dass die lokalen Spitäler die Anforderungen nicht mehr erfüllen könnten (vier Interviewaussagen).

In dieser Übernahme von Instrumenten zeigt sich schliesslich eine Form von Komplementarität in den Kooperationsbeziehungen, was sich jedoch nur schwach in den statistischen Ergebnissen für die Bevölkerungsgrösse widerspiegelt. Allerdings sind die hohen Werte für die Akteursheterogenität ein Hinweis darauf, dass einzelne Kantone besonders populär oder aktiv als Kooperationspartner sind, was ebenfalls ein Indiz für Komplementarität ist, da insbesondere die grossen Kantone mit Universitäts- und Zentrumsspitalern besonders viele Beziehungen auf sich vereinen (vgl. Abbildungen 22 und 24).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kantonsgrösse in einem äusserst vielschichtigen Zusammenhang mit horizontalen Kooperationen steht. Für den Politikbereich der stationären Gesundheitsversorgung besteht demnach kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Kleinheit und Problemdruck, während dies in anderen Politikbereichen durchaus sein kann. Kleine Kantone stossen insbesondere im Expertise-intensiven Bereich der Spitalplanungsmethodik aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen und kleinen Verwaltungen schneller an ihre Grenzen (Carr et al. 2007), weshalb sie sich gerne auf interkantonal gemeinsam erarbeitete Konzepte (GDK-Empfehlungen) oder Vorarbeiten anderer (SPLG-Konzept des Kantons Zürich) stützen. Gleichzeitig ist ihr Planungsbedarf gemäss Expertenaussagen (zwei Interviewaussagen) jedoch geringer und sie sehen sich eher damit konfrontiert, ein angemessenes Gesundheitsangebot vor Ort sicherzustellen. Grosse Kantone kooperieren demnach häufiger, weil sie einerseits als Partner bei kleinen beliebt sind, um an Expertise zu gelangen, und andererseits, weil sie selbst einen erhöhten Planungsbedarf haben. Dem gegenüber scheinen die getesteten Problemdrucksindikatoren eher am Kern vorbei zu gehen und zeigen sich nur punktuell signifikant. Berücksichtigt man auch den Akteursheterogenitätsfaktor als Indiz für Komplementarität, scheint diese auf allen Kooperationsstufen eine gewisse Rolle zu spielen. Übereinstimmend mit früheren Forschungsergebnissen kommt der parteipolitischen Zugehörigkeit in der exekutiven Zusammenarbeit zwischen den Schweizer Kantonen keine Rolle zu. Hingegen zeigt sich, dass eine grössere Konstanz in den Arbeitsbeziehungen zwischen zwei Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mit häufigeren Kooperationen einhergeht. Kennt man sich und stimmt das persönliche Einvernehmen, ist es einfacher zusammenzuarbeiten. Dies ist ein intuitives Ergebnis, das meines Wissens bisher für interkantonale Zusammenarbeitsbeziehungen

noch nicht statistisch belegt werden konnte. Von den Interviewten wurde die Bedeutung der persönlichen Beziehungen nebst den Regierungsmitgliedern auch für die Fachebene angesprochen. Ihre Bedeutung für die Verwaltung wurde mit dem Bonmot «Regierung geht, Verwaltung steht», unterstrichen (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020).

Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Prozess

6 Eine historisch-institutionalistische Perspektive auf Kooperationsprozesse: theoretische Grundlagen

Die vorhergehende statistische Netzwerkanalyse betrachtete aus einer varianzorientierten Perspektive, welche Eigenschaften der Kantone und welche Konstellationen die Kooperationsbeziehungen auf den unterschiedlichen Ebenen begünstigen. Dieser Teil des Buchs widmet sich nun einer prozessualen Sichtweise. Während einleitend dargestellt wurde, dass Kooperation im Spitalbereich grundsätzlich eher schwierig zu sein scheint und nicht unbedingt zu erwarten ist, soll nun anhand eines Fallbeispiels auf der höchsten Kooperationsstufe – einer Kollaboration – untersucht werden, welche Prozesse beim Etablieren einer Kooperation eine Rolle spielen und wie sie zum Erfolg führen.

Der erfolgreichen Kollaboration zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden – der Spitalregion LUNIS – ging ein gescheiterter Versuch zwischen Nidwalden und Obwalden voraus. Diese Vorgeschichte ermöglicht einerseits besser zu verstehen, vor welchem Hintergrund die gelungene Kooperation ihren Anfang nahm. Andererseits erlaubt sie als intertemporaler Vergleich aufgrund von Unterschieden in der Konstellation und im Verhalten der Akteure gewisse Rückschlüsse auf die Gründe für das Gelingen des Nachfolgeprojekts. Für diesen zweiten Analyseteil verwende ich einen historisch-institutionalistischen Forschungsrahmen. Die theoretischen Grundlagen des historischen Institutionalismus und die zentralen Konzepte stellt dieses Kapitel vor.

Der historische Institutionalismus hat laut Broschek (2011) in jüngerer Zeit einen grossen Aufschwung erfahren und mittlerweile ein «breites Repertoire an Analyseinstrumenten herausgebildet, das in Untersuchungen zum Institutionenwandel sowie in der Policy-Forschung» angewandt wird (Broschek 2011: 27). Der historische Institutionalismus eigne sich für die vergleichende Föderalismusforschung ebenfalls sehr, weil er zwischen unterschiedlichen Theoriesträngen zu vermitteln vermöge und gut mit der Multidimensionalität, geringen Fallzahlen, komplexen Konfigurationen sowie grosser Kontextgebundenheit von föderalen Systemen umgehen könne (Broschek 2011: 28). Anders als bei Broschek (2011, 2015) handelt es sich hier aber nicht um vergleichende Föderalismusforschung, sondern eher um Policy-Forschung in einem föderalen Kontext, wobei auch hier komplexe Zusammenhänge zwischen Institutionen und dem politischen Spielraum bestehen.

Der historische Institutionalismus legt den Fokus auf den Entstehungsprozess eines Phänomens. Zentral ist dabei die zeitliche Abfolge von Ereignissen und Entwicklungen (Broschek 2011: 28). Ausserdem versteht er Akteure sowohl als interessengeleitet als auch von Normen geprägt (Hall und Taylor 1996: 939 f.).

Im Kontext der interkantonalen Zusammenarbeit im Spitalbereich bedeutet eine historisch-institutionalistische Perspektive, das Augenmerk darauf zu richten, wie das historisch gewachsene gesundheitspolitische System die aktuelle Interessenlage und den vorhandenen Entscheidungsspielraum prägt und vorstrukturiert. Das zentrale Konzept der Pfadabhängigkeit kann die hohe Stabilität von Institutionen gut erklären, was gerade im Bereich der Spitallandschaft von Bedeutung ist. Dabei erweist sich der Rahmen von «Credit-Claiming» und «Blame-Avoidance» als besonders hilfreich. Gleichzeitig bieten jüngere historisch-institutionalistische Beiträge zunehmend theoretische Erklärungen für inkrementellen Wandel ausserhalb von Wendepunkten beziehungsweise «Critical Junctures».

Institutionen sind in einem historisch-institutionalistischen Verständnis «die formellen oder informellen Verfahren, Routinen, Normen und Konventionen, die in die Organisationsstruktur des Gemeinwesens oder der politischen Wirtschaft eingebettet sind» (Hall und Taylor 1996: 938; eigene Übersetzung). Es stellt sich also die Frage, inwiefern die Spitalplanung und der Spitalbereich als Institutionen oder als ein ganzes Geflecht von Institutionen zu verstehen sind und somit die Verwendung eines institutionalistischen Ansatzes angebracht ist. Die vorliegende Publikation folgt obenstehender Definition. Demnach ist die Spitalplanung selbst so ein formelles Prozedere aus dem Bereich der Gesundheitspolitik und die horizontale Kooperation kann als ein mehr oder weniger formelles Prozedere (je nach Kooperationsstufe und -inhalt) betrachtet werden. Dass sich die Kantone in Vernehmlassungen gegenseitig konsultieren, ist wohl eher eine Konvention. Der Koordinationsartikel im KVG, so wie Gesetzestexte im Allgemeinen, sind formelle (Gesetzes-)Normen. Das ganze Kooperationsspiel wiederum ist in eine Vielzahl übergeordneter Institutionen eingebettet: den föderalen Staatsaufbau mit seinen Zuständigkeiten, Entscheidungsregeln und Gremien (z.B. die GDK), gremieninterne Normen und Regeln, kantonale Institutionen usw. Diese oberflächliche Auslegeordnung bestätigt Piersons (2000: 259) Bemerkung trefflich, Politik weise eine hohe institutionelle Dichte auf. Die reine Fülle an Institutionen legt nahe, dass ein institutionalistischer Ansatz sinnvoll ist.

In diesem Sinn scheint es mir vielversprechend, einen institutionalistischen Ansatz für die Analyse der interkantonalen Kooperation zu wählen. Besonders in einem Land wie der Schweiz, das mit seinem föderalen Staatsaufbau, seinem Zweikammersystem und den direktdemokratischen Elementen ein komplexes Geflecht an Institutionen zum Interessenausgleich aufweist, kommt man nicht an der grossen Bedeutung vorbei, welche Institutionen für die politischen Prozesse und ihre Ergebnisse spielen. Dies entspricht auch einer generellen Entwicklung in der Politikwissenschaft, wie folgendes Zitat belegt:

Die Politikwissenschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird von mehreren robusten Traditionen der institutionalistischen Analyse gekennzeichnet. In weit grösserem Mass als noch vor einer Generation, als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler darüber debattierten, ob Institutionen für die Gestaltung von Politics bedeutsam sind, wird die

Disziplin heutzutage von verschiedenen Ansätzen geprägt, die zu bestimmen suchen, wie und wann Institutionen politische Entwicklungen gestalten. (Fioretos et al. 2016: 1, eigene Übersetzung, Hervorhebungen im Original)

Der historische Institutionalismus eignet sich besonders gut, um Fragen zu bearbeiten, wieso Strukturen und Institutionen bestehen bleiben oder sich nur langsam wandeln, obschon sie im aktuellen Kontext ineffizient oder überholt erscheinen. Das Feld der Spitalversorgung ist genau ein solches Problem: Die äusseren Umstände, wie die Koordinationspflicht oder die viel monierten steigenden Gesundheitskosten, suggerieren Reformen und politischen Wandel, doch auf den ersten Blick passiert wenig. Neuere historisch-institutionalistische Entwicklungen bemühen sich vermehrt darum, Wandel nicht einfach als Resultat von exogenen Schocks oder Veränderungen im Umfeld zu verstehen. Diese monierte Blindheit gegenüber inkrementellem Wandel ist gemäss Mahoney und Thelen (2010: 5) ein gemeinsames Problem der drei neo-institutionalistischen Schulen des soziologischen Institutionalismus, des Rational-Choice-Institutionalismus und des historischen Institutionalismus (für einen Vergleich der Schulen siehe Hall und Taylor 1996 und Immergut 1998). Dieser Problematik widmeten Thelen und Mahoney (2010) aus vorwiegend historisch-institutionalistischer Warte den Sammelband «Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power». Um auch endogenen institutionellen Wandel zu verstehen, gehe es vielmehr darum, Fragen zu beantworten, wie welche Eigenschaften von Institutionen Veränderungen erlauben; wie und warum diese veränderungsfreundlichen Eigenschaften von Institutionen es den Akteuren erlauben (oder sie dazu antreiben) sich so zu verhalten, dass Veränderungen entstehen; was das für Verhaltensweisen sind; wie solche Akteure konzeptionalisiert werden sollten; oder welche Arten von Strategien in welchen institutionellen Umgebungen gedeihen (Mahoney und Thelen 2010: 3).

Bei der Etablierung von horizontaler Kooperation im Spitalbereich gibt es einige der Kooperation grundsätzlich zuträgliche institutionelle Arrangements wie das bereits bestehende dichte Geflecht an interkantonalen Gremien in Form der GDK, deren Regional- und Fachkonferenzen. Daneben gibt es aber auch kooperationsbremsende Eigeninteressen der Kantone, wie bereits in der Analyse der Interessenkonstellation in Kapitel 2.3 dargelegt wurde. Daher sind die Fragen nach den involvierten Akteuren und deren Strategien besonders interessant.

Um die Strategien der Akteure zu verstehen, verwende ich das bekannte «Blame-Avoidance/Credit-Claiming-Framework», welches von Weaver (1986) verbreitet und von Pierson auf den Rückbau von Wohlfahrtsstaaten («Welfare State Retrenchment») angewandt und anschliessend intensiv rezipiert und weiterentwickelt wurde (Bonoli 2012; Elmelund-Præstekær und Emmenegger 2013; Mahoney und Thelen 2010; Palier 2005; Streeck und Thelen 2005a, 2005b). Diesen Brückenschlag zur historisch-institutionalistischen, von Pierson (1994,

1996) geprägten «Retrenchment»-Literatur in der Wohlfahrtsstaatenforschung begründe ich mit folgendem Argument: Interkantonale Kooperation im Spitalbereich kann von den Betroffenen als drohender Rückbau des Gesundheitsangebots betrachtet werden, weshalb ähnliche Abwehrmechanismen beziehungsweise Reformhürden spielen wie beim Rückbau von anderen wohlfahrtsstaatlichen Programmen. Entsprechend argumentiere ich weiter, dass sich die Abläufe im Fallbeispiel und namentlich die (erfolgreichen) Strategien der Akteure zum Eingehen der LUNIS-Kooperation mit Hilfe des Blame-Avoidance/Credit-Claiming-Framework (Bonoli 2012; Pierson 1996) gut erklären lassen. Dazu präsentiere ich im Folgenden zentrale Konzepte des historischen Institutionalismus (Kapitel 6.1) und werfe ein Schlaglicht auf die neuere Literatur zu inkrementellem Wandel (Kapitel 6.2), bevor ich in Kapitel 6.3 die Retrenchment-Literatur vorstelle und anschliessend in Kapitel 6.4 darlege, warum sich die Retrenchment-Literatur auf die interkantonale Kooperation im Spitalbereich übertragen lässt und welche Forschungsagenda ich für die Fallstudie daraus ableite. Kapitel 6.5 präsentiert die Forschungsagenda für die anschliessende Fallstudie und führt einige methodische Überlegungen zum Studiendesign und der Methode des Causal-Process-Tracing aus.

6.1 Zentrale Konzepte des historischen Institutionalismus: von Institutionen, Pfadabhängigkeit, wachsenden Erträgen, Entwicklungspfaden und Weggabelungen

Was den historischen Institutionalismus (HI) gemäss Pierson (2000: 264) historisch macht, ist, dass politische Entwicklung als ein Prozess zu verstehen ist, der sich im Lauf der Zeit entfaltet. Gemeint ist aber mehr als die Tatsache, dass die Vergangenheit die Gegenwart beeinflusst («history matters»). Ein zentraler und viel verwendeter Begriff für dieses Phänomen ist die sogenannte Pfadabhängigkeit, der oftmals stark vom Mechanismus der wachsenden Erträge geprägt ist. Institutionalistisch ist diese Art der politischen Analyse, weil sie betont, dass viele heutige politische Auswirkungen dieser zeitlichen Prozesse in Institutionen eingebettet sind, seien dies formelle Regeln, politische Strukturen oder Normen (Pierson 2000: 265).

Historisch-institutionalistische Analysen bewegen sich oftmals auf der Stufe sogenannter «Mid-Range-Theory» (Thelen 1999: 373), d.h. sie versuchen nicht allgemeingültige grosse Theorien aufzustellen, aber sie beschränken sich auch nicht auf die beschreibende Empirie. Sondern sie stellen begrenzte Theorien auf, um diese dann empirisch zu überprüfen. Während sich klassische Vorgänger des HI aus den 1960er und 1970er Jahren vorwiegend mit historischer Analyse von Makro-Prozessen auseinandersetzen,⁷⁵ werden die untersuchten Zeithorizonte im HI kürzer und der Fokus liegt verstärkt auf der Policy-Ebene

75 Ein Beispiel dafür ist Skocpol's (1979) klassische Studie zu den Revolutionen in Frankreich, Russland und China, die sich zeitlich auf über 150 Jahre verteilen.

(Katznelson und Weingast 2005: 12f.). Hall und Taylor (1996: 938) machen vier Besonderheiten aus: HI-Forschende neigen erstens dazu, das Verhältnis zwischen Institutionen und Individuen relativ weit zu fassen. Zweitens betonen sie die Machtasymmetrien, die mit dem Funktionieren und der Entwicklung von Institutionen verbunden sind. Drittens tendieren sie dazu, die Entwicklung von Institutionen unter dem Blickwinkel von Pfadabhängigkeit und unbeabsichtigten Folgen zu betrachten. Viertens sind sie besonders darauf bedacht, bei der institutionellen Analyse auch andere Faktoren zu berücksichtigen, die ebenfalls einen Einfluss auf politische Ergebnisse haben können, wie etwa Ideen. Eine Besonderheit des HI ist weiter, dass er von äusserst stabilen Institutionen ausgeht. Diese können auch fortbestehen, wenn sie ihren ursprünglichen Zweck nicht mehr erfüllen oder ineffizient geworden sind. Entsprechend steht der HI funktional-voluntaristischen Erklärungen kritisch gegenüber, die das Entstehen und Fortbestehen einer Institution direkt mit ihrem Zweck erklären (Broschek 2011: 38; Thelen 2003: 214f.). Ansonsten müssten Institutionen abgeschafft werden, sobald sie ihren eigentlichen Zweck nicht mehr erfüllen. Dem stellt der HI aber die erwähnte Langlebigkeit von Institutionen gegenüber. Ein zentrales Konzept in diesem Zusammenhang ist die Pfadabhängigkeit, auf die oft verwiesen wird, um die relativ grosse Stabilität von Institutionen über die Zeit zu erklären. Entsprechende Mechanismen sind Phänomene wachsender Erträge («Increasing Returns») und weitere positive Feedback-Mechanismen. Weggabelungen, Critical Junctures, wiederum unterbrechen diese Phasen von Stabilität und erlauben Wandel. Als Gegenstück zum abrupten Wandel fungiert das Konzept der Entwicklungspfade («Developmental Pathways»). Bevor auf die dahinterliegenden Mechanismen eingegangen wird, gilt es zuerst, den so zentralen Institutionenbegriff aus Sicht des HI genauer darzustellen.

Die Vertreter des historischen Institutionalismus definieren Institutionen im Allgemeinen als formelle und informelle Prozedere, Normen, Routinen und Konventionen, die mit Organisationen, dem Gemeinwesen oder dem Wirtschaftsleben zusammenhängen (Hall und Taylor 1996: 938). Folglich ist die Welt, und insbesondere die politische Welt, aus dieser Sicht voller Institutionen (Pierson 2000: 259). Katznelson und Weingast (2005: 14) schreiben Institutionen im HI drei wesentliche Funktionen zu:

Erstens stellen sie, verstanden als historische Produkte, eine Verbindung zwischen unruhigen Momenten grosser Umbrüche und gewöhnlicheren Zeiten her. Zweitens begrenzen und formen sie menschliche Überzeugungen, Werte, Interessen und die Art und Weise, wie diese eingesetzt werden, um die Ergebnisse zu gestalten. Drittens, und dies ist der wichtigste Berührungspunkt mit dem Rational-Choice-Institutionalismus, werden sie so verstanden, dass sie Präferenzen generieren. (Katznelson und Weingast 2005: 14, eigene Übersetzung)

Der erste Punkt des Zitats verdeutlicht, dass Institutionen ihrerseits historisch geschaffen sind, aber gleichzeitig als Bindeglied zwischen ruhigen Zeiten und

Weggabelungen oder Critical Junctures (Broschek 2011: 29; Hall und Taylor 1996: 941 f.; Thelen 1999: 387–392) fungieren, wenn sich während einer beschränkten Zeit ein sogenanntes «Window of Opportunity» für grundlegenden politischen Wandel öffnet. Es sind typischerweise exogene Schocks, die in einem sonst stabilen System die Möglichkeit eröffnen, vom eingeschlagenen Pfad abzuweichen und neue Wege zu gehen (Broschek 2011: 29). Trotz des Schock-Charakters hat das historisch gewachsene institutionelle Arrangement einen gewissen Einfluss darauf, wie das neue institutionelle Gleichgewicht nach der Krise aussieht.

Der zweite Punkt zeigt, dass der historische Institutionalismus – wie der soziologische Institutionalismus (Hall und Taylor 1996; Immergut 1998) – davon ausgeht, dass Institutionen die Menschen auch auf kognitiver Ebene prägen. Das geschieht, indem Institutionen die Normen, Werte und Interessen der Menschen beeinflussen. Weil Menschen von Normen, Werten und Interessen geleitet handeln und Probleme lösen, geben Institutionen ein Stück weit vor, welche Ergebnisse überhaupt denkbar und damit möglich scheinen. Das Konzept der Pfadabhängigkeit zielt in eine ähnliche Richtung. Dabei geht es weniger um das Individuum als vielmehr darum, dass früher getroffene Entscheidungen und bestehende Institutionen die Wahl von möglichen Entscheidungen zu einem späteren Zeitpunkt einschränken.

Der dritte Punkt spielt darauf an, dass Präferenzen und insbesondere die strategischen Präferenzen nicht unabhängig von Institutionen verstanden werden können. Vielmehr entscheide ein Individuum mit identischen Präferenzen je nach (institutionellen) Umständen anders (Immergut 1998: 6f.; Katznelson und Weingast 2005: 14).⁷⁶

Zu kurz kommt in der oben zitierten Beschreibung der wesentlichen Funktionen der Institutionen jedoch das Augenmerk der HI-Forschenden auf Verteilungswirkungen und Machtungleichgewichte; denn Macht ist ein zentrales Element im HI (Katznelson und Weingast 2005: 15f.). Institutionen sind in einem historisch-institutionalistischen Verständnis «nicht neutrale Koordinierungsmechanismen, sondern sie spiegeln bestimmte Muster von Machtverteilung in der Politik wider und reproduzieren und verstärken sie sogar» (Thelen 1999: 394, eigene Übersetzung). Dies hat Implikationen für die Reformierbarkeit bestehender Regeln, wie im Folgenden unter anderem anhand von positiven

76 Ein typisches Beispiel dafür ist Wahlverhalten. Stellen wir uns die Wahl in einem ländlichen, rechts-konservativen Wahlbezirk vor. Zur Auswahl stehen je eine Kandidatin der SP, der CVP/Die Mitte und der SVP. Ist nur ein Sitz zu vergeben (z.B. Ständeratswahl in einem Halbkanton), wird ein linker Wähler möglicherweise lieber für die CVP/Die Mitte-Kandidatin stimmen, weil er ihr einen Wahlerfolg zutraut, im Gegensatz zur chancenlosen SP-Kandidatin. Sind hingegen mehrere Sitze zu vergeben und es herrscht Verhältniswahlrecht, wird der linke Wähler «seine» SP-Kandidatin wählen, weil sie tatsächlich einen der Sitze gewinnen kann. Folglich unterscheiden sich in der ersten Situation bei Einerwahlkreisen die ausgedrückten Präferenzen (Wahl der CVP/Die Mitte-Kandidatin) von den tatsächlichen Präferenzen (Wahl der SP-Kandidatin), unter Verhältniswahlrecht hingegen nicht.

Feedback-Mechanismen oder den wohlerworbenen Interessen (Vested Interests) aufgezeigt wird.

Das Konzept der *Pfadabhängigkeit* ist für den historischen Institutionalismus zentral. Es fehlt jedoch eine einheitliche Definition. Pierson (2000: 251 f.) beklagt denn auch, dieses Konzept werde von vielen Politikwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern leichtfertig gebraucht, wodurch es kaum mehr aussage, als dass vergangene Begebenheiten spätere Entscheidungsoptionen beeinflussen.

Ein typisches Merkmal für Pfadabhängigkeit ist, dass es schwierig und kostspielig ist, von einem einmal eingeschlagenen Pfad fundamental abzuweichen oder umzukehren. Positive Feedback-Mechanismen führen dazu, dass bestehende Machtverteilungen andauern oder gar verstärkt werden können. Während die *Weggabelungen* für die grossen Richtungswechsel stehen und die Feedback-Mechanismen die Langlebigkeit von Institutionen erklären, beschreibt das Konzept der *Entwicklungspfade* («Developmental Pathways») den fortlaufenden Wandel von Institutionen. Demnach entwickeln sich Institutionen aufgrund von sich verändernden Umständen oder von politischem Taktieren weiter, aber innerhalb von Grenzen, welche durch die Vergangenheit aufgestellt wurden (Thelen 1999: 387).

Levi (1997: 28, zit. in Pierson 2000: 252) verwendet das Bild eines Baums, um Pfadabhängigkeit zu illustrieren: Statt Wegen (mit Weggabelungen) solle man sich einen Baumstamm mit vielen grösseren und kleineren Ästen vorstellen. Es sei zwar möglich, umzukehren oder sich von einem Hauptast zum nächsten zu hangeln, aber grundsätzlich tendiere man dazu, dem ursprünglich gewählten Ast entlang weiter zu klettern. Diese Umkehr- oder Wechseloption sei auch nötig, falls der eingeschlagene «Institutionen-Ast» absterbe. Dieses Verständnis von Pfadabhängigkeit passt gut zu der Vorstellung von Prozessen mit wachsenden Erträgen, so genannten «Increasing Returns» (Pierson 2000: 252).

Thelen (1999) unterscheidet zwischen zwei Literatursträngen innerhalb des HI, die Pfadabhängigkeit verschieden behandeln, der Critical-Juncture-Literatur und der Policy-Feedback-Literatur. Erstere legt den Fokus darauf, dass grundsätzlich grosse Stabilität herrscht, bis man an Weggabelungen gelangt (Broschek 2011: 29; Hall und Taylor 1996: 94 f.; Thelen 1999: 387–392). Hier wird grundlegender politischer Wandel plötzlich möglich, weil sich durch einen exogenen Schock neue Optionen in einem sonst stabilen System eröffnen (Broschek 2011: 29). Danach befindet man sich erneut in einer Phase relativer institutioneller Stabilität. Mit dieser relativen Stabilität und Langlebigkeit von Institutionen beschäftigt sich der zweite Literaturstrang zu Policy-Feedbacks. Ein häufig genannter Grund für Pfadabhängigkeit ist, dass es oftmals schwierig sei, einen neuen Pfad einzuschlagen aufgrund von positiven Feedback-Mechanismen oder weil Akteure auf dem zurückgelegten Weg berechnete Interessen entwickelt haben («Vested Interests»), die sie verteidigen. Je nach dem sei ein Pfadwechsel kostspielig aufgrund von «Sunk Costs» (Thelen 1999: 391). Thelen kritisiert ähnlich wie eingangs Pierson (2000), dass Pfadabhängigkeit und die damit ver-

bundenen Konzepte leichtfertig bemüht werden, ohne das Argument auf seine Gültigkeit zu prüfen oder die dahinter liegenden Mechanismen nachzuzeichnen. Unter anderem müsse man genau wissen, wer bestimmte institutionelle Arrangements unterstützt, wie diese über die Zeit aufrechterhalten werden und wie jene ferngehalten werden, die sie nicht unterstützen (Thelen 1999: 391).

Mit dem Artikel «Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics» nimmt Pierson (2000) sich der Aufgabe an, die Annahmen herauszuarbeiten und für die Politik zu spezifizieren, die hinter dem Konzept steigender Erträge stehen, das ursprünglich aus der Ökonomie stammt. Es handelt sich dabei um folgende vier Punkte:

- 1) Die hohen *Gestehungskosten* bzw. Fixkosten machen es unattraktiv, von einer gewählten Lösung abzuweichen (z.B. die Spital-Infrastruktur. Schliesst man einen Spitalstandort, hat man hohe Sunk Costs zu gewärtigen).
- 2) *Lerneffekte* führen ebenfalls zu höheren Gewinnen, z.B. indem Anwender mit der Zeit immer effizienter mit einer neuen Technik umgehen und allenfalls gar Innovationen hervorbringen.
- 3) *Koordinationseffekte* sind vor allem dann wirkungsvoll, wenn Produkte untereinander oder mit einer Infrastruktur kompatibel sein müssen (z.B. ISO-normierte Stecker und Steckdosen).
- 4) *Anpassungsfähige Erwartungen* sind zu verstehen als sich selbst erfüllende Prophezeiungen, die dann auftreten, wenn sich die falsche Wahl aus mehreren Optionen später nachteilig erweist (Pierson 2000: 254).

Die Beispiele aus der Technologie lassen sich auf die soziale und politische Welt übertragen. Im Wesentlichen gibt es sie als drei Arten von Mechanismen, die zu steigenden Erträgen führen: die materiellen, die politischen und die kognitiven. So kann das erste Beispiel von hohen Gestehungskosten nicht nur als materieller Mechanismus wirken (Spital-Infrastruktur), sondern auch als politischer (grosser Aufwand beim Organisieren einer neuen Interessengruppe oder Partei). Ein positiver Feedback-Mechanismus, der auf kognitiver Ebene auftritt, können Lerneffekte sein: Weil wir sogenannte mentale Landkarten haben, sind wir bei der Informationsverarbeitung voreingenommen und nehmen jene Informationen stärker wahr, die in unser Weltbild passen. Insofern lernen wir tendenziell einseitig und werden in unserem Weltbild weiter bestärkt (Pierson 2000: 260).

Für die Politik identifiziert Pierson (2000: 263) vier Merkmale, die oft in Settings mit wachsenden Erträgen und pfadabhängigen Prozessen erkennbar sind. Erstens sind dies multiple Gleichgewichte. In einer bestimmten Ausgangssituation, die steigende Erträge fördert, sind anfänglich immer mehrere Optionen möglich. Das zweite Merkmal ist Kontingenz. Relativ kleine und unbedeutend scheinende Begebenheiten können grosse und langfristige Konsequenzen haben, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt passieren. Drittens sind Timing und Abfolge von Bedeutung – was zudem eine Grundidee des HI ist. Frühere Bege-

benheiten in einer Abfolge haben grössere Wirkung, als wenn sie erst später auftreten würden (vgl. das Bild vom Baum mit seinen Ästen). Die vierte Eigenschaft ist Trägheit. Hat sich ein Prozess wachsender Erträge einmal etabliert, ist es möglich, dass das positive Feedback zu einem einzigen Gleichgewicht führt, das wiederum gegen Wandel äusserst resistent ist.

Die Stärken und Schwächen der Critical-Juncture- und der Policy-Feedback-Literatur sieht Thelen (1999) wie folgt: Die Weggabelungsliteratur besticht dadurch, dass sie das Thema von Abfolge und Timing in ihre Analyse integriert und dem ein entsprechendes Gewicht gibt. Dabei berücksichtigt sie insbesondere, wie laufende politische Prozesse miteinander interagieren und welchen Effekt das für die institutionellen und anderen Outcomes hat. Hingegen hat diese Literatur Mühe zu erklären, wie diese Umwälzungen in ein anhaltendes politisches Vermächtnis überführt werden. Schliesslich sehen historische Institutionalistinnen und InstitutionalistInnen Institutionen als bleibendes Erbe politischer Kämpfe (Thelen 1999: 388). Gerade umgekehrt sieht es in der Policy-Feedback-Literatur aus. Mit Konzepten wie den steigenden Erträgen und Lock-in-Effekten aufgrund der bereits erwähnten Vested Interests hat diese Literatur überzeugende Erklärungen für die Kontinuität von Institutionen. Hingegen fehlt es an vergleichbar starken analytischen Instrumenten zum Verständnis von Wandel (Thelen 1999: 388, 394).

Pierson (2000) gehört mit seinem Fokus auf Feedback-Effekte und steigende Erträge zur zweiten Kategorie. Er nimmt aber Thelens (1999: 388) Kritik auf, die Policy-Feedback-Literatur habe ein übermässig statisches Bild von Institutionen. Er räumt ein, dass Wandel nach dem Erreichen eines Pfades mit steigenden Erträgen nicht einfach aufhört, sondern weitergehe, es sich dabei aber um begrenzten Wandel («Bounded Change») handele (Pierson 2000: 265). Die jüngere reichhaltige institutionalistische Literatur der letzten zehn bis fünfzehn Jahre nimmt diese Kritik auf, indem sie neue theoretische Konzepte zur Erklärung dieses kontinuierlichen Wandels entlang eingeschlagener Entwicklungspfade präsentiert (Mahoney und Thelen 2010; Streeck und Thelen 2005b; Thelen und Mahoney 2010).

6.2 Institutioneller Wandel als inkrementeller Prozess – ein Literaturüberblick

Als Gegenentwurf zum übermässigen Fokus auf lange Phasen von Stabilität, die von gelegentlichen kurzen Momenten des Umbruchs unterbrochen werden, bringen verschiedene Autorinnen und Autoren ab den 2000er Jahren Konzepte inkrementellen institutionellen Wandels ins Spiel (Mahoney und Thelen 2010: 6f.). Prominent vertreten sind Forschende aus der Wohlfahrtsstaatenliteratur, die sich mit sozialstaatlichen Reformen beschäftigen (Béland 2007; Bonoli 2012; Hacker 2004; Hacker et al. 2015; Palier 2005; Streeck und Thelen 2005a) und dabei auf der von Pierson (1994, 1996) geprägten wohlfahrtsstaatlichen Retrenchment-

Literatur aufbauen, welche die besondere *Qualität* von Sozialstaatsabbau herausarbeitet und verschiedene *Strategien* der politischen Entscheidungsträger im Umgang damit identifiziert (siehe anschliessendes Kapitel 6.3). Im Wesentlichen geht es darum, dass diese Reformen oftmals mit unbeliebten Einsparungen verbunden sind, was potenziell grossen Widerstand bei den Betroffenen auslöst, weshalb ein direkter Angriff auf wohlfahrtsstaatliche Institutionen für Politikerinnen und Politiker wenig Erfolg verspricht (Pierson 1994, 1996). Die Literatur zu institutionellem Wandel hat diese Überlegungen weiterentwickelt und fokussiert stärker auf die Arten institutionellen Wandels, ihre Bedingungen und Folgen als auf die (Reform-)Strategien.

Die vier bekanntesten Arten institutionellen inkrementellen Wandels sind «Displacement», (bei Hacker 2004 ist es «Revision»), «Drift», «Conversion» und «Layering», welche ab den 2000er Jahren zunehmend in den Fokus rücken und in verschiedenen empirischen Kontexten nachgewiesen werden. Im Zentrum stehen dabei vorwiegend Institutionen im Sinn von formellen und teils informellen Regeln und Gesetzesnormen oder auch Politikprogramme (z. B. Rentensysteme, Sozialabgaben, Arbeitslosenversicherungen usw.), die vor allem als Verteilungsinstrumente voller Machtimplikationen zu verstehen seien (Mahoney und Thelen 2010: 7f.). Wie in der historisch-institutionalistischen Literatur allgemein ist Macht ein entscheidender Aspekt, der in anderen Bereichen der Politikwissenschaft seit längerer Zeit vernachlässigt worden sei (Pierson 2015). In einem historisch-institutionalistischen Institutionenverständnis zeitigen Institutionen Verteilungswirkungen. Demnach begünstigen bestehende Institutionen die einen, die somit ein Interesse an deren Aufrechterhaltung haben. Anders als die scheinbare Stabilität vermuten liesse, werden Institutionen nicht automatisch aufrechterhalten. Es erfordert die laufende Mobilisierung von politischer Unterstützung und, im Fall von Mehrdeutigkeiten in den institutionellen Regeln, sich aktiv darum zu bemühen, dass diese im eigenen Sinn ausgelegt werden (Mahoney und Thelen 2010: 8f.), weil sonst andere sie für eigene Zwecke in Beschlag nehmen könnten. Dies impliziert, dass Veränderungen von Machtgleichgewichten zu institutionellem Wandel führen können. Derartiger Wandel geschieht oftmals nicht direkt, indem eine Institution eine andere ablöst (Displacement), sondern subtiler, indem bestehende Regeln neu ausgelegt oder ergänzt werden, was über die Zeit zu grossen Effekten führen kann. Bei *Drift* werden Institutionen oder Politiken bewusst beibehalten, während ihr Kontext sich verändert hat, wodurch sie ihre ursprünglich intendierte Funktion verlieren (Hacker et al. 2015: 180). Ein klassisches Beispiel dafür ist der Minimallohn in den USA, welcher nicht automatisch an die Teuerung angepasst wird. Aufgrund von Inflation verliert er über die Zeit an Wert und Bedeutung, sofern keine Gesetzesanpassungen stattfinden. Akteure, die Wandel über *Drift* anstreben, müssen also lediglich den Status quo verteidigen und eine Anpassung der geltenden Regeln verhindern (Hacker et al. 2015: 180). Im Fall von *Conversion* (Umwandlung) behalten die Institutionen ihre äussere Form, allerdings werden die Regeln – anders als bei *Drift* – bewusst neu interpretiert und Akteure widmen sie gezielt für neue

Zwecke um (Hacker et al. 2015: 185; Mahoney und Thelen 2010: 17). Institutionen sind damit multifunktional und können konvertiert werden, sofern sie einen gewissen Interpretationsspielraum hinsichtlich ihrer Ziele bieten, diese Ziele politisch umstritten sind und die politischen Akteure auch tatsächlich in der Lage sind, eine Umwidmung durchzusetzen, ohne dabei die formellen Regeln ändern zu müssen (Hacker et al. 2015: 185). Bei *Layering* werden neue Regeln hinzugefügt, ohne die alten aufzuheben, was dennoch das Akteursverhalten ändert (Mahoney und Thelen: 16). Ein Beispiel aus dem Rentenbereich ist, wenn zusätzlich zur obligatorischen Altersrente nach Umlageverfahren (wie die Schweizer Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)) steuerliche Anreize für eine private Altersversicherung eingeführt werden. Wenn viele Menschen diese Möglichkeit nutzen, verliert so über die Zeit die obligatorische Rentenversicherung zugunsten der privaten Vorsorge an Bedeutung, was etwa Kürzungen in der obligatorischen Rente vereinfacht (Hacker 2004: 255 f.).

Das Buchkapitel «Ambiguous Agreement, Cumulative Change: French Social Policy in the 1990s» von Palier (2005) ist ein früher Forschungsbeitrag, der mit diesen Konzepten arbeitet. Anhand von Reformen des Wohlfahrtsstaates weist Palier (2005) nach, wie kontinuierlicher institutioneller Wandel ohne exogene Schocks zu weitreichenden Veränderungen führt. Er beschreibt die französische Sozialpolitik der 1990er Jahre als Fall von *Layering*, das in seiner Summe den Charakter des französischen Wohlfahrtsstaates grundlegend verändert habe. Damit diese Art von pfadverändernden Reformen gelingen kann und politische Mehrheiten findet, brauchte es in Frankreich gemäss Palier (2005: 130 f.) erstens eine allgemein akzeptierte Diagnose, dass die bestehenden Politiken gescheitert sind. Zweitens erarbeiteten Entscheidungsträger Alternativen, die sich primär dadurch auszeichneten, das Gegenteil von den vorherigen Massnahmen zu sein, anstatt das neue Problem direkt anzugehen. Drittens – und dies ist besonders interessant – führt er den Terminus des «Ambiguous Agreement» ein. Es ist ein Weg, wie eine Einigung zwischen den Akteuren erzielt werden kann, indem bewusst Interpretationsspielraum integriert wird, sodass «neue Massnahmen von einer Vielzahl unterschiedlicher Gruppen (politische Parteien, Verwaltungen, Gewerkschaften, Arbeitgebern und anderen) akzeptiert werden, aber aus unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlichen Interessen. Sie haben weder eine gemeinsame Vision der Reformen noch die gleichen Interessen an den Massnahmen» (Palier 2005: 131, eigene Übersetzung). Aber weil alle mit einem Teil der Massnahmen zufrieden sind und ihre Interessen darin repräsentiert sehen, gelingt eine Einigung.⁷⁷ Viertens werden die Massnahmen eher am Rand der bestehenden Institutionen eingeführt «als ob ihr Zweck nur darin bestünde, das System zu reparieren oder zu ergänzen, aber sie entwickeln sich zu einem sehr wichtigen Faktor, der die gesamte Entwicklung des Wohlfahrts-

77 In einem ähnlichen Sinn argumentiert Häusermann (2018), die in dieser Art von mehrdeutigem Einvernehmen zwischen ideologisch unterschiedlich ausgerichteten Akteuren und politischem Austausch die Ursache für den spezifischen Wandel der deutschen Familienpolitik sieht.

staates verändert» (Palier 2005: 131). Diese bewusst gewählten Strategien zur Einführung einer bestimmten Massnahme sind aber nicht zu verwechseln mit einem übergeordneten Masterplan einiger Akteure, grundlegenden Wandel herbeizuführen. Vielmehr ist es die Summe unterschiedlicher Reformen – hier in Form von Layering –, welche den französischen Wohlfahrtsstaat transformiert. Der Beitrag identifiziert eine ganze Reihe von Bedingungen, welche erst in ihrer Kombination zu wohlfahrtsstaatlichen Veränderungen führten, ohne dass ein radikaler Bruch oder ein exogener Schock stattgefunden hätten.

6.3 Der Rückbau des Wohlfahrtsstaats aus historisch-institutionalistischer Perspektive

Vor dieser eben präsentierten Literatur zu inkrementellem Wandel entwickelte sich in den 1990er Jahren in der Wohlfahrtsstaatenforschung eine historisch-institutionalistisch geprägte Retrenchment-Literatur, die sich mit den Mechanismen beim Rückbau von wohlfahrtsstaatlichen Programmen beschäftigt. Pierson prägte die Debatte in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung mehr als ein Jahrzehnt lang (Bonoli 2012: 93) mit seinen beiden viel zitierten Forschungsbeiträgen «Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment» (1994) und «The New Politics of the Welfare State» (1996) sowie dem Pfadabhängigkeit spezifizierenden Artikel «Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics» (2000).⁷⁸ Seine Diagnose ist, dass sich die westlichen Wohlfahrtsstaaten nach langen Jahrzehnten des Ausbaus seit dem Ölpreisschock in den 1970er Jahren in der Krise befinden und die Zeichen auf Austerität stünden (Pierson 1996: 143f.). Statt Sozialprogramme grosszügig ausbauen zu können, gilt es seither, die Programme zu reformieren, damit sie finanzierbar bleiben. Anhand einer Analyse der Reformbestrebungen in Deutschland, England, Schweden und den USA stellt Pierson (1994, 1996) fest, dass die Wohlfahrtsstaaten von Sparmassnahmen weit stärker verschont blieben und sich widerstandsfähiger zeigten, als dies mit den üblichen Theorien zu vermuten wäre (Pierson 1996: 144). Findet ein Abbau dennoch statt, geht es für die verantwortlichen Politikerinnen und Politiker darum zu verhindern, dass ihnen die Schuld dafür zugewiesen werden kann (Blame-Avoidance). Das Gegenstück des Credit-Claiming, das Einheimsen von Lob und Anerkennung, findet in diesem Kontext hingegen kaum statt.

Diese Arbeiten sind in einem wissenschaftlichen Kontext zu sehen, in dem über lange Zeit hinweg vor allem versucht wurde, Unterschiede im Ausbau (Sozialausgaben; Huber et al. 1993), in der Ausbaugeschwindigkeit (Nachzügler

78 «Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment» (1994) wurde gemäss Google Scholar 6291-mal zitiert, «The New Politics of the Welfare State» (1996) erreicht 6051 Zitationen und «Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics» (2000) 9928 Zitationen (Suchabfragen auf scholar.google.com, Stand 8. April 2022).

in der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung; Armingeon 2001; Obinger 1998; Pierson 1995) und Existenz und Implikationen unterschiedlicher Typen von Wohlfahrtsstaaten (klassisch: Esping-Andersens (1990) «Three Worlds of Welfare Capitalism») zu erklären. Typische Erklärungsfaktoren für die Unterschiede der Wohlfahrtsstaaten sind: erstens die Stärke linker Parteien und Gewerkschaften («Power Resources»; Korpi 1983), wonach eine starke Linke zu grosszügig ausgebauten Wohlfahrtsstaaten führt und deren Absenz zu minimalen Wohlfahrtsstaaten. Zweitens verfolgen laut der Parteiendifferenzhypothese (Hibbs 1977) die Parteien aufgrund ihrer Ideologie und Klientel eine unterschiedliche makroökonomische Politik: linke Regierungen betreiben eine expansive Geldpolitik zur Sicherung von Arbeitsplätzen und Wachstumsförderung, während rechte Regierungen eher eine Politik der Austerität betreiben, was zu unterschiedlichen Wohlfahrtsstaaten führt. Eine dritte Erklärung beruht auf der staatlichen Handlungsfähigkeit beziehungsweise der Anzahl institutioneller Vetopunkte (Tsebelis 2002). Pierson (1994, 1996) ist vor diesem Hintergrund der wissenschaftlichen Debatte einer der ersten, die argumentieren, dass sich der Ausbau und der Abbau des Wohlfahrtsstaates in ihrer Logik fundamental unterscheiden und es für einschneidende Reformen nicht reicht, dass Pro-Wohlfahrtsstaats-Kräfte schwächeln oder wirtschaftsliberale Kräfte an der Macht sind. Die Gründe dafür sind einerseits, dass diese Reformen bei der Bevölkerung unbeliebt sind und sich andererseits der Kontext seit Einführung der Programme gewandelt hat, weshalb sie grosse politische (Wiederwahl-)Risiken bergen (Pierson 1996: 178). Deshalb können nicht einfach die Hypothesen eins zu eins umgekehrt werden. So wäre es beispielsweise untauglich zu behaupten, dass sich Reformen einfach durchsetzen lassen, wenn in einem Land mit wenigen Vetopunkten eine reformwillige, wirtschaftsliberale Partei an der Macht ist, die keine starke Linke zu fürchten braucht. Denn in diesem Fall wäre die politische Zuschreibung einer unbeliebten Massnahme sehr einfach und den Verantwortlichen drohte die Abwahl (Pierson 1996: 151f.).

Wie ich in den folgenden Unterkapiteln nachzeichne, führt Pierson diese politischen Schwierigkeiten unter anderem auf pfadabhängige Entwicklungen des Kontexts zurück. Piersons Beiträge von 1994 und 1996 laufen darauf hinaus, dass die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger bestimmte Strategien anwenden, um ihre Verantwortung für den Abbau zu verschleiern und sich diese je nach institutionellem Kontext unterscheiden.

6.3.1 Warum und wie sich der Rückbau des Wohlfahrtsstaates vom Ausbau unterscheidet

Der Ausbau von sozialstaatlichen Leistungen kann generell als ein Prozess des politischen Credit-Claiming betrachtet werden, solange Bedenken hinsichtlich der Finanzierung ausgeräumt werden können (Pierson 1996: 144). Politikerinnen und Politiker profilieren sich gerne mit entsprechenden Entscheidungen und eingeführten Massnahmen. Doch kommt es so weit, dass aufgrund einer

ökonomischen Schieflage des Staatshaushalts Reformen angezeigt sind, erweist sich ein Zurücknehmen von einmal zugesicherten Sozialleistungen als äusserst schwierig. Denn abgesehen von zu erwartendem Widerstand der politischen Gegnerinnen und Gegner (z.B. linke Parteien und Gewerkschaften), haben die Sozialprogramme selbst den politischen Kontext verändert (Pierson 1996: 146). Es haben sich die bereits besprochenen Vested Interests entwickelt, d.h. aufgrund früher eingeführter Programme gibt es nun Gruppen von Menschen oder Organisationen, die davon profitieren und (gesetzlich) berechnete Interessen entwickelt haben. So lösen beispielsweise Änderungen in der Agrarpolitik, wie eine Reduktion von Subventionen – oder dass sie an Bedingungen geknüpft werden –, in der Schweiz intensive Lobbyingaktivitäten oder öffentliche, politische Proteste aus (Häfliger 2014; NZZ 2014; SRF 2014). Von einer historisch institutionalistischen Warte aus gilt es zudem grundsätzlich zu betonen, «dass die politischen Entscheidungsträger von heute in einem Umfeld agieren, das im Wesentlichen von der Politik der Vergangenheit geprägt ist, anstatt davon auszugehen, dass die aktuelle Politik die Konflikte einer früheren Ära widerspiegelt» (Pierson 1996: 197, eigene Übersetzung).⁷⁹ Mit dem ersten Teil des Zitats spricht Pierson an, dass frühere Politiken den Kontext prägen und verändern. Es genügt also nicht anzunehmen, dass Reformen dann stattfinden, wenn Gegnerinnen und Gegner eines ausgebauten Wohlfahrtsstaates komfortable politische Mehrheiten haben. Denn grosse Sozialprogramme werden Teil der politischen Landschaft und schaffen ihrerseits Begünstigte im Sinne von Leistungsempfängern oder werden zu wichtigen Arbeitgeberinnen, wie z.B. das Schul- und Gesundheitswesen (Pierson 1996: 146). Folglich schaffen frühere Politiken neue Interessengruppen beziehungsweise Direktbetroffene, die etwas gegen einschneidende Massnahmen einzuwenden haben.

Mit Blick auf einen Rückbau (von Elementen) des Wohlfahrtsstaates formuliert es Pierson (1996: 178f., eigene Übersetzung) vor diesem Hintergrund so: «Frontalangriffe auf den Wohlfahrtsstaat bergen enorme Wahlrisiken. Die heutige Politik des Wohlfahrtsstaates ist die Politik der Schuldvermeidung.» Wollen die politisch Verantwortlichen nicht abgewählt werden – und davon geht Pierson aus –, geht es für sie in erster Linie darum, ebendiese Verantwortung zu verschleiern und Blame-Avoidance zu betreiben. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die Kosten eines Abbaus sichtbar und konzentriert sind, die Vorteile jedoch diffus und auf viele verteilt anfallen. Diese Problematik wird in zweierlei Hinsicht verstärkt. Erstens haben konzentrierte Interessen eine weitaus höhere

79 Ein Paradebeispiel dafür ist das erforderliche Ständemehr bei Verfassungsänderungen in der Schweiz. Geschaffen wurde es, um den vorwiegend katholisch-konservativen Verlierern des Sonderbundskrieges einen gewissen Minderheitenschutz zu gewähren. Das Ständemehr ist noch heute wirkmächtig, auch wenn die Konfliktlinie zwischen katholisch-konservativen und liberalen bzw. säkularen Kräften kaum noch politisch relevant ist. Dennoch prägt das Ständemehr den Spielraum der Politikentwicklung, weil es zu einem Vetopunkt für ländliche Interessen kleiner Kantone geworden ist (Mueller und Vatter 2020).

Organisationsfähigkeit und sind somit politisch in einer stärkeren Position (Bonoli 2012: 94; Pierson 1996: 144f., 175). Zweitens berücksichtigen Direktbetroffene eines Abbaus mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit ihre Erfahrungen bei Wahlentscheiden und strafen Verantwortliche politisch ab, insbesondere wenn es sich um Verluste handelt (Pierson 1996: 146), was gemeinhin als «Negativity Bias» bezeichnet wird (Bonoli 2012: 94; Kahnemann 2012: 371). Entsprechend müssen Entscheidungsträger zwischen ihren politischen Präferenzen und ihren Wiederwahlchancen abwägen, wenn sie einen Sozialabbau befürworten. Deshalb hätten die Politikerinnen und Politiker in Regierungsverantwortung auch einen stärkeren Anreiz, Schuldzuweisungen zu vermeiden, als aktiv nach Anerkennung zu streben (Credit-Claiming, Bonoli 2012: 94; Pierson 1994: 18f.).

6.3.2 Einflüsse des institutionellen Settings auf die Sichtbarkeit politischer Entscheidungen

Mit der Abwägung der Wiederwahlchancen offenbart sich ein weiterer Aspekt. Nicht jedes politische System erlaubt es den Wählerinnen und Wählern in gleichem Ausmass, die Verantwortung für politische Entscheidungen der Regierung zuzuschreiben. Das heisst, dass in Ländern mit klaren Mehrheitsverhältnissen und politischer Machtkonzentration radikale Reformen zwar grundsätzlich möglich wären, dafür das Abwahlrisiko am grössten ist, weil Wählerinnen und Wähler die Verantwortung für unliebsame Entscheidungen leicht zuordnen können. Damit sind hier Strategien der Blame-Avoidance besonders wichtig. In politischen Systemen mit grösserer Machtteilung zwischen verschiedenen Staatsebenen (Föderalismus), bei grossen Regierungskoalitionen usw. gibt es grundsätzlich mehr Vetopunkte, was radikale Reformen per se schwieriger macht, hingegen ist weniger sichtbar, wer nun genau die Verantwortung dafür trägt (Pierson 1996: 174; Tsebelis 2002). Im Wesentlichen stellt Pierson (1996: 176f.) vier Hypothesen zu den Bedingungen für bedeutende Reformen auf: Erstens sind radikale Reformen dann möglich, wenn sich die Regierung in einer ausreichend starken Position wähnt, um ein schlechtes Wahlergebnis verkraften zu können. Zweitens eröffnet eine Krise des Staatshaushalts ein temporäres Fenster für Reformen (Window of Opportunity) – was an Weggabelungen erinnert. Das erlaubt es der Regierung, Einsparungen als Rettungsversuch des Wohlfahrtsstaates darzustellen anstatt als einen Angriff darauf («Framing»). Um glaubwürdig zu sein, erfordere dies allerdings, dass mit der Opposition beziehungsweise mit allen politischen Lagern eine Verständigung gesucht werde. Drittens kommt es auf die Unterschiede in den politischen Systemen an. In Systemen mit Machtkonzentration sind die Verantwortlichen stark davon abhängig, dass ihnen die Schuld nicht zugewiesen werden kann. Dafür sind sie politisch freier, Wege zu finden, um Kürzungen zu verschleiern. In machtteiligen Systemen wiederum sind eher Gesamtpakete gefordert, um möglichst wenig verschiedene Massnahmen an den zahlreichen Vetospielern vorbeizulotsen. Hingegen ist die politische Zuschreibung per se weniger direkt, was wiederum

ein Vorteil ist. Viertens kann die Aussicht von grosser Bedeutung sein, die Spielregeln ändern zu können, wenn dadurch längerfristig die Machtverhältnisse verändert werden können.

6.3.3 Strategien im Umgang mit der Sichtbarkeit politischer Entscheidungen

Um erfolgreich Retrenchment zu betreiben, ist die Sichtbarkeit politischer Entscheidungen wichtig. Es geht darum, wie solche Entscheidungen präsentiert werden (müssen), um den Widerstand gegen sie zu minimieren. Entsprechend der eben referierten Hypothesen Piersons unterscheiden sich die Bedingungen dafür je nach System, weshalb unterschiedliche Strategien gefordert sind. Wie bei anderen liegt auch bei Pierson (1994, 1996) dabei der Fokus auf Blame-Avoidance (Bonoli 2012: 93), die laut Pierson (1994) über drei Hauptstrategien funktioniert: erstens den wahren Zweck einer Reform zu verschleiern («Obfuscation»), zweitens die Öffentlichkeit zu teilen, indem die Kürzungen nur begrenzte gesellschaftliche Gruppen treffen («Division») und drittens Betroffene anderweitig für ihre Verluste zu kompensieren («Compensation»; Elmelund-Præstekær und Emmenegger 2013: 26). Die erstgenannte Strategie ist allerdings politisch hoch riskant, denn sollte die Verschleierungstaktik enttarnt werden, fühlen sich die Wahlberechtigten erst recht betrogen und werden die Regierung an der Urne abstrafen. Verwenden Politikerinnen und Politiker die zweite und dritte Strategie, stehen sie hingegen dazu, dass die Massnahmen unbeliebt sind, und versuchen, sie etwas weniger unbeliebt zu machen (Elmelund-Præstekær und Emmenegger 2013: 27). Eine gern gewählte Möglichkeit dazu ist das sogenannte «Phasing-in», bei dem Kürzungen schrittweise oder erst in der Zukunft eingeführt werden (Bonoli 2012). Bei all diesen Strategien werden die Entscheidungsträger als «Vote-Seeking» verstanden, d.h. sie streben primär die Wiederwahl an, aber nicht nur. Sie sind auch «Policy-Seeking» und wollen ihre politischen Programme umsetzen, die unter Umständen unbeliebt sind (Bonoli 2012). Folglich müssen sie abwägen, wie stark die Umsetzung ihrer politischen Ziele in Konflikt zu den Wiederwahlchancen stehen.

Diese analytische Perspektive auf politische Reformbemühungen lässt sich dem Blame-Avoidance/Credit-Claiming-Framework (Weaver 1986) zuordnen. Der Ansatz ist ausserordentlich einflussreich in der Forschung und erfolgreich im Erklären verschiedener Reformprozesse und insbesondere deren Scheitern, wobei Bonoli (2012: 94 f.) aufgrund einiger Anomalien Überarbeitungsbedarf ortet. Insbesondere könne der Ansatz nicht überzeugend genug erklären, wie es dazu komme, dass gelegentlich Regierungen Kürzungen zum Credit-Claiming verwenden (Bonoli 2012: 96).⁸⁰ In ein ähnliches Horn stossen Elmelund-Præ-

80 Allerdings eröffnet insbesondere die zweite von Piersons eben besprochenen Hypothesen genau diese Möglichkeit des Framings von Kürzungen als Rettungsversuch des Wohlfahrtsstaates, wenn er auf das Reformfenster bei Budgetkrisen hinweist.

tekær und Emmenegger (2013), die die Grundannahme kritisieren, dass wohlfahrtsstaatliche Reformen per se unpopulär seien. Vielmehr gehe es darum, was die Alternativen zur Reform seien und wie diese dargestellt würden – also sowohl um den Inhalt als auch ihre Darstellung, das Framing (Elmelund-Præstekær und Emmenegger 2013: 24). Dies passt gut zusammen mit Bonolis (2012: 101) Argument, dass gerade in Momenten der Krise Politikerinnen und Politiker einschneidende Reformen für Credit-Claiming verwenden, indem sie sich als verantwortungsvolle Entscheidungsträger profilieren, die harte Entscheidungen treffen können, wenn diese nötig seien. Damit entsteht eine Situation, in der Kürzungsvorlagen plötzlich mit Vote-Seeking kompatibel werden.

Bonoli (2012: 102f.) gibt jedoch zu bedenken, dass auch in Krisensituationen die Verlierer einer Reform sich formieren und gar als Vetospieler herausstellen können, weshalb eine Regierung in ihren Reformbestrebungen wahrscheinlich den Weg des geringsten Widerstandes wähle. Mittel dazu seien lange Einführungszeiträume (Phasing-in) oder die Konsequenzen möglichst auf Gruppen zu konzentrieren, die voraussichtlich weniger Widerstand leisten würden, weil sie politisch schlechter organisiert sind, z. B. Junge im Zusammenhang mit Rentenreformen (Bonoli 2012: 102f.). Inwiefern sich das von der bereits besprochenen Strategie der Teilung (Division) unterscheidet, bleibt allerdings unklar. Insbesondere im Bereich der Neuausrichtung von wohlfahrtsstaatlichen Programmen bietet sich Regierungen auch die Gelegenheit des «affordable credit claiming» (Bonoli 2012: 103ff.). Dabei handelt es sich um Gelegenheiten, mit relativ wenig finanziellen Mitteln sichtbare Effekte zu erzielen. Ein klassisches Beispiel dafür sind Massnahmen zur Stärkung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie. Die Förderung von Krippenplätzen ist vergleichsweise günstig und durch eine erhöhte Erwerbsbeteiligung von Frauen steigen gleichzeitig die Wirtschaftsleistung und das Steueraufkommen. Diese Strategie funktioniert teilweise als Schmiermittel für die bereits erwähnten Ambiguous Agreements (Häusermann 2018; Palier 2005).

Dies ist keine abschliessende Listung möglicher Reformansätze und Strategien, aber sie vermittelt einen guten Überblick. Gerade im Umfeld der anfangs vorgestellten Literatur zum institutionellen Wandel gibt es zahlreiche weitere Beiträge zu konkreten Reformprozessen und wie sie mit Hilfe der Vierer-Typologie (Displacement, Drift, Conversion und Layering) institutionellen Wandel erklären können. Sie eröffnen aber auch die Möglichkeit, Reformen und Wirkweisen in verschiedenen institutionellen Settings zu vergleichen und so mehr über die Bedeutung weiterer Kontextfaktoren zu erfahren. Doch was hat all dies mit der interkantonalen Kooperation im Spitalbereich zu tun? Ich argumentiere im Folgenden, dass sich diese Wohlfahrtsstaatsperspektive auch auf den Spitalplanungskontext übertragen lässt und sich für den prozessorientierten Analyseteil der vorliegenden Publikation eignet. Die Strategien von Credit-Claiming und Blame-Avoidance lassen sich im Prozess der Etablierung der Kooperation nachweisen und dienen der Schaffung eines Reformkonsens.

6.4 Interkantonale Kooperation im Spitalbereich als drohender Abbau?

Auf den ersten Blick erscheint nicht klar, inwiefern diese Konzepte aus der Wohlfahrtsstaatenliteratur sich auf ein scheinbar komplett anderes Gebiet, nämlich interkantonale Kooperation, übertragen liessen. Im Folgenden argumentiere ich, dass es durchaus Anknüpfungspunkte gibt, und stelle dies anhand verschiedener Fragen dar. Dabei nehme ich Bezug auf den konkreten Untersuchungsgegenstand, insbesondere die Kooperation zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden und ihren Kantonsspitalern im Rahmen von LUNIS.

6.4.1 Spitalplanungen und Wohlfahrtsstaatsreformen

Der Wohlfahrtsstaat soll gegen verschiedene grundlegende «alte» soziale Risiken absichern wie Armut im Alter (Rentensystem), Arbeitslosigkeit, Invalidität und Krankheit, indem er insbesondere den Erwerbsausfall kompensiert (Huber und Stephens 2006: 143).⁸¹ Zu einer Krankenversicherung gehört in einem weiteren Sinn natürlich auch das Gesundheitssystem und damit das Spitalwesen. In der Schweiz ist zudem die öffentliche Hand eine wichtige Besitzerin von Spitälern. Die Kantone wiederum sind die zuständige Planungs- und Regulierungsinstanz, welche einen beachtlichen Teil der Spitalkosten auch finanziert. Damit sind Reformen im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes und wenn sie die Spitalplanung und -finanzierung betreffen immer auch «Wohlfahrtsstaatsreformen». Die verstärkte interkantonale Kooperation im Spitalbereich ist ein Ausdruck davon.

6.4.2 Spitalplanungen und Abbauszenarien (Retrenchment-Ansatz)

Wie aufgezeigt wurde, geht es in der Retrenchment-Literatur zentral darum, dass die angestrebten Reformen in der Bevölkerung unbeliebt sind und dass aufgrund von pfadabhängigen Entwicklungen eine Umkehr oder drastische Reformen schwierig sind. Diese Argumente sind auch für den Spitalbereich anschlussfähig: Angestrebte Kooperationen im Spitalbereich implizieren oftmals Beschränkungen im Leistungsangebot an einzelnen Standorten oder längerfristig gar Spitalschliessungen. Damit lässt sich Piersons (1996) historisch-institutionalistischer Erklärungsansatz für die Retrenchment-Politik in Wohlfahrtsstaaten auch auf die aktuelle Situation im Spitalbereich übertragen.

Im vorliegenden Untersuchungsbeispiel könnte ein Abbau die Schliessung einzelner Abteilungen oder eines ganzen Spitals sein, weil der Kanton dem Spital die entsprechenden Leistungsaufträge nicht erteilt hat, es so nicht mehr

81 Zu den «neuen» sozialen Risiken gehören die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Armutsrisiken aufgrund von Scheidungen, die Working-Poor-Problematik usw. Im Wesentlichen sind diese neuen Risiken mit der Arbeits- und Einkommenssituation in der post-industriellen Gesellschaft verknüpft (Huber und Stephens 2006).

zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen und den Ausfall nicht über Privatversicherte und direkte Verträge mit den Krankenversicherungen kompensieren kann. Die Kosten eines wahrgenommenen Abbaus durch Nicht-Erteilung von Leistungsaufträgen sind verlorene Arbeitsplätze. Und bei der Schliessung eines ganzen Standorts drohen zudem ein Verlust für die lokale Wirtschaft mit ihren Zulieferern, eine verringerte Standortattraktivität und tiefere Steuereinnahmen für die Standortgemeinde. Der erwartete Gewinn in Form von Kosteneinsparungen für die Steuerzahlerinnen und -zahler und einer höheren Behandlungsqualität aufgrund von grösseren Fallzahlen ist für die einzelne Person kaum spürbar. Im Gegensatz dazu sind drohende Entlassungen von Spitalangestellten ganz konkret. Es ist absehbar, dass diese sich wehren und gegen eine eventuelle Spitalschliessung protestieren werden. So demonstrierten im Dezember 2016 beispielsweise rund 300 Personen für den weiteren Erhalt des Spitals Heiden im Kanton Appenzell Ausserrhoden im Kontext der Schliessung der Chirurgie mit rund 45 Entlassungen (Egli 2016a, 2016b; Fuchs 2016). Umgekehrt fiel es schwer, Steuerzahlerinnen und -zahler zu mobilisieren, um für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu demonstrieren. Es liegt also die klassische Situation von diffusen Gewinnen bei klar erkennbaren, konzentrierten Verlusten vor (Olson 1965).

Ausserdem veranschaulicht das Beispiel von Heiden, dass im Spitalbereich über die Zeit Vested Interests entstehen, welche die politische Machtverteilung und öffentliche Meinung zugunsten eines Spitalerhalts verändert haben. So ist es allgemein eine Tatsache, dass Spitäler mit ihrer Infrastruktur eine ganze Gruppe von Nutzniesserinnen und -niessern schaffen: Arbeitnehmende erhalten eine Stelle und Zulieferbetriebe Aufträge; Gemeindepräsidentinnen und -präsidenten schätzen die Steuereinnahmen für die Gemeinde, weil gutverdienende Angestellte sich in Spitalnähe niederlassen; die Bevölkerung profitiert von einem wohnortnahen Gesundheitsangebot usw. Wie bereits für Heiden beschrieben gilt grundsätzlich: Wird ein Spital geschlossen, sind die Verlierer klar, der Nutzen von Kosteneinsparungen ist aber so breit verteilt, dass die einzelnen Prämien- beziehungsweise Steuerzahlerinnen und -zahler ihn kaum bemerken. Ganz ähnlich ist es für die Politikerinnen und Politiker. Aus Gründen der Blame-Avoidance möchte kaum jemand für die Schliessung eines Spitals verantwortlich gemacht werden, aus Angst die Wiederwahl nicht zu schaffen.⁸²

82 Dass diese Furcht durchaus reell ist, zeigt ein Beitrag von Lindbom (2014). Er weist für sozialdemokratische Lokalregierungen in Schweden nach, dass die Wahlberechtigten diese für Spitalschliessungen abstrafen, sofern sie eine valable Alternative haben. Für die Schweiz ist als anekdotisches Beispiel der St.Galler Gesundheitsdirektor Anton Grüninger zu erwähnen. Er wurde im März 2004 abgewählt, nachdem kurz vorher die Spitalräte der einzelnen Spitalregionen bekannt gegeben hatten, drei Spitalstandorte schliessen zu wollen (NZZ 2004). Unter der Nachfolgerin Heidi Hanselmann kam es vorerst nicht dazu, bis die Diskussionen um Spitalschliessungen 2018 wieder aufflammten und nun gar vier Standorte geschlossen werden (Gutheissung durch den Kantonsrat in 1. Lesung, Kantonsrat St.Gallen 2020).

Kurz zusammengefasst, aufgrund früher getroffener Entscheidungen – Spitalstandort, Leistungsangebot usw. – besteht ein ganzes Netzwerk an Betroffenen, die ein starkes Interesse an der Aufrechterhaltung eines Spitalstandorts haben. Ähnliches gilt auch bei weniger einschneidenden Massnahmen wie der Zuteilung von Leistungsbereichen.

6.4.3 Strategienwahl bei «Abbauszenarien» im Spitalplanungsbereich

Überträgt man Piersons (1994, 1996) Ansatz, sind demnach vor allem Strategien der Blame-Avoidance zu erwarten. Zwar ist die Schweiz aufgrund ihres föderalen Systems mit vielen Vetopunkten und machtteiligen Konkordanzregierungen eher weniger anfällig für aktive Blame-Avoidance, da die Entscheidungen sowieso auf verschiedene Instanzen verteilt sind. Dennoch findet eine Schuldzuweisung – ob zu Recht oder zu Unrecht – für unbeliebte Entscheide sehr wohl statt. Auf Kantonsebene hat die Stimmbevölkerung aufgrund der Volkswahl der Regierung die Möglichkeit, einzelne Regierungsmitglieder abzuwählen, wenn sie mit Entscheidungen unzufrieden ist, die ein bestimmtes Ressort betreffen (vgl. Fussnote 82). Während die Stimmbevölkerung wohl weniger Parteien abstraft, haben die einzelnen Regierungsmitglieder durchaus eine Abwägung zwischen dem Vote-Seeking und dem Policy-Seeking zu treffen. Nachdem bereits ausgeführt wurde, dass die wohlfahrtsstaatliche Literatur und der Retrenchment-Ansatz auf den Spitalbereich übertragbar sind, zeigt sich im Fall des Strategienrepertoires erneut, dass dieser Forschungsansatz für den Spitalbereich angemessen ist.

Um zu illustrieren, dass horizontale Kooperation im Spitalbereich als drohender Abbau im lokalen Spitalangebot angesehen werden kann, weil deshalb Leistungsaufträge nicht (mehr) erteilt werden, lassen sich folgende Szenarien und Wirkungszusammenhänge für den Spitalbereich analog zu Pierson (1996) aufstellen:

Ausgangslage: Die interkantonalen Empfehlungen der GDK beziehungsweise das SPLG-Konzept mit seinen Mindestfallzahlen erfordern, dass Leistungsaufträge in einigen Bereichen an ein anderes Spital mit höheren Fallzahlen erteilt werden. Das nächstgelegene grössere Spital liegt im Nachbarkanton. Folgt die Regierung dem SPLG-Konzept und den interkantonalen Richtlinien und erteilt neu den Leistungsauftrag an ein ausserkantoniales Spital?

Szenario I: Der Wegfall dieses Leistungsauftrags ist für das Spital zwar schmerzlich, aber verkraftbar. Die Regierung folgt den interkantonalen Empfehlungen, ohne allzu grossen Widerstand befürchten zu müssen.

Szenario II: Der Wegfall des Leistungsauftrags bedeutet die Schliessung einer Abteilung. Die langfristigen Auswirkungen auf das (öffentliche) Spital könnten bis zu einer Spitalschliessung reichen. In diesem Fall wird sich voraussichtlich Widerstand formieren. Die unterschiedlichsten spezifischen Interessen mobilisieren sich, vom betroffenen Spitalpersonal, über das Gemeindepräsidium – das

um Arbeitsplätze, Steuereinnahmen und die Standortattraktivität fürchtet – bis hin zur lokalen Bevölkerung. Die Kantonsregierung kann nun

- a) eine Strategie der Blame-Avoidance fahren, indem sie versucht, die Schuld für den Entzug des Leistungsauftrags den Mindestfallzahlen im SPLG-Konzept zu geben; allenfalls kann sie den drohenden Wegfall des Leistungsauftrags mit einer Übergangsfrist abfedern, um dem Spital die Chance zu geben, die Mindestfallzahlen doch noch zu erreichen. Kommt es dann gleichwohl dazu, dass die Mindestfallzahlen nicht erreicht wurden und folglich der Leistungsauftrag nicht erteilt wird, kann die Regierung auf die erteilte Schonfrist und die interkantonalen Kriterien und deren Qualitätsanforderungen (qua Mindestfallzahlen) verweisen (erneute Blame-Avoidance);
- b) den Konflikt im eigenen Kanton vermeiden, indem sie eine Ausnahmeregelung definiert, warum genau dieses Spital in genau dem Bereich nicht den Mindestfallzahlen genügen müsse. Damit macht sich der Kanton jedoch angreifbar. Andere Spitäler könnten klagen, dass sie benachteiligt werden, weil für sie keine Ausnahmen definiert wurden usw. Aber auch auf der interkantonalen Bühne werden Ausnahmen nicht gerne gesehen, weil dies die Harmonisierungswirkung und Verbindlichkeit des SPLG-Konzepts aufweicht.

Szenario III: Der Wegfall des Leistungsauftrags in einem Leistungsbereich kann mit einem zusätzlichen Leistungsauftrag des Nachbarkantons in einem anderen Bereich (teilweise) kompensiert werden. In dem Fall sind allenfalls auch Strategien des Credit-Claiming durch die Regierung möglich. Die von der Schliessung eines Leistungsbereichs betroffenen Mitarbeitenden könnten sich dennoch formieren und ihren Vested Interests Ausdruck verleihen. Allerdings ist zu vermuten, dass die Koalition der Gegner viel schmaler ausfällt und entsprechend der politische Druck wesentlich kleiner ist.

Diese Szenarien sind illustrativer Natur und nicht abschliessend. Sie vermitteln einen Eindruck, wie die Interessenlage im Bereich der Spitalplanung aussehen könnte. Anhand der geführten Interviews gibt es nota bene Hinweise darauf, dass diese Szenarien durchaus realistisch sind. Vor allem die Szenarien II a im Sinn von Übergangsfristen (BE 2017; SO 2017: 28; SZ 2017; VD 2018; ZH 2017) und II b im Sinn von regional begründeten Ausnahmen oder Auflagen zur Kooperation (BE 2017; Interviewaussage; TG 2016) zeigen sich in den kantonalen Spitallisten oder wurden in den Expertengesprächen genannt. Aber auch das Szenario I fand Erwähnung. Die nicht erteilten Leistungsaufträgen seien teils gut akzeptiert worden, teils haben die Spitäler dagegen juristische Beschwerde eingereicht (GDK o.J.; Interviewaussage).

6.5 Forschungsagenda für die Fallstudie

Die Ausführungen in Kapitel 6.4 veranschaulichen, dass auch für den Schweizer Spitalbereich etliche Phänomene auftreten, die Pierson (1996) im Zusammenhang mit seiner Retrenchment-Studie in vier Ländern beobachten konnte. Es lohnt sich deshalb, einen Schritt weiter zu gehen und diesen historisch-institutionalistischen Analyserahmen von Blame-Avoidance und Credit-Claiming auf ein anderes, nicht rein wohlfahrtsstaatliches Thema anzuwenden, um das es sich bei der interkantonalen Kooperation in der Spitalversorgungsplanung ja handelt. Auf Basis der vorangehenden Ausführungen argumentiere ich, dass im Spitalbereich über die Zeit Gruppen von Nutzniesserinnen und Nutzniessern entstanden sind, die ein starkes und legitimes Interesse an der Beibehaltung des Status quo entwickelt haben. Ich gehe deshalb *erstens* davon aus, dass die *gewachsenen Interessen am Status quo die Etablierung von weitergehenden Kooperationen erschweren, weil diese als Retrenchment wahrgenommen werden*. Diese wirken zusätzlich zu den in Kapitel 2.3 zur Kooperationssituation diskutierten kantonalen Eigeninteressen. *Zweitens* erwarte ich, dass die *kantonalen Regierungsverantwortlichen Strategien der Blame-Avoidance anwenden, um unbeliebte Massnahmen durchzusetzen*.

Diese Thesen untersuche ich am konkreten Fall der Spitalregion LUNIS und des gescheiterten Vorgängerprojekts zwischen Nidwalden und Obwalden. Dabei soll aufgezeigt werden, ob und welche Strategien von Blame-Avoidance und allenfalls Credit-Claiming angewandt wurden und inwiefern dies zum Gelingen der Kooperationsbemühungen geführt hat im Zusammenspiel mit dem weiteren (politischen) Kontext.

Die vorliegende Fallstudie bezeichne ich an anderer Stelle auch als Doppelfallstudie. Sie ist als diachroner, intertemporaler Vergleich (Blatter et al. 2007: 144; Blatter und Haverland 2012: 46f.) eigentlich zweier, zeitlich gestaffelter Fälle konzipiert. Der Doppelfall besteht zum einen aus dem gescheiterten Spitalkooperationsprojekt zwischen Nidwalden und Obwalden und zum anderen aus dem gelungenen Spitalkooperationsprojekt LUNIS zwischen Luzern und Nidwalden. Das Ziel der Fallstudie ist es, über die Deskription hinauszugehen und das Outcome einer Kollaboration zu erklären. Die Grenze zwischen deskriptiven Wie-Fragestellungen und kausalen Warum-Fragestellungen ist fließend. Die Fragen, wie und unter welchen Umständen eine Kollaboration zustandekommt, implizieren auch ein warum-in-diesem-Fall-und-nicht-in-einem-anderen? Um zu kausalen Erklärungen vorzustossen, ist allerdings eine ausführliche deskriptiv-interpretative Beschreibung notwendig. Dies gilt ganz besonders, wenn die zugrundeliegenden kausalen Mechanismen nur indirekt beobachtbar sind, wie dies beim Framing politischer Handlungsoptionen der Fall ist.

Für die vorliegende Fallstudie wurde mit der Kollaboration LUNIS zwischen Luzern und Nidwalden bewusst ein stark positiver Fall – eine Kooperation der höchsten Stufe – gewählt, um notwendige Bedingungen für das interessierende Outcome zu ermitteln (Blatter und Haverland 2012: 101). Um die Validi-

tät der Schlussfolgerungen zu stärken, ergänze ich die Fallstudie zu LUNIS mit der Vorgeschichte als zweitem Fall. Das entspricht einem diachronen Vergleich. Dabei handelt es sich um eine sogenannte kontrollierte Fallauswahl. Die Fälle sind dabei nicht – in einem statistischen Sinn – voneinander unabhängig, dafür gleichen sie sich auf systemischer Ebene, was einem Most-Similar-Systems-Design nach Mill möglichst nahekommt (Blatter et al. 2007: 144). In beiden Fällen steht der Kanton Nidwalden als Initiator der Kooperation im Zentrum, im ersten Fall mit einem ähnlich grossen Partner, im zweiten Fall mit einem deutlich grösseren Partner. Viele weitere Faktoren wie geografische Nähe, gemeinsame Sprache, unterschiedliche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren usw. sind in beiden Fällen gleich (mehr dazu in Kapitel 7). Die Unterschiede bestehen – abgesehen von der verronnenen Zeit – demnach hauptsächlich im Grössenunterschied der Kooperationspartner sowie dem unterschiedlichen Outcome der Kooperationsbemühungen.

Most-Similar-Fallstudien sind nach Gerring (2011: 41) bei den auf kausale Erklärungen ausgerichteten, explorativen Fallstudien einzuordnen, die eine interessierende Kausalhypothese zu identifizieren suchen. Die Doppelfallstudie hat tatsächlich einen gewissen explorativen Charakter, da bisher wenig Fallwissen über das Gelingen und Scheitern von Kooperationsprozessen zwischen Gliedstaaten besteht. Ich vermute, dass die Politikverantwortlichen mehrere Strategien aus dem Bereich der Retrenchment-Literatur (vgl. Kapitel 6.3) verwendet haben, um der Kollaboration politisch zum Durchbruch zu verhelfen. Im Rahmen einer Prozessanalyse sollen diese nachgewiesen und ihre Wirkung im Zusammenspiel mit Kontextfaktoren erklärt werden. Eine ausführlichere Diskussion zu den Überlegungen zur Fallauswahl findet sich in Anhang 10.1.4.

Als Methode kommt das Causal-Process-Tracing (CPT) zum Einsatz. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wechsele ich für die Fallstudie die Analyseebene von der Summe der Kooperationsbeziehungen zweier Kantone hin zu einer einzelnen Kooperationsbeziehung. Das Erkenntnisinteresse der Fallstudie besteht darin aufzuzeigen, was eine fortgeschrittene Kooperation ermöglicht und wie sie zustande kam. Der Fokus liegt also auf dem Outcome und weniger darin, welchen Effekt ein bestimmter Faktor X für das Zustandekommen von Y hat (Blatter und Haverland 2012: 80). Damit ist es sinnvoll, einen Y-zentrierten Forschungsansatz zu wählen, wie es das CPT ist (Blatter und Haverland 2012: 24). Dieser Forschungsansatz hat eine Affinität mit konfigurativen Denken, wie man es von der von Ragin (2000) entwickelten Qualitative Comparative Analysis (QCA) kennt. Bei konfigurativen Denken geht man davon aus, dass erstens eine Kombination von verschiedenen Faktoren zum Outcome führt, dass zweitens verschiedene Wege zum Ziel – hier Kollaboration – führen können und somit Äquifinalität besteht und, dass drittens kausale Heterogenität besteht. Demnach ist die Wirkung eines bestimmten kausalen Faktors kontextabhängig (Falleti und Lynch 2009) und es kommt auf die Kombination mit anderen Faktoren an (Falleti und Lynch 2009: 80). In dem Zusammenhang ist jeweils von notwendigen und hinreichenden Bedingungen die Rede.

Für ein CPT im Sinn von Blatter und Haverland (2012: 81, 79–143) ist konfiguratives Denken ebenfalls wichtig. Die Autoren heben am konfigurativen Denken hervor, dass mehrere kausale Faktoren zusammenspielen, um ein Ergebnis zu bewirken. Ausserdem betonen sie die Wichtigkeit des Prozesses und der zeitlichen Abfolge: «Das zweite grundlegende Merkmal von CPT als Technik kausale Schlüsse zu ziehen ist, dass es die Tatsache ausnutzt, dass sich Kausalität in Raum und Zeit abspielt» (Blatter und Haverland 2012: 81, eigene Übersetzung). Deshalb ist es wesentlich, die zeitliche Reihenfolge der Ereignisse zu etablieren und eine umfassende Storyline zu entwickeln (Blatter und Haverland 2012:111–115). Des Weiteren sind empirische Beobachtungen wichtig, die den Weg von Ursache zu Wirkung belegen oder zumindest belastbare Anhaltspunkte dazu liefern, die sogenannten «Smoking Guns» (Blatter und Haverland 2012: 115 ff.). Und schliesslich kommt Geständnissen («Confessions») eine grosse Bedeutung zu, die Rückschlüsse auf die Handlungsmotive der beteiligten Akteure erlauben (Blatter und Haverland 2012: 117 ff.). Um kausale Schlüsse zu ziehen, geht es also darum, anhand von empirischen Beobachtungen möglichst lückenlos den kausalen Pfad aufzuzeigen. Die Autoren vergleichen die CPT-Technik mehrmals mit Detektivarbeit oder der Aufgabe von Rechtsanwälten, ein Geschworenengericht zu überzeugen (z. B. Blatter und Haverland 2012: 110). Entsprechend wichtig ist es, ausführlich die Ereignisse zu dokumentieren und darzulegen, wie es zu den politischen Entscheidungen kam und wie diese begründet wurden. Der Nachweis von Kausalität bleibt eine herausfordernde Angelegenheit (Beach 2016). Bennett (2010: 210f.) schlägt dazu mit Verweis auf Van Evera (1997: 31f.) vier Kausalitätstests vor, die in geschickter Kombination dazu dienen, Kausalität bei Prozess-Beobachtungen zu erhärten. Da der Smoking-Gun-Test meistens scheitert, weil die – noch rauchende – «Tatwaffe» oder ein Geständnis in der Regel fehlen, geht es hauptsächlich darum, alternative Erklärungen ausschliessen zu können. Mittels «Straw-in-the-Wind-Test» kann eine Hypothese leicht gestärkt oder abgeschwächt werden (im Sinn eines Indizes); ein bestandener «Hoop-Test» bestärkt die Relevanz einer Hypothese merklich, ein Nicht-Bestehen führt zur Ablehnung der Hypothese; der Smoking-Gun-Test bestätigt eine Hypothese, aber ein Nicht-Bestehen eliminiert die Hypothese nicht; der «Doubly-Decisive-Test» kann als einziger gleichzeitig eine Hypothese bestätigen und andere Erklärungen eliminieren (für eine illustrative Darstellung der Tests vgl. auch Collier 2011). In der vorliegenden Studie kommen diese Tests eher implizit zum Zug, bei der Beweisführung einer Kausalkette oder beim Nachweisen von bestimmten Framing-Strategien und punktuell bei der Einschätzung von alternativen Erklärungen, wie der Bedeutung von Problemdruck oder Ähnlichem.

Da ich im Rahmen der Fallstudie aufzuzeigen versuche, welche Mechanismen dazu führen, dass eine Kooperation zustande kommt, ist es wichtig zu klären, wie ich Mechanismen hier verstehe. Denn es gibt zahlreiche unterschiedliche Auffassungen, was Kausalmechanismen genau sind, am häufigsten werden sie als Verbindung zwischen Inputs und Outputs bezeichnet (Falletti und Lynch 2009: 1146).

«Mechanismen erklären uns wie die Dinge geschehen: in welcher Beziehung Akteure zueinanderstehen, wie Individuen zu ihren Überzeugungen kommen oder welche Lehren sie aus früheren Erfahrungen ziehen, wie Politiken und Institutionen fortbestehen oder sich verändern, wie ineffizient gewordene Outcomes schwer zu verändern werden usw.» (Falleti und Lynch 2009: 1147, eigene Übersetzung)

Also welche sozialen Prozesse sich abspielen und Inputs mit Outcomes verbinden. Die beiden Autorinnen vertreten ein nicht-deterministisches Mechanismen-Verständnis, wonach sich Mechanismen bei gleichem Input je nach Kontext unterschiedlich auf ein Outcome auswirken und entsprechend übertragbar sind. Im vorliegenden Buch kommt dieses Mechanismus-Verständnis zum Zug, auch wenn Blatter und Haverland (2012: 98) es dafür kritisieren, dass es zu breit sei und zwischen kausalen Bedingungen und Kontext unterschieden werden müsse. Trotz dieser begrifflichen Differenzen ändert sich nichts daran, dass kausale Mechanismen je nach Situation zu verschiedenen Ergebnissen führen können. Aus Falleti und Lynchs (2009: 1150) Liste an Beispielmechanismen sind insbesondere die Mechanismen Framing, Lernen und positives Feedback von Interesse, die sich gut für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand eignen, weshalb ich sie an dieser Stelle kurz erläutere. *Framing* ist nach Falleti und Lynch (2009: 1150) der Vorgang, dass Eliten das Verhalten über subjektive Einstellungen und Überzeugungen über angemessene oder wünschenswerte politische Massnahmen prägen. Es sind also beispielsweise Politikverantwortliche, die versuchen ein Deutungsraaster zu entwerfen, sodass politische Entscheidungen in einem bestimmten Licht erscheinen und die Stimmbevölkerung oder Parlamentsabgeordnete eine Reform als Notwendigkeit erachten und ihr zustimmen. *Blame-Avoidance* usw. kann in diesem Sinn als eine Framing-Strategie verstanden werden. *Lernen* bezieht sich darauf, aus politischen Erfahrungen usw. Lehren zu ziehen und das eigene Handeln entsprechend zu verändern (Falleti und Lynch 2009: 1150). Das *positive Feedback* als Mechanismus kann mit Pierson (2000) als eine Art der Pfadabhängigkeit verstanden werden, die zu selbstverstärkenden Effekten führt. Im Rahmen einer Prozessanalyse soll aufgezeigt werden, wie und unter welchen Umständen diese kausalen Mechanismen wirken und zum Outcome einer Kooperation oder einer Nicht-Kooperation führen.

Bevor die Fallstudie beginnt, sei die Datengrundlage kurz erwähnt. Für die Fallstudie stütze ich mich auf zahlreiche offizielle und frei zugängliche Dokumente wie Berichte und Botschaften der Kantonsregierungen, Protokolle der Sitzungen der Kantonsparlamente oder Medieninformationen. Zudem führte ich im Februar 2020 zwei vertiefende Expertengespräche mit den beiden zuständigen Fachverantwortlichen der Kantone Luzern und Nidwalden. Beide waren von Anfang an beim Kooperationsprojekt mit dabei, einer von ihnen hatte gar zeitweise die Projektleitung von LUNIS inne. Demnach verfügen beide über profunde Kenntnisse des gesamten Entwicklungsprozesses, an denen sie mich teilhaben liessen. Bei aller persönlichen Involviertheit waren die Gesprächspartner sehr reflektiert. Der Einbezug der medialen Berichterstattung dient als Quelle

für die öffentliche Wahrnehmung der interkantonalen Kooperationsvorhaben sowie um die Interviewaussagen einzubetten. Allerdings weichen sie kaum von den Expertenaussagen oder den Debatten in den Parlamentsprotokollen ab. Zur eigentlichen Datenerhebung in Form von Experteninterviews verweise ich auf die Ausführungen in Anhang 10.2 und 10.6.

7 Der lange Weg zum interkantonalen Spitalverbund: eine Fallstudie

Die Zusammenarbeit der Kantone Luzern und Nidwalden im Rahmen der Spitalregion LUNIS wird als Fallbeispiel einer Kooperation höchster Stufe, einer Kollaboration, untersucht. Bei dieser Art der interkantonalen Spitalkooperation handelt es sich klar um ein Projekt der Versorgungssicherung und damit um Spitalplanung in weiterem Sinn. Während in einem rein marktwirtschaftlich organisierten Wettbewerb die Kantone bei der Zusammenarbeit beziehungsweise dem Zusammenschluss zweier Gesundheitserbringer wohl nur am Rande involviert wären, sind die Kantone in der aktuellen Situation sowohl in ihrer Rolle als Eigentümer als auch in ihrer hoheitlichen Rolle zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung berührt. Entsprechend stark sind sie in die Veränderungsprozesse involviert und lenken diese auch selbst.

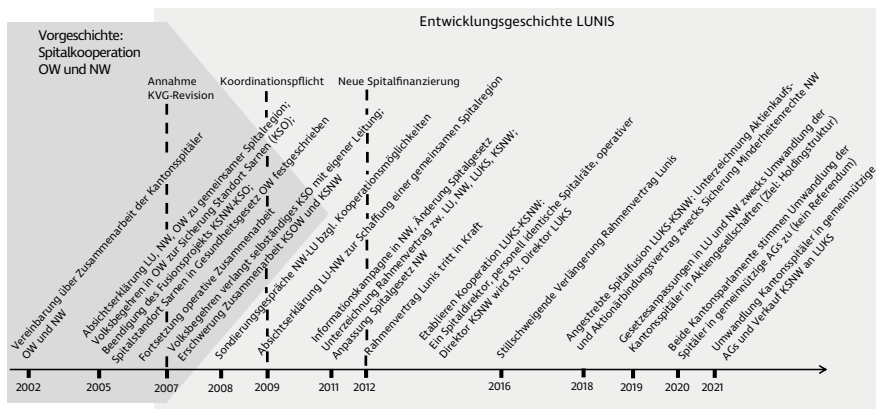
In einem ersten Schritt werden die zwei Kooperationsfälle vorgestellt und der zeitliche Ablauf umrissen. Im Anschluss werden die Akteure, Akteurskonstellation, der weitere Kontext samt Interessenlage präsentiert und beleuchtet, wie sich die Kooperationsausgangslage im Licht der statistischen Ergebnisse einordnen lässt. Anschliessend wird der Entstehungsprozess dieser Kollaboration unter einem historisch-institutionalistischen Blickwinkel nachgezeichnet, insbesondere inwiefern die Kooperation als potenzielles Retrenchment wahrgenommen zu werden drohte und ob in diesem Zusammenhang Strategien von Blame-Avoidance oder Credit-Claiming aktiv angewandt wurden. Das gelungene Beispiel zwischen Luzern und Nidwalden wird mit dem gescheiterten Vorläuferprojekt zwischen Nidwalden und Obwalden in einem diachronen Vergleich kontrastiert.

7.1 Die Entstehungsgeschichte der Spitalregion Luzern/Nidwalden

Die Etablierung der interkantonalen Kollaboration zwischen Luzern und Nidwalden ist ein über zehnjähriger Prozess, der an dieser Stelle umrissen wird, um den Untersuchungsgegenstand kurz einzuführen. Die Regierungen der beiden Nachbarkantone Luzern und Nidwalden beschlossen 2009 in einer Absichtserklärung, eine gemeinsame Spitalregion aufzubauen (LU 2009). 2011 gingen die Beteiligten einen Schritt weiter. Sie unterzeichneten am 14. Februar 2011 einen Rahmenvertrag, der festlegte, dass das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 das Kantonsspital Nidwalden (KSNW) in einem Betreibermodell führen sollte (siehe Rahmenvertrag LUNIS 2011; LU und NW 2011a, 2011b). In der Öffentlichkeitsarbeit wurde für dieses Zusammenarbeits-

projekt gerne das Bild einer angestrebten Ehe bemüht; demnach wurde der Rahmenvertrag zwischen den beiden Kantonen und den beiden Kantonsspitalern als «Verlobung» bezeichnet (z. B. Piazza 2014). In der «Verlobungszeit» blieben die beiden Kantonsspitäler je rechtlich selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten im Besitz ihres jeweiligen Kantons. Die Kantone vereinbarten, die strategische Führung der beiden Kantonsspitäler zu koordinieren, indem sie sich verpflichteten, personell identische Spitalräte zu wählen. Zudem wurde der Direktor des LUKS auch Direktor des KSNW, der bisherige Spitaldirektor blieb operativer Spitaldirektor in Stans und wurde stellvertretender Direktor des LUKS (siehe Rahmenvertrag LUNIS 2011; LU und NW 2011a, 2011b). Nach einer fast zehnjährigen «Verlobungszeit» findet am 1. Juli 2021 die «Heirat» zwischen den in Aktiengesellschaften umgewandelten Kantonsspitalern statt (LUKS-Gruppe 2021). Das KSNW streicht das K aus dem Namen und heisst als Teil der LUKS-Gruppe fortan Spital Nidwalden (SpiNW). Die notwendigen gesetzlichen Grundlagen für die Rechtsformänderung und damit die Fusion wurden von den beiden Parlamenten beraten und verabschiedet. Der Nidwaldner Landrat hiess die Änderungen des Spitalgesetzes in zweiter Lesung mit 53 zu 0 Stimmen gut (NW 2019a: 503) und der Luzerner Kantonsrat mit 90 zu 17 Stimmen (LU 2020a: 9). Die Referendumsfrist verstrich in beiden Kantonen ungenutzt. Die äusserst klaren Resultate zeigen, wie breit der politische Konsens für dieses interkantonale Kooperationsprojekt ist.

Abbildung 25 Zeitstrahl der interkantonalen Spitalzusammenarbeit des Kantons Nidwalden mit Obwalden und Luzern



Anmerkung: Die dunkelgraue Hinterlegung markiert die Vorgeschichte, als Nidwalden und Obwalden schwerpunktmässig zusammenarbeiteten und zeigt, wie diese Kooperation mit der Etablierung von LUNIS zunehmend in den Hintergrund rückt.

Abbildung 25 stellt die wichtigsten Eckpunkte der Entstehungsgeschichte von LUNIS als Zeitstrahl dar. Dazu gehört namentlich auch die Vorgeschichte zwi-

schen Nidwalden und Obwalden. Diese beiden Kantone strebten anfangs der Nullerjahre eine Spitalkooperation des Kantonsspitals Obwalden (KSO) und des KSNW sowie gar einen gemeinsamen Spitalstandort an, was allerdings an einem starken politischen Widerstand insbesondere aus der Obwaldner Bevölkerung scheiterte (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020; Sda 2004). Ein Aktionskomitee reichte im Dezember 2004 ein erstes Volksbegehren «zur Erhaltung des Kantonsspitals am Standort Sarnen» ein (OW 2005a: 12). Aufgrund der hohen Unterschriftenzahl stand ab diesem Zeitpunkt fest, dass interkantonale Spitalkooperationen nur mit Beibehaltung des Standorts Sarnen politisch machbar sind. Darauf gab man das Ziel einer Spitalfusion auf und beschränkte sich auf eine operative Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler (OW 2005a: 2), während derer sie für einige Jahre unter gemeinsamer Leitung standen. Finanziell und hinsichtlich der Qualität wurde die Zusammenarbeit als Erfolg erachtet (OW 2007a: 18; Votum Kommissionspräsident Patrick Imfeld und Votum Michael Ernst, FDP-Fraktion OW 2007b: 33, 34). 2007 verlangte die «Aktion pro Kantonsspital Obwalden» dennoch in einem zweiten Volksbegehren, den Standort Sarnen nicht bloss zu erhalten, sondern diesen selbständig und unter eigener Leitung zu führen (OW 2007c). Die Bevölkerung lehnte das Begehren mit 4044 zu 3502 Stimmen relativ knapp ab (OW 2007d). Nach diesen aus Nidwaldner Sicht klaren Signalen, dass eine weitergehende Zusammenarbeit schwierig werden würde, orientierte sich Nidwalden zunehmend in Richtung Luzern und bestehende Kooperationen wurden teils rasch oder nach und nach gekündigt oder wurden zumindest teilweise noch etwas weitergeführt (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020).⁸³ Vor diesem Hintergrund begann der Weg in Richtung einer gemeinsamen Spitalregion Luzern/Nidwalden.

7.2 Akteurkonstellation, Interessen und Kontextfaktoren

Während beim gescheiterten Kooperationsprojekt von Obwalden und Nidwalden zwei bevölkerungsmässig annähernd gleich grosse Kantone (siehe Tabelle 16) mit ähnlich kleinen Grundversorgungsspitalern aufeinandertrafen – 2009 verzeichnete das KSO 3069 Austritte und das KSNW 4112 Austritte –, ist das Verhältnis zwischen Luzern mit 34643 Austritten (alle Akutspitäler der Spitalgruppe LUKS, Stand 2009, BAG 2011: 185, 201, 202) und Nidwalden weit ungleicher und die Rollenverteilung klar. Luzern ist das unangefochtene Zentrumsspital; das KSNW in Stans bietet eine erweiterte Grundversorgung an. Die geringe Ärztedichte und Spitalbettzahl in Nidwalden und Obwalden verdeutlicht,

83 Der Rahmenvertrag LUNIS verlangt, Verträge mit Dritten zu überprüfen und extern bezogene Leistungen unter bestimmten Umständen intern zu beziehen (siehe Rahmenvertrag LUNIS 2011: 8, Bestimmungen 4.1 und 4.3). Die gemeinsame Anästhesie wurde im Jahr 2013 aufgehoben, weil einerseits die Kapazitäten nicht mehr ausreichten und andererseits organisatorisch Schwierigkeiten auftraten (Übelhart 2013); die gemeinsame Wäscherei wiederum wurde 2012 aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit eingestellt (Sda 2012).

dass es für kleine Kantone bei der Spitalplanung ganz wesentlich darum geht, ein ausreichendes medizinisches Angebot sicherzustellen.

Tabelle 16 Ausgewählte Kennzahlen zur Gesundheitsversorgung in Luzern, Nidwalden, Obwalden und der Schweiz

	Luzern	Nidwalden	Obwalden	Schweiz
Einwohner:innen (2018)	409 557	43 223	37 841	8 544 527
Gesamtfläche in km ²	1 493	276	491	41 290
Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf in CHF (2017)	66 655	71 329	66 970	79 218
Akutspitäler der Zentrums- und Grundversorgung (2018)	2	1	1	102
Spitalbetten pro 1000 Einwohner:innen (2018)	3,8	2,3	1,3	4,4
Ärzt:innen im ambulanten Sektor pro 100 000 Einwohner:innen (2018)	177	123	124	226

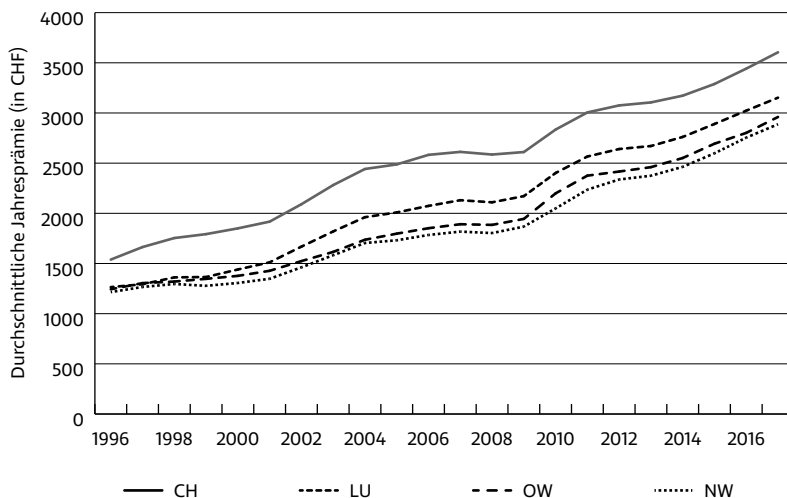
Anmerkung: In Luzern handelt es sich um das LUKS mit den drei Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen sowie die Hirslanden-Klinik St. Anna mit den Standorten Luzern und Meggen. Nidwalden und Obwalden verfügen über je ein Kantonsspital.

Quelle: Alle Angaben ausser zu den Akutspitälern basieren auf den Kantonsportraits des Bundesamtes für Statistik (BFS 2020b). Akutspitäler gesamte Schweiz gemäss Krankenhausstatistik Standardtabellen 2018 (BFS 2020a).

Betrachtet man die Erklärungsfaktoren aus der Netzwerkanalyse, zeigt sich bezüglich der Kooperationssituation zwischen Luzern und Nidwalden folgendes Bild: Zwischen den beiden Kantonen besteht ein beachtlicher Grössenunterschied. Luzerns Bevölkerung ist die siebtgrösste der Schweiz, Nidwalden hat die fünftkleinste. Damit treffen ein mittelgrosser bis grosser Kanton und ein Kleinkanton aufeinander. Die Einwohnerzahl steht in einem Verhältnis von rund zehn zu eins (siehe Tabelle 16). Bei beiden Indikatoren zum ökonomischen Problemdruck, der Prämienentwicklung der Krankenkassen und den öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf, rangieren sowohl Nidwalden als auch Luzern unter dem schweizerischen Durchschnitt (siehe Abbildungen 26 und 27). Sie gehören scheinbar nicht zu den Kantonen mit dem grössten Reformdruck. 2005 entsprachen die Gesamtkosten für die Spitalversorgung in Luzern rund 30 Prozent der Steuereinnahmen der natürlichen Personen, in Nidwalden 27 Prozent, in Obwalden beliefen sie sich hingegen auf ganze 36 Prozent (OW 2007a: 10). In den weiteren Zentralschweizer Kantonen lagen die entsprechenden Werte für Schwyz ebenfalls bei 36 Prozent, in Uri bei 31 Prozent und im wohlhabenden Zug lediglich bei 20 Prozent (OW 2007a: 10). In Anbetracht dessen, dass eine Zusammenarbeit mit dem durch das Spital ökonomisch stärker belasteten Kanton Obwalden keine Kooperation zustande kam, scheitert die Problemdruckhypothese auch in der Fallstudie am Hoop Test und scheint kaum erklärungskräftig.

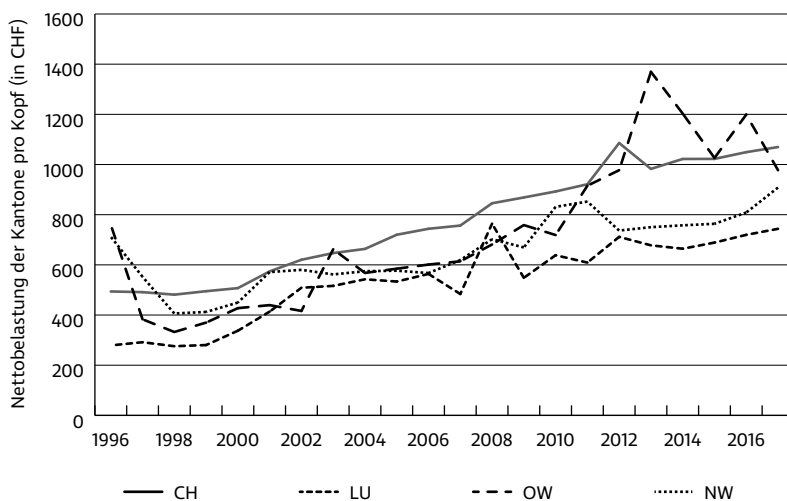
Was die geografischen Faktoren angeht, sind die Nachbarkantone kooperationsfreundlich gelegen. Zwischen den Hauptorten Luzern und Stans liegen

Abbildung 26 Prämienentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung 1996–2017



Quelle: BAG (2017: T 3.01 Mittlere Prämien).

Abbildung 27 Öffentliche Spitaliausgaben der Kantone pro Kopf 1996–2017



Anmerkung: LU: Verselbstständigung LUKS im Jahr 2008; OW: Neubau Bettentrakt 2012–2014; NW: Investitionen in Infrastruktur ab 2009 (NW 2009). Für CH ist der Durchschnitt der Schweizer Kantone angeführt. Quelle: Eigene Berechnung basierend auf BFS (2018a, 2018c).

lediglich 15 Kilometer Strasse und 15 Minuten mit der S-Bahn.⁸⁴ Auch sprachlich-kulturell gibt es zwischen den beiden Deutschschweizer Kantonen keine offensichtlichen Kooperationsbarrieren. Die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren hingegen weisen keine parteipolitischen Überschneidungen auf, dafür eine hohe personelle Konstanz. Seit Beginn von ersten Kooperationsbestrebungen in Luzern, Nidwalden und Obwalden beziehungsweise bereits ab 2000 bis 2010 war in Luzern Regierungsrat Markus Dürr (CVP) Gesundheitsdirektor, in Nidwalden Regierungsrat Leo Odermatt (Demokratisches Nidwalden, ab 2009 Grüne Partei). In Luzern übernahm 2010 (bis dato) Regierungsrat Guido Graf (CVP) das Gesundheitsdepartement und in Nidwalden Regierungsrätin Yvonne von Deschwanen (FDP), die nach zwei Legislaturen nicht mehr antrat. An ihre Stelle trat im Juli 2018 Regierungsrätin Michèle Blöchliger (Schweizerische Volkspartei, SVP). Die vergleichsweise geringe Fluktuation in den Gesundheitsdepartementen in Luzern und Nidwalden ermöglicht eine konstante Zusammenarbeit. In Obwalden ist die Fluktuation grösser, allerdings standen sich in der Erarbeitungsphase in Nidwalden und Obwalden auch die gleichen Exekutivmitglieder gegenüber. Ein Wechsel fand allerdings statt, als sich immer stärkerer Widerstand in der Obwaldner Bevölkerung formierte.

Abbildung 28 Amtszeit der zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in den Kantonen Luzern, Nidwalden und Obwalden

Zeitraum	LU	NW	OW
2000–2001	Markus Dürr (CVP)	Leo Odermatt (GP)	Elisabeth Gander (FDP)
2002–2005			Esther Grosser Pfulg (FDP)
2006–2009			
2010–2013	Guido Graf (CVP / Die Mitte)	Yvonne von Deschwanen (FDP)	Hans Wallimann (CVP)
2014–2017			Maya Büchi-Kaiser (FDP)
2018–2021		Michèle Blöchliger (SVP)	
2022–		Peter Truttmann (GLP)	Christoph Amstad (CVP – Die Mitte)

Quelle: Die Zusammenstellung der kantonalen Regierungsräte (ebenfalls Teil der statistischen Analyse) basiert auf eigenen Recherchen auf den kantonalen Webseiten, Jahresberichten der GDK (2000–2017) sowie diversen Einträgen zu den einzelnen Politikerinnen und Politikern auf www.wikipedia.org.

Es besteht eine enge funktionale Verflechtung, die sich auch deutlich darin zeigt, dass aus Nidwaldner Sicht mit Abstand die meisten ausserkantonalen Hospitalisationen in der Akutsomatik im Kanton Luzern stattfinden: 2011 liessen sich 1426 Nidwaldnerinnen und Nidwaldner in einem Luzerner Spital behandeln, an zweiter Stelle folgt mit lediglich 128 Hospitalisationen der Kanton Zürich (Huber

84 Siehe Googles Routenplaner unter <https://goo.gl/maps/F6HGGB6RYowBSaFQ6>, zugegriffen: 9.9.2020.

2015: 92). Damit wird deutlich, dass aus Sicht der vorherigen statistischen Analyse die LUNIS-Kantone gute Voraussetzungen für intensive Kooperationsbeziehungen mitbringen. Gerade bei fortgeschrittenen Kooperationen ist ein grosser Unterschied in der Bevölkerungsgrösse tendenziell ein fördernder Faktor, wohingegen für Kooperationen insgesamt eher «Gleich und Gleich gesellt sich gern» gilt (vgl. Resultate in Kapitel 5, Tabelle 15). Ganz im Sinne dieser Lesart von Komplementarität passt auch, dass Luzern mit dem LUKS wenn auch nicht über ein Universitätsspital so doch über das grösste nicht-universitäre Zentrumsspital der Schweiz verfügt (BAG 2020). Damit kommt ein weiterer kooperationsfördernder Faktor hinzu. Grosse Spitäler wecken das Interesse an Zusammenarbeit bei kleineren Partnern, weil sie sich den Zugang zu einer spezialisierten Behandlung ihrer Bevölkerung sichern wollen (Versorgungsauftrag) und dies teils nicht einzig über Leistungsaufträge tun, sondern auch politisch über Vereinbarungen absichern wollen (Interviewaussage).

Tabelle 17 Kennzahlen der Kantonsspitäler Luzern, Nidwalden und Obwalden im Jahr 2009

	Luzern	Nidwalden	Obwalden
Austritte (stationär)	34 643	4 112	3 069
Pflegelage (Summe aller Patient:innen)	269 980	27 805	26 124
Betten	781	95	81
Geburten	2 829	331	263
Casemix Index (netto)	1,006	0,806	0,762
Vollzeitäquivalente (gesamtes Personal)	4 049,7	353,3	328,1
Anteil ausserkantonale Patient:innen (in %)	16,5	19,8	12,1
Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege (in 1 000 CHF)	413 604	33 641	25 190

Anmerkung: Der Casemix Index gibt den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle an (je höher der Wert, desto komplexer der Fall).

Quelle: BAG (2011).

Beim abgebrochenen Vorläuferprojekt zwischen Nidwalden und Obwalden sah die Konstellation etwas anders aus. Wie eingangs erwähnt, handelt es sich um zwei Kleinkantone mit einer Bevölkerung von je rund 40 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Spitäler fallen beide in die Kategorie der kleinen Grundversorgungsspitäler, wobei das KSNW 2009 gegenüber dem KSO rund tausend Austritte mehr und einen etwas höheren Schweregrad der Behandlungen ausweist (vgl. Tabelle 17). Die Kantonshauptorte liegen keine 20 Kilometer auseinander und sind durch die Obwaldner Exklave Engelberg sowieso eng verflochten.⁸⁵ Das spiegeln die Zahlen zu den ausserkantonalen Hospitalisierungen in

85 Die Bevölkerung Engelbergs kann Sarnen nur via Nidwalden und Stans erreichen, weshalb schon seit 1996 ein Spitalabkommen besteht, damit sich die Engelbergerinnen und Engelberger im Kantonsspital Nidwalden behandeln lassen können (Achtermann und Berset 2006: 126).

der Akutsomatik: Im Jahr 2011 stand klar an erster Stelle der Kanton Luzern mit 1162 Obwaldner Patientinnen und Patienten. An zweiter Stelle folgt das KSNW mit immerhin 475 Hospitalisierungen. Umgekehrt waren es lediglich 37 Nidwaldnerinnen und Nidwaldner, die sich am KSO stationär behandeln liessen. Damit sind für beide kleinen Kantone Patientenströme hin zum Zentrums hospital wesentlich grösser.

Die ökonomischen Indikatoren Prämienentwicklung und öffentliche Spitalausgaben pro Kopf verlaufen in beiden Kantonen recht ähnlich (vgl. Abbildungen 26 und 27) und vor allem die Krankenkassenprämien sind auch in Obwalden tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt, wohingegen die öffentlichen Spitalausgaben pro Kopf in Obwalden nach Auslaufen der operativen Kooperation mit Nidwalden stärker anstiegen. Allerdings machten in Obwalden die Gesamtkosten für die Spitalversorgung mit 36 Prozent einen klar grösseren Anteil an den Einnahmen aus der Besteuerung an natürlichen Personen aus als in Nidwalden mit 27 Prozent (OW 2007a: 10). Während der intensivsten Zeit der Kooperationsbemühungen von 2000 bis 2005 standen sich die ganze Zeit die beiden gleichen Gesundheitsdirektoren gegenüber, was sich tendenziell positiv auf eine Zusammenarbeit zweier Kantone auswirken sollte. In Nidwalden war dies der bereits erwähnte Leo Odermatt (Demokratisches Nidwalden/Grüne) und in Obwalden Elisabeth Gander (FDP), welche 2006 nicht mehr zur Wiederwahl antrat. Danach war während zweier Jahre die Parteikollegin Esther Gasser Pfulg als Regierungsrätin für das Sicherheits- und Gesundheitsdepartement zuständig, bevor nach einer Umverteilung der Zuständigkeiten im März 2008 Regierungsrat und Finanzvorsteher Hans Wallimann (CVP) das Dossier Gesundheitspolitik übernahm. Nach seinem Rücktritt 2016 (Radio SRF 2015) wechselte Regierungsrätin Maya Büchi-Kaiser (FDP) ins Finanzdepartement und wurde damit zuständig für die Spitalversorgung und -planung (OW 2016).⁸⁶ Während zwischen den beiden Kantonen sprachlich keine Barrieren bestehen, gibt es allerdings historische Animositäten, die dem Vernehmen nach bis heute spürbar seien und sich in einer «gesunde[n] Rivalität und Unabhängigkeit gegenüber dem Nachbarn» äussern würden, wohingegen nach aussen die Einheit gewahrt werde (Bossard 2018). In der täglichen Zusammenarbeit spiele dies normalerweise jedoch keine Rolle, da in vielen Bereichen gut zusammengearbeitet werde (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Die freundschaftliche Rivalität scheint also eher ins Volkstümliche zu gehören, als die Situation tatsächlich zu prägen.

Dieser erste Überblick über die beiden Paarungen zeigt, dass grundsätzlich in beiden Fällen einiges für eine Zusammenarbeit spricht. Luzern und Nidwalden kooperieren denn insgesamt auch in elf Fällen, Nidwalden und Obwalden in acht Fällen, was beides über dem Durchschnitt aller Kantonspaarungen von 6,6 ist. Nachdem eine erste Übersicht über die involvierten Akteure und

86 Am 13. März 2022 wurde sie abgewählt, was vor allem mit dem Spital-Dossier, seiner ungewissen Zukunft und einer unklaren Kommunikation begründet wird (Cuonz 2022).

den ungefähren Ablauf der Ereignisse besteht, geht es nun darum, die dahinterliegenden Prozesse nachzuzeichnen und dabei aufzuzeigen, inwiefern hier die Kooperationsprojekte Züge von Retrenchment-Vorlagen tragen, welche Rolle historisch-institutionalistische Elemente wie Pfadabhängigkeit spielen und die Strategien der Regierungen zu identifizieren und dem Repertoire von Blame-Avoidance und allenfalls Credit-Claiming zuzuordnen. Dazu sind die Ereignisse in verschiedene Sequenzen aufgeteilt.

7.3 Die Motivation, das Projekt LUNIS zu lancieren: ein gescheiterter Anlauf zwischen Obwalden und Nidwalden

Aus übereinstimmenden Aussagen der beiden Interviewpartner aus Luzern und Nidwalden geht hervor, dass die Initiative für das Projekt LUNIS vom Kanton Nidwalden ausging (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020; Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Auf Anregung der Nidwaldner Gesundheits- und Sozialdirektion beschloss der Regierungsrat 2007, eine vertiefte Zusammenarbeit mit Luzern zu prüfen. Insbesondere sollte abgeklärt werden, ob für Luzern ein Kooperationsmodell denkbar wäre, in dem sich Nidwalden auf die Grundversorgung beschränken und sich bei der Erbringung der übrigen medizinischen Leistungen an Luzern anlehnen würde (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Ausschlaggebend für diesen Vorstoss waren verschiedene Umstände. Gemäss Aussagen von A. Scheuber (pers. Kommunikation, 5.2.2020) hatte Nidwalden früh erkannt, dass ein Alleingang des eigenen Kantonsspitals langfristig problematisch werden könnte, weil die nötige Grösse fehle, um die medizinische Versorgung ökonomisch und in der erforderlichen Qualität (fehlende Fallzahlen) auf Dauer sicherstellen zu können. In diesem Sinn hatte Nidwalden bereits anfangs der Nullerjahre die Kooperation mit Obwalden gesucht, bevor schliesslich das Projekt LUNIS gemeinsam mit Luzern lanciert wurde. Parallel dazu lief auf nationaler Ebene die Reform des Krankenversicherungsgesetzes an (siehe Kapitel 2.2.3). Die bundesrätliche Botschaft von 2000 liess bereits erahnen, dass der Wettbewerb zwischen den Spitälern (privat und öffentlich) gestärkt werden würde, dass die Entwicklung hin zu einer Leistungs- statt Objektfinanzierung gehen werde und dass in der Spitalplanung den interkantonalen Patientenströmen und Versorgungsräumen grössere Beachtung geschenkt werden solle (BBl 2001: 741–816). Der Bundesrat sprach ausdrücklich davon, dass die Kantone mit der Teilrevision bei den Gesundheitsleistungen finanziell wieder stärker in die Pflicht genommen werden sollten, um dem «schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand bei der Spitalfinanzierung Einhalt» zu gebieten (BBl 2001: 743). 1998 habe der Anteil der Kantone an den Spitalkosten inkl. Investitionskosten noch 29,7 Prozent betragen verglichen mit 35,5 Prozent im Jahr 1991 (BBl 2001: 743). Damit zeichnete sich ab, dass auf die Kantone eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zukommen würde, für die es sich zu rüsten galt.

7.3.1 Kooperation zweier Landspitäler: Früh wackelt der Rückhalt, rasch keimen Zweifel

Im Jahr 2000 beschlossen die Kantonsregierungen von Obwalden und Nidwalden, ein Projekt zur Kooperation der beiden Kantonsspitäler zu lancieren, wonach «mögliche Zusammenführungsvarianten der beiden Kantonsspitäler zu prüfen» seien (OW 2005a: 1). Und der Bericht vom 20. März 2007 der Obwaldner Regierung zum Kantonsspital und einem Volksbegehren der Aktion pro Kantonsspital Obwalden verweist auf eine Vereinbarung vom 2. Dezember 2002 über die Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler von Obwalden und Nidwalden, die es zu aktualisieren gelte (OW 2007a: 22). Aus diesen Quellen lässt sich zudem folgern, dass beide Kantonsregierungen die Kleinheit ihrer Kantonsspitäler als Risikofaktor für eine wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Erbringung der Gesundheitsversorgung erachteten, welche sich längerfristig nicht im selben Rahmen würde aufrechterhalten lassen. Die Eckpunkte für das Kooperationsprojekt 2002 waren «ein Betrieb mit zwei Standorten», Sicherstellung der akutmedizinischen Grundversorgung, angemessene Qualität, möglichst hohe Wirtschaftlichkeit, optimale Nutzung der Infrastruktur und Ressourcen» (OW 2005a: 1). Im Laufe der Projektentwicklung stand eine Einstandort-Lösung mit einem einzigen Akutspital in Nidwalden zur Diskussion, das laut der Projektleitung höhere Effizienzgewinne erlaubt hätte (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Zeitweilig unterstützte auch die Obwaldner Regierung dieses Modell (NW 2004a: 5; OW 2005a: 2). Die beiden Kantone verhandelten über Kompensationsmöglichkeiten zum Ausgleich des Standortvorteils von Stans in Nidwalden aufgrund des Akutspitals (NW 2004a). So hätte dafür die gesamte stationäre Psychiatrie-Versorgung in Sarnen konzentriert und unter Umständen ausgebaut werden und ein medizinisches Zentrum entstehen sollen (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Als sich dann allerdings Widerstand in der Bevölkerung gegen eine mögliche Schliessung des Kantonsspitals in Sarnen abzeichnete, krebste die Obwaldner Regierung zurück. Insgesamt kam es zu wiederholten Meinungswechseln der Obwaldner Regierung, was nun der beste Kooperationsweg sei, sodass schliesslich für ein von Obwalden favorisiertes alternatives Zwei-Standorte-Modell der Kooperationspartner (Nidwalden) fehlte, wie dies der Obwaldner Spitalkommissionspräsident in einer Kantonsratssitzung kommentierte (Kantonsrat Donat Knecht in OW 2005b: 23, OW 2005a: 2f.).

Das Zögern und die Meinungswechsel der Obwaldner Regierung blieben in Nidwalden nicht unbemerkt. Eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Voranschreitens der Zusammenarbeit klang auf Nidwaldner Seite bereits im März 2004 in einer Antwort der Regierung auf eine «kleine Anfrage»⁸⁷ eines Parlamentariers an. Auf die Frage, warum nicht mehr über das Kooperationsprojekt infor-

87 Die «kleine Anfrage» können Mitglieder des Nidwaldner Landrats zu einem Thema an die Regierung richten. Die Beantwortung erfolgt schriftlich innerhalb zweier Monate an alle Mitglieder des Landrats. Eine Diskussion darüber findet nicht statt (Art. 110 Abs. 3 Reglement über die Geschäftsordnung des Landrats).

miert werde, antwortet die Regierung, dass «seit längerem der Ball nicht beim Kanton Nidwalden, sondern beim Kanton Obwalden» liege und weiter:

Es ist geplant, einen gemeinsamen Bericht über die Zusammenführung der Kantonsspitäler Obwalden und Nidwalden spätestens gegen Ende des Jahres 2004 (Version III) zu publizieren. Wann und ob dieser Bericht tatsächlich erscheint, ist sehr stark abhängig von den Ergebnissen der Studien in Obwalden und von den Verhandlungen zwischen den beiden Kantonen. (NW 2004a: 6, eigene Hervorhebung)⁸⁸

Aber auch das Eröffnungsvotum des Landratspräsidenten Dr. Peter Steiner (NW 2004b: 146) an der Parlamentssitzung vom 22. Dezember 2004 macht deutlich, dass die Situation angespannt war:

Wenn ich an die Entwicklung der Auseinandersetzung zwischen Obwalden und Nidwalden in der Frage des gemeinsamen Spitals denke, die unterdessen fast die Form eines Streites erreicht hat, so wäre vielleicht der weise Ratschlag einer vermittelnden Person [Bruder Klaus]⁸⁹ ebenso nötig und erwünscht, um das sehr wichtige Zusammenarbeits-Projekt nicht scheitern zu lassen. Den Verantwortlichen jedenfalls wünsche ich die nötige Bestimmtheit, aber auch Geduld und Gelassenheit in der Verhandlungsführung. Manchmal braucht es, um ein hohes Hindernis zu überspringen, einen oder zwei Schritte mehr Anlauf. Und vielleicht müssen wir uns darauf einstellen, dass – wie Henry Kissinger einmal gesagt hat – ein Verhandlungsergebnis erst dann «gerecht, brauchbar und dauerhaft ist, wenn beide Parteien damit gleich unzufrieden sind». Darin sind wir uns wohl einig: Es soll nicht Sieger bloss auf der einen, sondern Gewinner auf beiden Seiten geben! In diesem Sinne wünsche ich weiterhin ein gutes Tätigsein in diesem Bereich.

Dabei war in der entsprechenden Landratssitzung vordergründig lediglich die Beschaffung eines Computertomographen für das KSNW traktandiert, wofür das Parlament nach einer Diskussion den beantragten Kredit genehmigte. Doch die damalige Unsicherheit bezüglich der Zukunft der Spitalzusammenführung – welche 2004 noch immer das erklärte Ziel war – prägte alle Stellungnahmen, jene vom Gesundheits- und Sozialdirektor, der Parlamentskommission und aller Parteien (NW 2004b: 184–191). So verwies der Sprecher der SVP-Fraktion (NW) auf das Obwaldner Volksbegehren (Initiative), welches ein Bürgerkomitee am 9. Dezember 2004 mit 3273 Unterschriften eingereicht habe (NW 2004b: 188) – anders als vom Fraktionssprecher mündlich ausgeführt, waren es tatsächlich sogar 3302 Unterschriften, wobei lediglich 500 nötig gewesen wären (OW 2005a: 12).

88 Bei den erwähnten Studien handelt es sich um eine Wertschöpfungsstudie des Kantonsspitals Obwalden, die von einem parlamentarischen Vorstoss angeregt wurde, sowie einer Prüfung von Alternativmodellen am Standort Sarnen (NW 2004a: 5).

89 Der Redner spielt auf eine Streitschlichtung dank Ratschlägen von Bruder Klaus im 15. Jahrhundert an, welche sich am Tag der Landratssitzung zum 523. Mal jährte (NW 2004b: 146).

Das Volksbegehren wollte einerseits den Standort Sarnen im Gesundheitsgesetz festschreiben und die Zusammenarbeit mit Luzern anstreben, andererseits richtete es sich aufgrund seiner Formulierung gegen den bisherigen Hauptkooperationspartner Nidwalden (dazu ausführlich die regierungsrätliche Botschaft, OW 2005a, sowie die Wortmeldung des Obwaldner Spitalkommissionspräsidenten Donat Knecht in der Kantonsratssitzung vom 1.7.2005, OW 2005b: 25). Die Vorbehalte in Obwalden gegenüber einer verstärkten Zusammenarbeit oder Zusammenführung der Kantonsspitäler von Obwalden und Nidwalden wurden also auch im Nidwaldner Landrat genau verfolgt und wahrgenommen.

Der Wortlaut des Volksbegehrens zur Anpassung des Gesundheitsgesetzes des Kantons Obwaldens war unmissverständlich: «Zur stationären Grundversorgung wird in Sarnen ein Kantonsspital in enger Zusammenarbeit mit dem Zentrumsspital Luzern betrieben. Folgende Abteilungen werden in Sarnen geführt: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Anästhesie und Psychiatrie» (OW 2005a: 12). In der Sitzung vom 1. Juli 2005 behandelte der Obwaldner Kantonsrat die Botschaft zum Stand des Projekts «Spitalkooperation Obwalden-Nidwalden» und zum Volksbegehren «zur Erhaltung des Kantonsspitals am Standort Sarnen». Der Kantonsrat lehnte das Volksbegehren ab und verabschiedete stattdessen am 22. September 2005 eine Gesetzesänderung, welche den Spitalstandort Sarnen sowie die medizinischen Bereiche festschreibt, aber mehr Spielraum bezüglich Kooperationspartnern lässt. Auf diesen Gegenvorschlag hin zog das «Aktionskomitee zur Erhaltung des Kantonsspitals Sarnen» das Volksbegehren zurück (OW 2005c: 1226).

Aufgrund der hohen Unterschriftenzahl für das Volksbegehren stand ab diesem Zeitpunkt fest, dass interkantonale Spitalkooperationen nur mit Beibehaltung des Standorts Sarnen politisch machbar sind. In Anbetracht der Umstände hatten die beiden Kantonsregierungen dementsprechend Anfang März 2005 den Projektauftrag für die Spitalkooperation Obwalden-Nidwalden zwecks Zusammenführung der beiden Kantonsspitäler für beendet erklärt. An der operativen Zusammenarbeit im Rahmen des Status quo wolle man hingegen unbedingt festhalten (OW 2005a: 3). In der Kantonsratssitzung vom 1. Juli 2005 betonten der Spitalkommissionspräsident und mehrere Fraktionssprecherinnen und -sprecher denn auch, wie erfolgreich die Zusammenarbeit zwischen den beiden Kantonsspitalern laufe und merklich zu Einsparungen geführt habe, wie dies die Regierung in ihrer Botschaft ebenfalls hervorgehoben hatte (OW 2005b: 5 ff.; OW 2005a: 5 f.). Das zeige sich in der Rechnung des KSO von 2004, die deutlich besser als erwartet abschloss. Von 2004 bis 2006 hatten das KSO und das KSNW gar einen gemeinsamen Spitaldirektor. In dieser Zeit wurde die Zusammenarbeit gemäss Bericht des Regierungsrates (OW 2007a: 17) weiter intensiviert und erstreckte sich zuletzt auf folgende Bereiche: Informatik (2001), Finanzen (2002), Anästhesie (2003), Patientenadministration (2004), technischer Dienst (2004), Personalwesen (2004), Ökonomie (2004), Seelsorge (2004), Hygiene (2005), Chirurgie (2005), Wäscherei (2007) und Labor (2007 in Bearbeitung). Doch die gemeinsame Spitalleitung endete aufgrund eines Vertrauensverlusts

auf Obwaldner Seite. Man war sich uneinig über die strategische Ausrichtung und die Regierung hatte den Eindruck, gegenüber dem KSNW benachteiligt zu werden. Dabei ging es insbesondere um die Personalie des gemeinsamen Spitaldirektors, der «eigentlich ein Grossspital Stans im Sinne» habe und den Kanton Obwalden als den kleinen Partner betitle (Dr. Guido Steudler, Kantonsrat in OW 2007b: 42). Daraufhin kam es zur Entlassung des gemeinsamen Spitaldirektors aus der Funktion als Direktor des KSO (NZZ 2007) und etwas später schliesslich auch zum Abgang in Stans.

7.3.2 Kooperationsbestrebungen mit Nidwalden wecken Abbauängste in der Obwaldner Bevölkerung

Wie bereits mit dem Volksbegehren von Ende 2004 zum Ausdruck kam, nahmen gewisse Kreise der Obwaldner Bevölkerung die Kooperationsbemühungen offensichtlich als Bedrohung für «ihr» Kantonsspital wahr. Im Einklang mit den Argumenten der Retrenchment-Literatur wehrten sie sich mit den ihnen zur Verfügung stehenden direktdemokratischen Mitteln gegen geplante Änderungen. Dass Spitäler gerade für ländliche Regionen oftmals identitätsstiftend und auch wirtschaftlich von grosser Bedeutung sind,⁹⁰ zeigt sich immer wieder in den emotionalen Reaktionen, welche Spitalschliessungen – oder nur die Diskussion darüber – sowie die Konzentration von Leistungen bereits innerhalb eines Kantons auslösen.⁹¹

Regierung und Parlament des Kantons Obwalden versuchten mit der Reform des Gesundheitsgesetzes der Stimmung in der Bevölkerung Rechnung zu tragen, indem sie den Erhalt des Standorts Sarnen im Gesetz festschrieben. Dennoch garte die Furcht vor einer Standortschliessung, Übervorteilung oder zumindest einem Autonomieverlust aufgrund von verstärkter Kooperation mit dem Kantonsspital Nidwalden weiter.

Es ist gut möglich, dass nebst der allgemeinen Besorgnis um den Fortbestand des Spitals in Sarnen die weiter oben angesprochenen Rivalitäten zwischen Nidwalden und Obwalden in der Bevölkerung mitspielten – die Volksinitiative von 2004 wollte lieber eine Zusammenarbeit mit Luzern als die Fortsetzung der aufgegleisten Kooperation mit Nidwalden –, während das Parlament und die Regierung die Vorteile mit einem ähnlich grossen Partner durchaus sahen (s.o.) und hinsichtlich einer engeren Zusammenarbeit mit Luzern zu Bedenken gaben: «Leistungen, die das Kantonsspital Obwalden auf Grund der operativen Zusam-

90 Hp. Vogler (pers. Kommunikation, 4.2.2020) verwies im Gespräch auf eine Studie von 2011, welche die regionale Wertschöpfung des Spitals in Wolhusen (LU) auf rund 47 Millionen Schweizerfranken veranschlagte.

91 Neueres Anschauungsmaterial bieten die Reaktionen auf die angekündigte und inzwischen vom Kantonsrat beschlossene Schliessung von vier bis fünf Regionalspitalern im Kanton St.Gallen bzw. deren Umwandlung in Gesundheitszentren (Forster 2019; Weik 2020a; Weik und Zweili 2019; Zweili 2019a) oder die versuchte und letztlich gescheiterte Schliessung der Gynäkologie am LUKS-Standort Wolhusen (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020; LU 2015a: 10).

menarbeit mit Nidwalden heute noch selber anbietet, werden in Zusammenarbeit mit Luzern möglicherweise nicht mehr vor Ort, sondern in Luzern erbracht werden» (OW 2005a: 15).

Auch nachdem eine Spitalfusion und eine Schliessung des Standorts Sarnen vom Tisch waren, kämpfte das Aktionskomitee weiter für die Eigenständigkeit des KSO, zuerst mit einer Volksmotion und anschliessend einer verbindlicheren Volksinitiative, welche im Gesundheitsgesetz die Selbständigkeit des Kantonsspitals unter *eigener* Leitung festschreiben wollte (OW 2007c: 4). Dies konnte nicht anders aufgefasst werden denn als Frontalangriff auf die oben beschriebene operative Zusammenarbeit mit Nidwalden mit gemeinsamer Führung in einigen Bereichen (bis 2006 Direktion, bis 2013 eine gemeinsame Chefärztin für Anästhesie). Der Bericht aus dem Jahr 2007 der Regierung zu der Vorlage stellte sich gegen die Vorgaben bezüglich erzwungener Selbständigkeit, weil diese als zu rigide erachtet wurden. Gleichzeitig nahm die Regierung eine Abwägung der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten des Kantonsspitals Obwalden mit den Partnern in Luzern und Nidwalden vor (OW 2007a). Dabei fällt auf, dass die Chancenbewertung von Kooperationen verglichen mit der Darstellung der Risiken zurückhaltend ausfiel und insbesondere der Verlust an Steuerungsmöglichkeiten auch in einer verstärkten Zusammenarbeit mit Luzern hervorgehoben wurde. Während der Grundtenor der Obwaldner Regierung und des Parlaments eigentlich war, die erfolgreiche operative Zusammenarbeit zwischen dem KSO und dem KSNW weiterzuführen, schien bezüglich des Wie weniger Einigkeit zu bestehen und keine der vorgeschlagenen Möglichkeiten die vorbehaltlose Unterstützung der Regierung zu geniessen. Die Regierung und der Kantonsrat empfahlen der Bevölkerung schliesslich die Ablehnung der Volksvorlage ohne Gegenvorschlag.

Mit Blick auf die Diskussionen im Kantonsrat und in der Botschaft gibt es kaum Hinweise auf Blame-Avoidance in Pierson'schem Sinn. Es wird weder Verschleierung (Obfuscation) noch eine Begrenzung der Betroffenen (Division), noch Kompensation im eigentlichen Sinn betrieben. Am ehesten ist es eine Art «Retrenchment-as-Credit-Claiming» (Bonoli 2012: 96 ff.), indem man darauf hinweist, dass dank einer Kooperation möglichst viele Leistungen am Standort Sarnen zu vertretbaren Kosten erhalten bleiben. In der Abstimmungszeitung, in der die Regierung der Bevölkerung die Vorlage darlegt, wird jedoch darauf hingewiesen, dass es *nationale* Entwicklungen sind, welche die Situation für das KSO erschweren. So kündige sich die freie Spitalwahl an, höhere – und für das KSO schwierig zu erreichende – Mindestfallzahlen seien absehbar und die Spitaltarife erodierten (OW 2007c: 9f.). Damit kann die Regierung einen Teil der Verantwortung einer anderen Ebene respektive ausserhalb ihrer Macht stehenden Faktoren zuschieben («Blame Shifting») und den eingeschlagenen Weg als verantwortungsvoll darstellen. Die Abstimmungsinformationen weisen in diesem Sinn darauf hin, es sei in Zukunft denkbar, dass nationale Regeln die Kantone zu mehr Zusammenarbeit zwingen könnten, das KSO aber diesen Weg bereits

erfolgreich gehe OW 2007c: 10). Auch der Verweis auf den bisherigen finanziellen Erfolg der Kooperation fehlt nicht (OW 2007c: 8), ganz im Sinn von Credit-Claiming.

Die Vorlage der Aktion pro Kantonsspital Obwalden wurde am 16. Dezember 2007 von der Stimmbevölkerung mit knapp 54 Prozent zwar verworfen (OW 2007d). Das Zustandekommen und der beachtliche Rückhalt der Initiative in der Stimmbevölkerung waren dennoch ein weiteres klares Signal gegen eine Intensivierung der Kooperationsbeziehungen mit Nidwalden. Nach wiederholten Differenzen bezüglich eines weiteren Vorgehens und starken Tendenzen in der Bevölkerung zur unbedingten Aufrechterhaltung des KSO fehlten zunehmend der politische Wille und das Momentum zur Zusammenarbeit im Spitalbereich zwischen den beiden Zentralschweizer Nachbarkantonen.

Hernach drifteten die Kooperationspartner aufgrund der politischen Stimmungslage in Obwalden und dem fehlenden Glauben an ein Gelingen in Nidwalden immer weiter auseinander. Nidwalden suchte nach Alternativen. Mit Luzern und Obwalden bestand eigentlich bereits seit dem 26. April 2005 eine Absichtserklärung hinsichtlich einer gemeinsamen Spitalregion LU-OW-NW, diese hatte aber bis dahin kaum Wirkung entfaltet (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Als nun die Nidwaldner Regierung angeregt von der Gesundheits- und Sozialdirektion begann, Zusammenarbeitsmöglichkeiten mit dem Kanton Luzern auszuloten, kam Bewegung in die Sache:

Das gescheiterte Projekt OW-NW war ein Kick für die Zusammenarbeit mit Luzern zusammen mit der um 2009 immer deutlicheren Erkenntnis,⁹² dass das KSNW, wie viele andere kleine Spitäler auch, kaum alleine oder nur unter Einsatz von erheblichen finanziellen Mitteln würde überleben können. (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020)

7.4 Der Kanton Nidwalden nimmt einen zweiten Anlauf zur Kooperation

7.4.1 Ungebrochener Wille zu einer Spitalkooperation in Nidwalden

Aus Nidwaldner Sicht verlieh die gescheiterte Zusammenarbeit mit Obwalden den Kooperationsbeziehungen mit Luzern Schub. Wie bereits dargelegt, sind es Vertreterinnen und Vertreter des Kantons Nidwalden, die sich ab 2007 an den Kanton Luzern wenden, um Möglichkeiten zur Zusammenarbeit zu prüfen, nachdem eine weitergehende Kooperation mit Obwalden unmöglich geworden ist. In Nidwalden vertritt die Regierung bereits früh und wiederholt die Ansicht, dass das KSNW und auch das KSO je allein klar zu klein sind, um eine qualitativ hochstehende und ökonomische Spitalversorgung sicherstellen zu können. In einer parlamentarischen kleinen Anfrage vom Dezember 2004 antwortet die Regierung in Bezug auf die künftige Spitalversorgung wie folgt: «Gelingt eine

92 Hierbei bezieht sich der Interviewte auf einen Bericht des Beratungsunternehmens PWC aus dieser Zeit.

Zusammenführung der Kantonsspitäler OW und NW nicht, so können weder Sarnen noch Stans aufgrund ihrer Grösse auf Dauer eine qualitativ einwandfreie Medizin gewährleisten» (NW 2004c: 7). Es zeichnet sich bereits hier deutlich ab, dass die Regierung die Weiterführung des Status quo als nicht praktikabel erachtet.

Dies ist eine verbreitete Haltung, wie auch eine weitere Frage von Landrat Peter Epper im selben Vorstoss und die Antwort der Regierung zeigen. Auf die Erkundigung, weshalb denn nicht ein Zusammengehen mit Luzern stärker vorangetrieben werde, erwidert die Regierung, dass die periodisch stattfindenden Gespräche mit Luzern intensiviert würden in Anbetracht der politischen Dynamik in Obwalden (NW 2004c: 4f.). Damit spielt sie auf die eingereichte Volksinitiative für den Erhalt des Standorts Sarnen und die Infragestellung der Kooperation mit Nidwalden an. Diese so lautende Antwort erfolgt noch vor der offiziellen Beendigung des Spitalzusammenschluss-Projekts zwischen Obwalden und Nidwalden im März 2005 und verdeutlicht, dass die Gedanken bereits zu dem Zeitpunkt stark in Richtung Luzern gehen. Trotz der Schwierigkeiten, die Kooperation mit Obwalden auf politischer Ebene voranzubringen, scheint in Nidwalden bereits früh ein breiter politischer Konsens zu bestehen, dass das Kantonsspital Nidwalden sein Fortbestehen am besten über eine Spitalkooperation sicherstellen kann – wenn nicht mit Obwalden, dann mit Luzern.

7.4.2 Die Situation in Luzern

Auf Luzerner Seite springen mehrere Dinge ins Auge. Die Rolle des Luzerner Kantonsspitals als Zentrumsspital für die Zentralschweiz war und ist unbestritten.⁹³ Die umliegenden Kantone sind für die medizinische Zentrumsversorgung auf das LUKS angewiesen, wobei sich die Kantone Schwyz und Zug aufgrund ihrer geografischen Lage teils gen Zürich orientieren. In der Rolle als Zentrumsversorger pflegt das Kantonsspital auf operativer Ebene Partnerschaften mit kleineren Kantonsspitalern aus der Zentralschweiz (Ferndiagnostik, konsiliarärztliche Dienste usw.) sowie mit etlichen anderen Spitälern.⁹⁴ Das LUKS selbst verfügt im Akutbereich über die drei Standorte Luzern, Sursee und Wolhusen, wobei die beiden letztgenannten die regionale Grundversorgung sicherstellen – ganz ähnlich wie einige der kleineren umliegenden Kantonsspitäler. Mitte der 2000er-Jahre zeichnet sich politisch ein zunehmender Spitalwettbewerb bereits deutlich ab (LU 2005: 2f.), worauf Luzern mit der stärkeren Verselbstständigung seines Kantonsspitals als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit reagiert (siehe Spitalgesetzentwurf LU 2005). Das Spitalgesetz wird am 11. September 2006 angenommen. Mit dem sich abzeichnenden stärkeren Wettbewerb setzt sich demnach ebenfalls der Kanton Luzern auseinander und nimmt die Stellung des LUKS als Zentrumsversorger nicht als selbstverständlich

93 Zur Erinnerung: Das LUKS ist in Bezug auf die stationären Austritte das grösste nicht-universitäre Spital der Schweiz (BAG 2020).

94 Für eine Liste siehe LUKS (o.J.).

wahr. Die Stärkung der Stellung als Zentrumsspital wird denn auch als einer der wichtigsten Gründe für die Kooperation mit Nidwalden angegeben (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). LUNIS sichere das Einzugsgebiet und sei ökonomisch für das LUKS attraktiv. Punktuell ermöglicht die enge Zusammenarbeit auch eine Entlastung der stark ausgelasteten Infrastruktur im Zentrumsspital (Aschwanden 2015) oder die Partner können sich bei kurzfristigen Personalengpässen einfacher aushelfen.⁹⁵ Ebenfalls aus Unternehmenssicht stärkt es die Attraktivität als Arbeitgeber, indem ein Verbund mehr Karrierewege eröffnet (bspw. kombinierte Chefarztposten, Aschwanden 2015; A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020; Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020) oder die bessere Auslastung von Spezialisten ermöglicht (Mattmann 2013). Im Bereich von Aus-, Fort- und Weiterbildung führt der Grössenzuwachs ebenfalls zu Synergien und mehr Möglichkeiten (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Noch stärker als für den grösseren Partner fallen diese Vorteile einer Verbundlösung für den kleineren Partner ins Gewicht. Das Argument der Attraktivitätssteigerung als Arbeitgeber in Zeiten von Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wird von beiden Seiten wiederholt als Vorteil von LUNIS ins Feld geführt (Aschwanden 2013; LU und NW 2011a; Mattmann 2013; NW 2019b).

Zusammengefasst geht es für den Kanton Nidwalden darum, das Überleben seines Kantonsspitals zu ökonomisch vertretbaren Konditionen bei gleichzeitiger Sicherstellung der medizinischen Qualität zu erwirken. Für den Kanton Luzern steht ungleich weniger auf dem Spiel. Die Bevölkerung Nidwaldens, und damit auch die potenzielle Patientenzahl, entspricht gerade einmal einem Zehntel des Kantons Luzern. Von Luzern kamen entsprechend schon früh Signale an Nidwalden und Obwalden, dass man grundsätzlich gerne zur Zusammenarbeit bereit sei, dass sie aber für Luzern mindestens kostenneutral sein müsse (z.B. OW 2007a: 16f.). Nebst der Stärkung des Zentrumsspitals sowie Synergie- und Effizienzgewinnen in einigen Bereichen ist die Kollaboration mit Nidwalden politisch attraktiv:

Auf politischer Ebene ist es positiv zeigen zu können, dass man interkantonal zusammenarbeitet und für andere teilweise Vorbildfunktion hat. [...] Was Luzern und Nidwalden mit LUNIS aktuell machen – Kantonsgrenzen überwinden und regional denken –, damit kann man politisch nur gewinnen. (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020)

95 Dass dies teilweise notwendig ist und auch tatsächlich geschieht, zeigt die Beantwortung einer Anfrage von Kantonsrat Marcel Budmiger (LU) bzgl. eines Personalengpasses am Luzerner Kantonsspital. Wenn Behandlungen engpassbedingt in Luzern nicht stattfinden können, wird bevorzugt auf die anderen LUKS-Standorte und das KSNW ausgewichen (LU 2019a: 1, 4).

7.5 Schritt für Schritt zum Ziel einer gemeinsamen Spitalregion

Doch wie gingen die beiden Kantone Luzern und Nidwalden das Vorhaben konkret an? Auf nationaler Ebene war 2007 nun endlich die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet worden. Während die neue Spitalfinanzierung mit den Fallpauschalen sowie die freie Spitalwahl (unter den Listenspitälern) auf 2012 in Kraft treten sollten, sollte der Koordinationsartikel zur Spitalplanung (Art. 39 Abs. 2 KVG) bereits ab 2009 gelten. Damit hatte sich der politische Kontext für eine interkantonale Spitalkooperation gewandelt und diese dringlicher gemacht. Vor diesem politischen Hintergrund begannen die Kantone Luzern und Nidwalden, sich intensiver mit Kooperationsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. Nach den ersten Sondierungsgesprächen 2008 und einer LUNIS-Vorstudie unterzeichneten die Regierungen der beiden Kantone am 22. September 2009 eine Absichtserklärung, eine gemeinsame Spitalregion anzustreben. Dazu gehörte, dass das Kantonsspital Nidwalden ab dem 1. Januar 2012, pünktlich zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung, durch das Luzerner Kantonsspital geführt werden sollte (LU 2009). Man antizipierte den steigenden Kostendruck für die Spitäler durch die neue Finanzierung über Fallpauschalen und argumentierte hinsichtlich einer Zusammenarbeit wie folgt:

Um die Versorgungssicherheit und Qualität der stationären Versorgung mit vertretbaren Kosten langfristig zu gewährleisten, müssen die entsprechenden Versorgungsleistungen, Prozesse und Strukturen regional geplant und kantonsübergreifend bereitgestellt werden. (LU 2009)

Am 14. Februar 2011 unterzeichnen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone und Kantonsspitäler von Luzern und Nidwalden an einer Medienkonferenz den LUNIS-Rahmenvertrag. Die Vertragsparteien erhoffen sich positive Verbundeffekte, sind aber gerade hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen sehr zurückhaltend mit einer Prognose, da die Folgen der neuen Spitalfinanzierung noch schwer abschätzbar seien (Rahmenvertrag LUNIS 2011: 2). Die Umsetzung erfordert auf Nidwaldner Seite eine Anpassung des Spitalgesetzes, um insbesondere die Zuständigkeit für die Erteilung der Leistungsaufträge vom Parlament an die Exekutive zu übertragen, zudem verlangt die KVG-Reform ebenfalls gewisse Gesetzesanpassungen auf kantonaler Ebene, was frühzeitig die Einbindung der Legislative erfordert.

7.5.1 Revision des Spitalgesetzes: Stimmungstest für LUNIS im Nidwaldner Kantonsrat

Im September, Oktober und November 2011 berät der Nidwaldner Landrat über die Vorlage (erste und zweite Lesung der Anpassung des Spitalgesetzes und Übertragung der Immobilien). Widerstand gegen die Spitalkooperation als solche ist keine auszumachen. Vielmehr zeigt eine Aussage von 2010 im Zusammenhang mit einer Motion zur Neubesetzung des Spitalrats, dass eine Spitalkooperation für das KSNW als äusserst wichtig erachtet wird. So leitet ein Vertreter der CVP-

Fraktion seine Stellungnahme in Anspielung auf die gescheiterte Spitalzusammenführung mit Obwalden mit folgenden Worten ein:

Zunächst möchte ich im Namen der CVP-Fraktion dem Regierungsrat und insbesondere der Gesundheits- und Sozialdirektion für die eingeleiteten Schritte im Sinne einer Spitalregion Zentralschweiz bestens danken. Wir haben jetzt wieder eine Vision, wie es mit unserem Spital weitergehen kann. (NW 2010: 361)

Im Bericht zu den Vernehmlassungsantworten zu den Änderungen des Spitalgesetzes bemerkt die Regierung, dass «vom Projekt LUNIS mehrheitlich wohlwollend Kenntnis genommen» worden sei und die damit verbundenen Gesetzesänderungen unterstützt würden (NW 2011a: 5). Es fällt auf, dass an der ersten Lesung zur Änderung des Spitalgesetzes die Frage nach der grundsätzlichen Ausrichtung auf eine Kooperation mit Luzern gar nicht erst diskutiert wird (NW 2011b: 374 ff.).

Nachdem Gesundheits- und Sozialdirektorin Yvonne von Deschwanden in ihrem Eröffnungsvotum nochmals den Sachverhalt in Bezug auf die KVG-Reform dargelegt hat, nimmt sie ausführlich zum LUNIS-Projekt Stellung. Als Beweggründe erwähnt sie einerseits den Kostendruck wegen der neuen Spitalfinanzierung, verweist aber auch ausdrücklich auf die Pflicht einer regionalen, kantonsübergreifenden Spitalplanung (NW 2011b: 375). Die Eckpunkte des LUNIS-Rahmenabkommens, welche durch die Gesetzesänderung herbeigeführt werden sollen, sind die Folgenden (NW 2011b: 376):

- › Jeder Kanton trägt die Kosten des eigenen Spitals. Die beiden Kantons-spitäler führen weiterhin je eine eigene Rechnung.
- › Die beiden Kantonsspitäler behalten je ihre Rechtsform als selbständige, öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit.
- › Der Spitalrat des LUKS und der Spitalrat des KSNW sind personell identisch und bestehen aus je fünf bis neun Mitgliedern. Der Spitalrat besteht anfangs aus sieben Mitgliedern, wovon fünf Personen (inkl. Präsidium) aus Luzern und zwei Personen aus Nidwalden gewählt werden.
- › Beide Spitäler haben den gleichen Direktor (CEO Benno Fuchs). Der operative Leiter des KSNW ist stellvertretender Direktor des LUKS.
- › Die Geschäftsleitung des LUKS und des KSNW sind gleichfalls personell identisch. Pro Standort wird es weiterhin ein Führungsteam und eine Spitalleitung geben. Die Leitung des KSNW bleibt beim aktuellen Spitaldirektor (Urs Baumberger).
- › Die rechtlichen Entscheidungsprozesse werden einander angeglichen. Deshalb verabschiedet neu die Exekutive den Leistungsauftrag. Dieser wird weiterhin dem KSNW erteilt und nicht etwa dem LUKS.

Die Vertretung Nidwaldens mit zwei von sieben Spitalräten bezeichnet die Gesundheitsdirektorin als sehr gut, besonders wenn man berücksichtige, dass das KSNW rund zehn Mal kleiner sei als das LUKS (NW 2011b: 376). Als Nut-

zen von LUNIS streicht sie besonders hervor, dass die identische Spitalleitung eine Gesamtsicht über beide Unternehmen ermögliche, sodass strategische und wichtige operative Fragen und Planungen koordiniert angegangen werden können. Ausserdem erlaube es eine Optimierung des Patientenflusses:

Durch ein optimiertes medizinisches Leistungsangebot des Kantons-
spitals Nidwalden wird Stans als führender Anbieter im Bereich der
erweiterten Grundversorgung in seinem Einzugsgebiet gestärkt. Die
KSNW-Infrastrukturen werden besser ausgelastet, dies hat positive
Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität. Durch eine
optimale Abstimmung der medizinischen Leistungen zwischen dem
KSNW und dem LUKS entsteht ein durchgängiges Versorgungsangebot.
Trotz freier Spitalwahl werden die Patientinnen und Patienten gross-
mehrheitlich innerhalb der LUNIS-Spitäler behandelt. Infrastrukturen,
sowohl beim Kantonsspital Nidwalden mit der Grundversorgung, aber
auch durch das Luzerner Kantonsspital mit der Zentrumsversorgung,
bleiben auch unter zunehmendem Wettbewerb ausgelastet und ent-
wicklungsfähig. (Gesundheitsdirektorin Y. von Deschwanden in NW
2011b: 376)

Das Zitat stellt ausgezeichnet dar, was sich Nidwalden und Luzern von dieser
Verbundlösung erhoffen: eine Stärkung des KSNW, eine bessere Auslastung dank
eines attraktiveren medizinischen Angebots aufgrund der Zusammenarbeit mit
dem LUKS und dadurch höhere Wirtschaftlichkeit und medizinische Qualität.
Wie das medizinische Leistungsangebot genau optimiert werden soll, wird offen
gelassen und somit der neuen gemeinsamen Spitalleitung überlassen. Für das
LUKS erhofft man sich ebenfalls eine bessere Nutzung der Infrastruktur. Und
man hofft, besser für den Wettbewerb um Patientinnen und Patienten gerüstet
zu sein, wenn diese die freie Spitalwahl haben. Zudem wird auf Synergien in
zahlreichen Bereichen verwiesen, vom gemeinsamen Einkauf, dem Teilen von
teuren Infrastrukturen und hochspezialisiertem Personal bis hin zu Weiterbil-
dungen oder einer Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber Krankenver-
sicherungen (NW 2011b: 377). Augenfällig ist die optimistische und werbende
Grundhaltung der Nidwaldner Regierung. Die Gesundheitsdirektorin schliesst
ihr Eröffnungsvotum geradezu mit einem Feuerwerk an positiv gestimmten
Aussagen zu den Chancen und Vorteilen, die LUNIS biete. So meint sie «Zum
Schluss: Mit Unsicherheiten leben – Chancen nutzen!» (NW 2011b: 377) und
weiter mit Hinblick auf die unsicheren finanziellen Folgen der Fallpauschalen:
«Unser Kantonsspital ist fit und hat einen starken Partner. Deshalb ist es für die
nächste Zukunft gerüstet» (NW 2011b: 377). Gegen mögliche Einwände, dass der
Kanton Nidwalden mit LUNIS und der Übertragung der Immobilien vom Kanton
an das KSNW Entscheidungshoheit und Einfluss einbüsse, argumentiert sie:

Der Kanton bleibt weiterhin für die Gesundheitsversorgung der Nid-
waldner Bevölkerung verantwortlich. Der Regierungsrat mit der Fest-
setzung des Leistungsauftrages und ebenso der Landrat haben auch
nach der Übertragung der Immobilien Möglichkeiten, auf das Leis-

tungsangebot des KSNW und auf die Bauvorhaben Einfluss zu nehmen, nämlich über das Budget bzw. über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und ausserordentlichen Investitionen. Trotz der Verselbständigung: Das Kantonsspital gehört nach wie vor dem Kanton! (Y. von Deschwanden in NW 2011b: 377)

Schliesslich verweist sie erneut darauf, dass das KSNW auch ohne Fusion nicht ohne eine Kooperation mit dem LUKS werden bestehen können: «Das KSNW ist zu klein, um voll auf sich allein gestellt zu sein. LUNIS lässt alle Optionen offen und bietet eine einmalige Chance, die schweizweit Beachtung findet. In den Medien wurde dieses Thema mehrfach aufgegriffen» (NW 2011b: 377). Diese vielsagenden Passagen lassen einige Schlüsse bezüglich der Strategie der Regierung zu. Vor der Beratung der Gesetzesanpassungen schwört die Regierungsrätin das Kantonsparlament also noch einmal darauf ein, was für Nidwalden auf dem Spiel steht – die Absicherung der Zukunft des Kantonsspitals –, wobei aber vor allem die grosse Chance hervorgehoben wird, welche LUNIS biete, dass Nidwalden und Luzern zudem Pioniergeist zeigen und das Projekt national Vorbildcharakter entfalten könnte. Letzteres schlägt sich tatsächlich in der medialen Berichterstattung nieder. Die Print-Medien berichten bis Januar 2020 insgesamt mindestens 150 Mal über das LUNIS-Projekt.⁹⁶ Impliziert wird umgekehrt, dass Nichtstun den Niedergang des KSNW bedeuten würde. Die Regierung verfolgt eine Kommunikationsstrategie, wonach die Nidwaldner Gesundheitsversorgung bedroht ist, die aktuelle Vorlage aber das Bestmögliche für den Kanton und die Bevölkerung heraushole und lediglich ein Minimum an Mitbestimmung verloren gehe. Es deutet demnach einiges auf eine Strategie des Retrenchment-as-Credit-Claiming gemäss Bonoli (2012: 96 ff.) hin. Die Krise kommt von aussen. Die sich lange abzeichnende Verschlechterung der finanziellen Lage von kleinen Landspitalern mit dem entsprechend steigenden Finanzbedarf (durch die Kantone) wird durch die KVG-Reform nun wirklich akut. Mit der anvisierten Spitalregion Luzern/Nidwalden kann sich die Nidwaldner Regierung als proaktiv und verantwortungsvoll handelnd in Szene setzen.

7.5.2 Breite Allianz für die Spitalregion LUNIS

Das Vorgehen der Regierung scheint erfolgreich. Wie bereits in der Vernehmlassung zeigt sich in der parlamentarischen Beratung, dass bei der Anpassung des Spitalgesetzes vor allem die Kompetenzverschiebungen vom Landrat hin zum Regierungsrat zu reden geben. Ebenfalls zu diskutieren gibt die Frage, ob ein Regierungsmitglied im Spitalrat vertreten sein soll. Die Kompetenzverschie-

96 Factiva-Abfragen in Schweizer Medien ergeben für die Zeiträume 2000 bis 2014 und 2015 bis 2020 jeweils 72 und 78 Treffer für das Stichwort «LUNIS» in Verbindung mit entweder Luzern oder Nidwalden (Abfrage vom 14. Januar 2020). Das Stichwort «Vermögensverwaltung» legte ich als Ausschlusskriterium fest, weil es ein deutsches Vermögensverwaltungsunternehmen entsprechenden Namens gibt. Hinzu kommen eventuell Zeitungsartikel, welche die Abkürzung der Spitalregion nicht verwendeten.

bung ist notwendig, um eine Angleichung an die Regelung in Luzern zu erreichen. Ausserdem argumentieren Befürwortende der Neuregelung damit, dass es keinen Sinn ergebe, wenn die Legislativen der beiden Kantone über operative Fragen der Zuordnung von Leistungsbereichen an die Standorte diskutierten. Die Exekutive sei besser geeignet, über die Erteilung von Leistungsaufträgen zu entscheiden (NW 2011b: 379). Die Frage nach der Exekutivvertretung im Spitalrat berührt wichtige Governance-Fragen hinsichtlich der Vermeidung von Interessenkonflikten (Schedler et al. 2016: 122 ff., 128). Im konkreten Fall steht allerdings die weitere Abwägung zur Debatte, ob nicht doch eine Regierungsvertretung möglich sein müsse, um die Interessen des KSNW und der Nidwaldner Bevölkerung gegenüber dem grösseren Partner Luzern und dem LUKS zu wahren. Letztlich setzt sich der Vorschlag der Regierung durch, wonach eine Regierungsvertretung zwar nicht vorgeschrieben, aber möglich sein soll (NW 2011b: 382–385). Das Projekt selbst ist unbestritten, wie die Voten der einzelnen Fraktionen zeigen.

Die CVP-Fraktion gibt sich sehr zufrieden mit der Auskunftsbereitschaft und den Antworten der Beteiligten: «In der Beratung konnten die offenen Fragen diskutiert und von den direkt beteiligten Personen klärend und plausibel beantwortet werden. Für unsere Fraktion ist es unbestritten, dass wir uns unbedingt auf den Weg der sogenannten Verlobung mit dem Kantonsspital Luzern begeben» (Landrat Peter Scheuber in NW 2011b: 380). Für die SVP-Fraktion «ist hier im Saal wohl allen klar, dass ein Spital in der Grösse wie unseres in Stans Partnerschaften eingehen muss. Es geht um die medizinische Versorgung, es geht um den Zugang zu Spezialisten und es geht letztlich um das Überleben unseres Kantonsspitals hier in Nidwalden» (Landrat Peter Keller in NW 2011b: 380). Die Sprecherin der Grünen-Fraktion wiederum würdigt das Vorgehen der Regierung mit der Etappierung des LUNIS-Projekts mit einer vierjährigen Pilotphase als sehr geschickt und stellt sich ganz grundsätzlich hinter das Vorhaben (Landrätin Regula Wyss in NW 2011b: 380).

In der zweiten Lesung kommt für einmal dennoch ein gewisses Unbehagen im Votum von Landrat Peter Keller (SVP) zum Ausdruck, der bemängelt, dass die Entscheidungen unter grossem Druck gefällt werden mussten. Er wünscht sich für den Fall einer Fusion ein gemächlicheres Vorgehen (NW 2011c: 448). Auch wenn er keine Ablehnung gegenüber dem Projekt LUNIS äussert, so drückt er Bedenken hinsichtlich der Kompetenzverschiebung hin zur Exekutive und eines Souveränitätsverlusts des Kantons aus, wenn er sagt: «Ich glaube, unser gemeinsames Ziel ist sicher, bestmögliche Voraussetzungen für unser Kantonsspital zu schaffen. Das Projekt LUNIS ist ein Weg dazu. Niemand weiss genau, wie sich diese Partnerschaft bewähren wird. LUNIS, um es nochmals festzuhalten, ist eine Kompetenzverlagerung vom Landrat und Regierungsrat Nidwalden nach Luzern» (Landrat Peter Keller in NW 2011c: 447f.). Die Gesundheits- und Sozialdirektorin stellt in Aussicht, dass man über diese erste dreijährige «Verlobungsphase» dannzumal gründlich diskutieren werde (NW 2011c: 448). Das Protokoll weist schliesslich die einstimmige Genehmigung mit 57 Stimmen aus. Damit ist der Weg frei für die Umsetzung der Spitalregion Luzern/Nidwalden.

7.5.3 Kooperation als Non-Issue in Luzern

Auf Luzerner Seite waren keine Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen notwendig (LUNIS-Rahmenvertrag 2011: 7). Der Luzerner Kantonsrat ist entsprechend bis zu diesem Zeitpunkt kaum in das Geschehen rund um LUNIS involviert. Die gesetzlichen Grundlagen erlauben es nämlich dem Luzerner Kantonsspital, Kooperationen mit anderen Spitälern oder Beteiligungen an Unternehmen einzugehen, sofern die Regierung diese genehmigt (Art. 11, insbes. Abs. 2 und 3 Spitalgesetz LU, Version gültig bis 31.5.2020).⁹⁷ Was die Zustimmung der Regierung betrifft, so ist diese durch deren aktive Involvierung in die Absichtserklärung (2009) und die spätere Rahmenvereinbarung (2011) sichtlich gegeben. Auch danach, in der Umsetzung, tritt LUNIS in den Parlamentsgeschäften fast ausschliesslich im Zusammenhang mit der ordentlichen Berichterstattung (Aufgaben- und Finanzpläne und Jahresberichte) in Erscheinung oder wird von der Regierung in Antworten auf Anfragen zur Spitalplanung erwähnt (z.B. 2015 in der «Anfrage Graber Michèle und Mit. zur aktuellen Spitalplanung»; LU 2015b). In den Geschäftsbericht der Regierung für das Jahr 2017 findet LUNIS Eingang unter der Hauptaufgabe Gesundheit als Teil der Massnahmen, stärker mit den Nachbarkantonen zusammenzuarbeiten. Die Spitalregion solle langfristig und stabil weiterentwickelt werden, wozu die Regierung «gemeinsam mit dem Kanton Nidwalden und den Kantonsspitälern die Überprüfung einer neuen Organisationsform angestossen und eine Gesetzesänderung vorbereitet» habe (LU 2018: 24). Erst mit der geplanten Fusion der beiden Kantonsspitäler in Form einer Übernahme des KSNW durch das LUKS gewinnt LUNIS an Sichtbarkeit und Bedeutung für den Luzerner Kantonsrat, und auch dies vor allem wegen der Umwandlung des Luzerner Kantonsspitals in eine Aktiengesellschaft.

7.5.4 Harmonische Zusammenarbeit auf Spital- und Kantonsebene

Die Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler in der weiter oben erwähnten Form funktioniert allem Anschein nach harmonisch und befriedigend und wird nach aussen als Erfolg kommuniziert (z.B. Aschwanden 2013; Hodel 2014). LUNIS-Vertretende stellen das Projekt sogar auf der nationalen Bühne mehrfach vor, beispielsweise im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik am 17. November 2011 oder an einem Anlass des Kantons Aargau für ein vernetztes Gesundheitswesen am 27. Februar 2012.⁹⁸ Auf Luzerner Seite sind keine Beanstandungen auszumachen und die Vertretenden des kleineren Partners Nidwalden zeigen sich ebenfalls zufrieden mit der Zusammenarbeit und dem

97 Die entsprechende Verselbständigung des Luzerner Kantonsspitals in eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit (siehe Botschaft des Regierungsrates vom 27. September 2005, LU 2005) hatte der Kantonsrat am 11. September 2006 gutgeheissen. Per 1. Juni 2020 fand die Umwandlung des LUKS in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft statt, wonach diese Bestimmungen hinfällig werden.

98 Die Folien-Präsentationen beider Anlässe liegen der Autorin zur Einsicht vor.

Einvernehmen zwischen den beiden Spitaldirektoren. Das demonstrieren Letztere auch gegenüber den Medien (Aschwanden 2015). Der Rahmenvertrag läuft entsprechend nach Ende der Pilotphase 2015 nahtlos weiter (Hodel 2014). Dass zur Verlängerung der «Verlobungszeit» eine ausgiebige Grundsatzdiskussion im Landrat geführt worden wäre, wie sie der SVP-Vertreter Peter Keller noch 2011 gefordert hatte, dafür gibt es keine Hinweise. Möglicherweise bestand zu dem Zeitpunkt kein entsprechender Bedarf mehr, weil sich die Spitalkooperation eingespielt hatte. A. Scheuber (pers. Kommunikation, 5.2.2020) ortet allenthalben den Willen zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit, auf politischer und auf Spitalebene sowie in der Verwaltung; zudem sei das persönliche Einvernehmen zwischen den Beteiligten immer gut gewesen (Hp. Vogler, pers. Kommunikation 4.2.2020).

7.5.5 Der Spitalverbund wird aufgegleist

Nach mehreren Jahren der guten Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler unter einer gemeinsamen strategischen Leitung wird der Ruf laut, einen Schritt weiterzugehen. Als Hauptargument für die Weiterentwicklung von LUNIS wird angeführt, dass die erfolgreiche Zusammenarbeit organisatorisch an ihre Grenzen stosse. Einerseits seien weitere Synergien schwer zu erreichen, solange man als zwei getrennte öffentlich-rechtliche Anstalten zusammenarbeite (LU 2019b: 9f.). Diesbezüglich wird mehrfach insbesondere auf den IT-Bereich verwiesen (LU 2019b: 9). Andererseits garantiere die vorliegende Struktur zu wenig verlässliche Rahmenbedingungen, weil ein Partner einseitig Änderungen vornehmen könne, welche die Voraussetzungen der Kooperation stark beeinträchtigten, dies gelte insbesondere für Luzern (LU 2019b: 10f.). Ausserdem sei das Konstrukt zu stark vom persönlichen Einvernehmen und dem Vertrauen zwischen den beteiligten Einzelpersonen abhängig (Votum KR Urban Sager, LU 2019c: 11; LUNIS 2015: 11) und es wird teils als «Schönwetterorganisation» bezeichnet.⁹⁹ Ausserdem sei die Spitalversorgung von zahlreichen Entwicklungen stark herausgefordert, namentlich von der rasanten technologischen und medizinischen Entwicklung, einem zunehmenden Preis- und Kostendruck, einer zunehmenden Regulierungsdichte, Fachkräftemangel und einem Investitionsbedarf in die Infrastruktur (Informations- und Kommunikationstechnologie ebenso wie anderer/physischer Art). Dies lasse sich im Verbund besser bewältigen, gerade auch weil man Doppelspurigkeiten vermeiden könne (LU 2019b: 8f.). Des Weiteren verweist die Luzerner Regierung in der Botschaft an den Kantonsrat ausdrücklich auf die Koordinationspflicht im KVG:

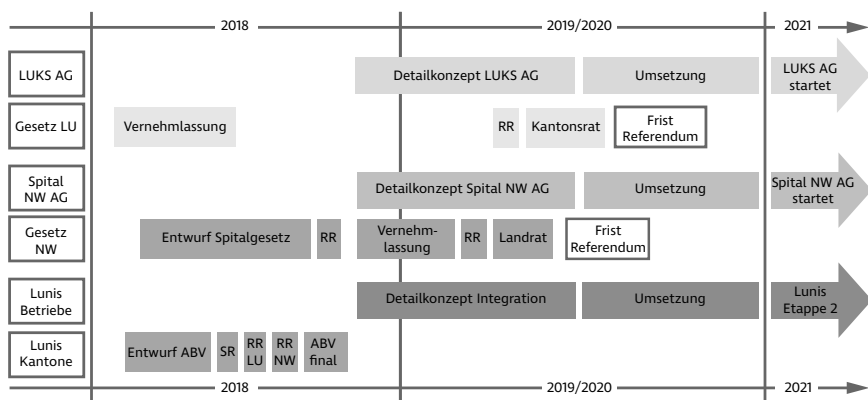
Die Kantone sind zudem von Bundesrechts wegen zu einer koordinierten Spitalplanung und -versorgung verpflichtet, die im Bereich der hochspezialisierten Medizin gar gesamtschweizerisch sein muss

99 Vgl. Präsentation der Regierungsrätin Michèle Blöchliger vor dem Rotary Club Stans vom 27.1.2020 unter dem Titel «LUNIS: Spitalregion LU/NW. «Eine wahre (Erfolgs-)Geschichte»» (Dokument liegt der Autorin vor).

(Art. 39 Abs. 2 und 2bis Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 [KVG; SR 832.10]). Die Spitalversorgung macht somit nicht mehr an der Kantonsgrenze halt, sondern verlangt zunehmend ein Denken in regionalen, überkantonalen Versorgungsräumen. Auch aus der versorgungspolitischen Sicht der Kantone sind deshalb mehr denn je regionale Verbundlösungen gefragt. (LU 2019b: 9)

Die Kooperationsbestrebungen sind in der Darstellung der Luzerner Regierung demnach kein unnötiger Aktivismus, sondern eine verantwortungsvolle Reaktion auf verschiedene Entwicklungen im Spitalbereich und gleichzeitig eine gesetzliche Pflichterfüllung. Um den angesprochenen Verbund zu realisieren, einigen sich die beiden Kantonsregierungen auf das Ziel, die beiden Kantonsspitäler in Form einer Holdingstruktur zusammenzuführen. Zu diesem Zweck sollen die Kantonsspitäler in (gemeinnützige) Aktiengesellschaften umgewandelt werden, was in Luzern und Nidwalden Änderungen des Spitalgesetzes notwendig macht. Die Form der (gemeinnützigen) Aktiengesellschaft schaffe Klarheit und eine grössere Verlässlichkeit (LU 2019b: 13). Erneut wählen die beiden Kantonsregierungen ein schrittweises Vorgehen. Die verschiedenen Schritte sind eng aufeinander abgestimmt (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29 Zeitplan Fusionsprojekt LUNIS



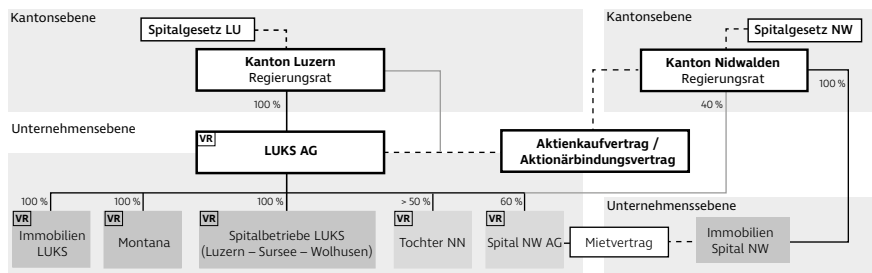
Anmerkung: ABV steht für Aktionärbindungsvertrag, RR für Regierungsrat und SR für Spitalrat. Der Entwurf des Luzerner Spitalgesetzes mit der regierungsrätlichen Botschaft erging am 14. Juni 2019 an den Kantonsrat.

Quelle: Darstellung nach NW 2019b: 34.

Die Gesundheitsdirektionen von Luzern und Nidwalden sowie die gemeinsame Leitung der beiden Kantonsspitäler arbeiten zuerst einen Aktienkaufs- und Aktionärbindungsvertrag (AKABV) aus, der gültig werden soll, sofern beide Kantone die Spitalumwandlung genehmigen (Zustimmung der Parlamente und kein erfolgreiches Referendum). Der AKABV regelt den Aktienkauf, die Aufteilung des Aktienkapitals und die Vertretung im Verwaltungsrat, vor allem aber

stellt er die Minderheitsrechte für den Kanton Nidwalden in Bezug auf dessen Gesundheitsversorgung sicher. Das LUKS kauft 60 Prozent der Aktien der Spital Nidwalden AG, 40 Prozent bleiben beim Kanton Nidwalden als Minderheitsaktionär (vgl. Abbildung 30). Der Kanton Luzern tritt nicht direkt gegenüber Kanton und Kantonsspital Nidwalden in Erscheinung. Als alleiniger Aktionär einer künftigen LUKS AG ist der Kanton Luzern natürlich dennoch involviert. Bezüglich der Minderheitsrechte wird beispielsweise festgehalten, dass das LUKS die stationären Gesundheitsleistungen in den Räumlichkeiten der Spital Nidwalden Immobilien-Gesellschaft zu erbringen habe (Ziffer 14.b Aktienkauf- und Aktionärbindungsvertrag, LUKS et al. 2018), womit der Kanton Nidwalden als alleiniger Eigner der Immobilien-Gesellschaft die Kontrolle über den Standort des KSNW behält.

Abbildung 30 Organisationsform LUNIS nach allen Gesetzesreformen



Quelle: Darstellung nach Bericht an den Landrat zum Gesetz über das Kantonsspital (NW 2019b: 14).

Darüber hinaus regelt der Vertrag ein Minimum an Leistungsbereichen, welche im KSNW angeboten werden müssen (Ziffer 11). Den Umfang der anzubietenden Leistungen regelt der Leistungsauftrag des Nidwaldner Regierungsrats an das KSNW. Umgekehrt regelt der Aktienkauf- und Aktionärbindungsvertrag aber auch, dass der Kanton Nidwalden bestellte Leistungen, die nicht kostendeckend erbracht werden können, über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanzieren muss (Ziffer 12). Damit schützen sich LUKS und der Kanton Luzern ausdrücklich davor, nicht rentable Bereiche im KSNW durch das Mutterhaus quersubventionieren zu müssen. Somit kann der Kanton Nidwalden im Prinzip ein recht umfassendes stationäres Angebot bestellen, sofern er dafür zu bezahlen bereit ist (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Dies ist ein Schutz für den kleineren Partner vor einer ungewollten Konzentration des Leistungsangebots. Gegen übermässige Begehrlichkeiten hinsichtlich des Leistungsumfangs am Standort Stans will sich die Nidwaldner Regierung jedoch ebenfalls absichern. Der Vertreter der Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden hebt hervor, dass an mehreren Stellen im Aktienkauf- und Aktionärbindungsvertrag darauf verwiesen werde, dass die Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten gewährleistet werden müsse und sie ausdrücklich auch kantonsüber-

greifend erfolge (siehe Präambel, Ziffer 4 sowie Ziff. 11.b AKABV in LUKS et al. 2018). Dies sei ein klares Signal an den Landrat und die Bevölkerung, dass man sich nicht alles leisten könne und wolle (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Damit scheint erneut dezent auf, dass es bei der Kooperation für Nidwalden auch mögliche Schattenseiten gibt oder doch zumindest Grenzen, was trotz Kooperation am Standort Stans möglich ist. Ohne nähere Details zu nennen, zeichnet sich ab, dass eine Anpassung des Leistungsangebots in Nidwalden denkbar ist, bei der es nur bedingt mitreden könnte.

Die Parteien unterzeichnen schliesslich den AKABV am 7. November 2018 (LUKS et al. 2018). Zu dem Zeitpunkt ist die Vernehmlassung zur Revision des Spitalgesetzes – und damit der Umwandlung in eine Aktiengesellschaft – im Kanton Luzern bereits abgeschlossen, während sie im Kanton Nidwalden unmittelbar bevorsteht (LUKS et al. 2018).

7.5.6 Reizthema Aktiengesellschaft – Luzern debattiert über die Rechtsformänderung des LUKS

Der parlamentarische Prozess in Luzern offenbart, dass vor allem die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft kritisch gesehen wird, während die Zusammenarbeit mit dem Kanton Nidwalden wenig Anlass zu Diskussionen gibt.¹⁰⁰ Unbestritten ist die Regelung, dass das LUKS zu 100 Prozent in kantonalem Eigentum bleibt. Die Regierung betont als Reaktion auf die Vernehmlassungsantworten explizit, dass alles andere die Akzeptanz der Rechtsformänderung in der Bevölkerung unterminieren würde (LU 2019b: 33).¹⁰¹ Die Vernehmlassungsantworten zeigen weiter, dass der Verlust der politischen Steuerungsmöglichkeiten durch eine weitere Verselbständigung befürchtet wird. Entsprechend bemüht sich bereits die Botschaft darum aufzuzeigen, wie die politische Steuerung und Mitsprache auch unter der neuen Rechtsform gewahrt bleiben (LU 2019b: 38 ff.). Beispielsweise stellt der Bericht Unterschiede und Entsprechungen in tabellarischer Form transparent dar (LU 2019b: 23, 26 f., 29 f.) und die Regierung stellt in Aussicht, noch stärker als bisher über die Eignerstrategie Einfluss zu nehmen. Die Regierung verspricht dem Kantonsrat gar zusätzliche Instrumente, zum Beispiel dass er neu die ersten Statuten der LUKS AG und weitere wichtige Statutenänderungen genehmigen muss, bevor der Regierungsrat als Aktionär zustimmen darf (LU 2019b: 40). Der Luzerner Gesundheitsdirektor hebt die politische Mitwirkung in der zweiten Lesung erneut hervor, wenn er versichert, dass es

100 Vom Gesetz betroffen ist nicht nur das LUKS, sondern auch die Luzerner Psychiatrie, welche ebenfalls in einem Verbund (lups-on) die psychiatrische Versorgung für die Kantone Obwalden und Nidwalden sicherstellt. Dazu betreibt sie den Standort Sarnen. Vorerst ist in diesem Fall allerdings kein engeres Zusammengehen in Form einer Holdingstruktur geplant (LU 2019b: 25, 31).

101 Im Rahmen der Vernehmlassung hatte der Krankenkassenverband Santésuisse gegenüber dem Kanton Nidwalden bedauert, dass die KSNW AG nach dem Teilverkauf in öffentlichem Eigentum bleibe, doch auch die Nidwaldner Regierung betonte, dass eine Privatisierung nicht zur Diskussion stehe (NW 2019a: 21).

ausdrücklich nicht darum gehe, «die Spitäler der politischen Einflussnahme zu entziehen, im Gegenteil, die Einflussmöglichkeiten der Politik sollen ausdrücklich nicht eingeschränkt werden», und er darauf verweist, dass andere Kantone bereits den gleichen Weg beschritten haben (RR Guido Graf in LU 2020a: 2).

Insbesondere die Ratslinke steht der Aktiengesellschaft als Rechtsform per se kritisch gegenüber, weil sie darin eine Schlechterstellung des Personals und eine stärkere Gewinnorientierung wittert. Entsprechend fordern Stimmen aus den Parlamenten in Luzern und in Nidwalden einen Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für das Spitalpersonal (LU 2019c; NW 2019b: 439f.). Aufgrund der Kritik an der Aktiengesellschaft als Rechtsform, die bereits im Rahmen der Vernehmlassung im Kanton Luzern (von Mitte Februar bis Mitte Mai 2018) geäußert wurde, entscheiden die beiden Kantonsregierungen, für die Vorlage in den Parlamenten das Prinzip der Gemeinnützigkeit der zu gründenden Aktiengesellschaften vorzusehen (LU 2019b: 32). Dies bedeutet, dass der erwirtschaftete Gewinn primär im Unternehmen bleibt (z. B. für Reinvestitionen) und nur in reglementiertem und stark begrenztem Umfang an den Eigner ausgeschüttet werden kann (LU 2019b: 16f.; RR Guido Graf in LU 2019c: 12).¹⁰² Dieses Entgegenkommen in der Rechtsform ist ein bewusstes Zugeständnis der Kantonsregierungen an die Linke und die Gewerkschaften, um insbesondere im Kanton Luzern ein Referendum gegen die Vorlage zu verhindern (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.202; Hp. Vogler, pers. Kommunikation 4.2.2020). Von der Forderung nach einer GAV-Pflicht im revidierten Spitalgesetz nimmt die Regierung des Kantons Luzern hingegen Abstand. Die Möglichkeit dazu, einen GAV unter Einbezug des Personals auszuhandeln, besteht hingegen durchaus, was im Lauf der parlamentarischen Debatte zur Sprache kommt. Der Gesundheitsdirektor betont gar, dass er kein Gegner eines GAV sei (LU 2019c: 12). Am 9. Januar 2020 kommuniziert schliesslich das LUKS gemeinsam mit den Sozialpartnern, dass Verhandlungen über einen GAV aufgenommen werden, und zwar rechtzeitig vor der zweiten Lesung im Luzerner Kantonsrat am 27. Januar 2020 (LUKS 2020).

In der zweiten Lesung wird in Anträgen erneut um einzelne Formulierungen gerungen. Der Kantonsrat nimmt schliesslich die überarbeitete Vorlage mit 90 zu 17 Stimmen an (LU 2020a: 9). In den Schlussvoten der Fraktionen wird noch einmal klar, dass die Grünen und Teile der SP mit der Umwandlung in eine Aktiengesellschaft und «dem Abbau der demokratischen Mitsprache» (LU 2020a: 8f.) nicht zufrieden sind, obschon sie in der Kommissionsarbeit viel erreicht hätten und die SP «eine engere Zusammenarbeit der kantonalen Spitäler von Nidwalden und Luzern begrüsst» und betont: «Wir stehen hinter der Spitalregion und auch hinter der engen Zusammenarbeit der Luzerner Psychiatrie mit Obwalden» (LU 2020a:8). Dies deutet darauf hin, dass die abschliessende Vorlage

102 Diese Regelung ist vor allem für den Kanton von einiger Tragweite, da das LUKS während mehrerer Jahre Überschüsse erzielt hatte und Gewinnrückführungen an den Kanton in einem Ausmass stattfanden, wie es unter dem neuen Spitalgesetz mit einem LUKS als gemeinnütziger Aktiengesellschaft nicht mehr möglich sein wird (LU 2019b: 32, 43).

einem ziemlich breit getragenen Kompromiss entspricht. Die Referendumsfrist verstreicht schliesslich in Luzern am 1. April 2020 ungenutzt (LU 2020b: 1137).

7.5.7 Nidwalden will sein Kantonsspital absichern – Einigkeit so weit das Auge reicht

Der politische Prozess im Kanton Nidwalden steht unter etwas anderen Vorzeichen. Während sich die Beratungen im Kanton Luzern vorwiegend um die Rechtsformänderung und die Arbeitsbedingungen des Personals drehen und entsprechend relativ klar einem Rechts-Links-Diskurs unterliegen, steht im Kanton Nidwalden vielmehr im Vordergrund, wie die Zukunft des Kantonsspitals am besten abzusichern sei. Die zuständige Gesundheitsdirektorin Michèle Blöchliger¹⁰³ betont in ihrem Eröffnungsvotum den Erfolg, den LUNIS bisher gebracht habe, und dass ein Alleingang für das KSNW schwerlich gangbar wäre, aufgrund der schnellen medizinischen Entwicklung, der zunehmenden Spezialisierung, der teuren Infrastruktur und wegen des Fachkräftemangels. Man habe aber rechtzeitig und aus der Stärke heraus gehandelt, als man 2011 den Rahmenvertrag mit Luzern und dem LUKS unterzeichnet habe (NW 2019c: 434).

Es war und ist entscheidend, eine gemeinsame Vision zu haben und sie zu realisieren. Dank der Vernetzung entwickeln wir uns weiter und erhöhen das Potenzial im Gesundheitswesen. Wir werden attraktiver, innovativer und wirtschaftlich gesehen, [sic!] gemeinsam wettbewerbsfähiger. (RR Michèle Blöchliger in NW 2019c: 435)

In diesem positiven, die Einigkeit beschwörenden Duktus nehmen sich auch die meisten Fraktionserklärungen aus. Jene der FDP liest sich geradezu überschwänglich:

Die FDP schliesst sich der Meinung der Kommission FGS [Finanzen, Steuern, Gesundheit und Soziales] an und liebt unser Spital und den besten Spitaldirektor und überhaupt ist das die einzige Möglichkeit, das Spital am Leben zu erhalten. Deshalb stimmen wir dem Gesetz mit Überzeugung zu. (NW 2019c: 436)

Landrätin Alice Zimmermann begrüsst namens der CVP die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft. «Aus der Sicht der CVP-Fraktion ist der eingeschlagene Weg der beiden Spitäler richtig. Die Erfahrungen sind vorhanden und das vorliegende Projekt ist die logische Fortsetzung, damit das Projekt in den sicheren Hafen der Ehe segeln kann» (NW 2019c: 437). Der Sprecher der Fraktion der Grünen und SP hingegen stört sich am viel bemühten Bild der Fusion als Ehe und fordert mehr Nüchternheit. Insbesondere stellt er klar, dass nicht wirklich von

103 Regierungsrätin Michèle Blöchliger (SVP) übernahm am 1. Juli 2018 die Gesundheits- und Sozialdirektion von der abtretenden Yvonne von Deschwanden (FDP), mitten in der Ausarbeitung des AKABV, welcher im November 2018 unterzeichnet wurde.

einer gleichgestellten Partnerschaft gesprochen werden könne, sondern es sich vielmehr um eine freundschaftliche Übernahme handle:

Wir sind hier wohl eher in der Phase, dass wir aufgrund von ökonomischen Rahmenbedingungen von einer Übernahme sprechen können, bei der wir dank geschickten Verhandlungen einige wesentliche Rahmenbedingungen gut mitbesprechen und mitgestalten können. Das ist an und für sich für uns gar kein Problem. Wir wollen keinen Heimatschutz auf Ebene Spital betreiben; es kostet uns schlichtweg zu viel. Bei einer nüchternen Betrachtung der Situation bedeutet dies, dass wir zusammenarbeiten müssen. (Landrat Thomas Wallimann in NW 2019c: 437)

Dies ist wohl die grundsätzlich kritischste Stellungnahme in den Landratsberatungen. Dennoch stellt sich auch die Grüne-SP-Fraktion klar und unmissverständlich hinter die Fortsetzungsbeziehungsweise Weiterentwicklung von LUNIS. Die Stellungnahme der SVP-Fraktion ist ebenfalls nüchterner als jene von CVP und FDP. So betont Landrat Peter Waser, dass für die SVP vor allem wichtig war, auch weiterhin ein eigenes Spital zu haben. Einen Alleingang schätzt die Partei als zu risikoreich ein und sieht im LUKS einen zuverlässigen Partner (NW 2019c: 439). «Wir haben die Aufgabe, ein Gesetz zu schaffen, welches zukunftsweisend, möglichen Risiken vorbeugen soll, politische und menschliche Anliegen im Rahmen des Möglichen berücksichtigen sollte, aber auch den Vorgaben des Aktionärsbindungsvertrags entspricht», was eine komplizierte Aufgabe sei (NW 2019c: 438). Der Verweis auf die Vorgaben durch den ABV als Leitplanken für das Spitalgesetz verdeutlicht, wie stark die vorgängige Regierungsarbeit das mögliche Ergebnis in den Augen der Parlamentarierinnen und Parlamentarier determiniert. Umgekehrt schafft das Vorliegen des ABV Sicherheit, welche Konditionen das Parlament im Fall einer Genehmigung der Rechtsformänderung und Fusion erwarten kann. Ganz in diesem Sinn begründete die Nidwaldner Gesundheitsdirektorin einleitend auch das Vorgehen der Regierung (NW 2019c: 435).

Insgesamt sind sich alle Beteiligten darüber einig, dass ein Zusammengehen mit dem LUKS der beste Weg für den Kanton und das KSNW sei. Die Gründe dafür unterscheiden sich jedoch zum Teil. Für die einen geht es primär um den Standorterhalt (FDP-Fraktion, Landrat (LR) Waser für die SVP). Für andere Sprecher ist es vor allem eine finanziell tragbare Lösung (LR Wallimann, SP), während die zuständige Regierungsrätin eine gesteigerte Attraktivität, Wirtschaftlichkeit, Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit betont (s.o.). Damit weist die Vorlage typische Merkmale eines Ambiguous Agreements (Palier 2005) auf: Die Entscheidungsträger sehen alle einige Aspekte darin verwirklicht, hinter die sie sich stellen können, auch wenn sie in anderen Punkten nicht einverstanden sind (z.B. die SP-Grüne-Fraktion, welche gerne einen GAV gesehen hätte, aber dann doch lieber die Arbeitsplätze vor Ort sichert). Alle Antragsstellenden fühlen sich denn auch bemüssigt, die Zustimmung zur Kooperation als solcher zu betonen. So Landrätin Therese Rotzer, welche die Mietkonditionen im Spitalge-

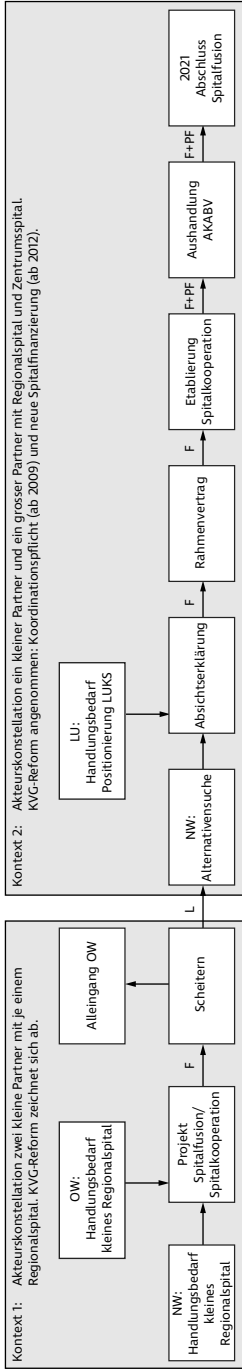
setz präzisiert haben möchte, um eine spätere, eigenmächtige Abänderung der Bestimmungen im ABV durch die Regierung zu verhindern (siehe Diskussion NW 2019c: 441–445). Die Verankerung einer GAV-Pflicht im Spitalgesetz wird vonseiten der SP – wie bereits in Luzern – ebenfalls beantragt, bleibt allerdings mit 46 zu 8 Stimmen chancenlos (NW 2019c: 441). Die Sprecherin der vorberatenden Kommission begründet die Ablehnung einer GAV-Pflicht einerseits damit, der künftigen Spitalaktiengesellschaft nicht ins operative Geschäft reinreden zu wollen, und andererseits interessanterweise vor allem damit, dass man sonst den ABV mit dem Kanton Luzern nachverhandeln müsse (NW 2019c: 436). Auch hier wird auf die Grenzen verwiesen, die der ABV vorgibt, weil Änderungen zu aufwändig wären.

Die zweite Lesung bringt keine grundsätzlichen Änderungen mehr. Landrat Thomas Wallimann stellt einen neuen Antrag, um den GAV als erwünschtes Ziel im Spitalgesetz zu verankern, und kritisiert die Rechtsform der gemeinnützigen Aktiengesellschaft als Augenwischerei, da es sich auch als AG klar um einen Staatsbetrieb handle. Darauf folgen ausführliche Diskussionen über die Verdienste von Gesamtarbeitsverträgen und deren Sinn und Zweck für das KSNW (NW 2019c: 494–498). Landrätin Therese Rotzer stellt ihren umformulierten Antrag zur Festschreibung der Kostenmiete. Beide Anträge werden nach ausführlichen Diskussionen abgelehnt. Der Nidwaldner Landrat nimmt das revidierte Spitalgesetz am 23. Oktober 2019 schliesslich mit 53 zu 0 Stimmen an (NW 2019c: 503). Die Referendumsfrist verstreicht unbenutzt.

Nach der Gutheissung der Spitalgesetzesrevisionen in beiden Kantonen steht die jeweilige Inkraftsetzung noch nicht genau fest und kann von den Regierungen bestimmt werden. Erklärtes Ziel ist, dass die beiden öffentlich-rechtlichen Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit 2021 in Aktiengesellschaften umgewandelt werden und anschliessend nach der Gründung der Nidwaldner Spital-Immobilien-Gesellschaft und der Registrierung der Spital Nidwalden AG im Handelsregister der Verkauf an das LUKS über die Bühne gehen soll. Mit der Wahl des Verwaltungsrates im Juni 2021 (LU und NW 2021)¹⁰⁴, der Gründung der beiden gemeinnützigen Aktiengesellschaften auf den 1. Juli 2021 und dem Verkauf von 60 Prozent der Aktien der Spital Nidwalden AG an das LUKS ist die Geschichte der interkantonalen Fusion abgeschlossen, welche schweizweit für Aufsehen sorgt. Dies ist zu sehen in einem Umfeld, in dem nach wie vor die kantonale Gesundheitsversorgung dominiert und interkantonale Spitalverbünde wie LUNIS, HRC und HIB die Ausnahme bilden.

104 Der erste Verwaltungsrat für die Luzerner Kantonsspital AG und die Spital Nidwalden AG besteht mehrheitlich aus den bisherigen Mitgliedern des Spitalrats. Die Nidwaldner Regierungsrätin zieht sich aus der strategischen Leitung des Spitals Nidwalden (davor Kantonsspital Nidwalden) zurück. Nach Abschluss des politisch wichtigen Fusionsprozesses solle der Verwaltungsrat (davor Spitalrat) ein Fachgremium sein. Die Kantonsvertretung übernimmt der bisherige Spitalrat Hanspeter Kiser (LU und NW 2021).

Abbildung 31 Wirkungsmodell der Kooperationsprozesse



Anmerkung: Die Buchstaben stehen für die jeweiligen Hauptmechanismen. F für Framing, L für Lernen und PF für positives Feedback.
 Quelle: Mechanismen nach Falletti und Lynch (2009: 1150).

Das Zustandekommen der viel beachteten LUNIS-Kollaboration ist ein erster Schritt. Sie klammert die Spitalplanung im engeren Sinn aus, also die Bedarfsermittlung und -planung. Diese bleibt in der Hand jedes einzelnen Kantons. Folglich erteilt auch jeder Kanton künftig Leistungsaufträge selbständig. Das ist ein Punkt, den der Versicherungsverband Santésuisse in der Vernehmlassung zum Nidwaldner Spitalgesetz kritisiert hatte (NW 2019d: 21). Immerhin haben sich die Kantone darauf verständigt, die LUNIS-Spitäler gegenseitig für das volle Leistungsspektrum auf die Spitalliste zu nehmen, und die befragten Experten verweisen darauf, dass eine Abstimmung in der Spitalplanung sowieso zwingend sei (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Das anschliessende Kapitel würdigt die einzelnen Sequenzen und deren Bedeutung für das Gelingen des Prozesses mit dem Resultat einer gemeinsamen Versorgungsregion.

7.6 Diskussion

Auf Basis der beschriebenen Sequenzen, die den Prozess nachzeichnen, werden die Ereignisse in einen kausalen Wirkungszusammenhang gestellt und stärker mit den theoretischen Konzepten verknüpft. Im Sinn eines Most-Similar-Systems-Design dank des diachronen Vergleichs unterscheiden sich die beiden Kooperationssituationen im Wesentlichen in zwei Punkten: erstens der Akteurskonstellation und zweitens hinsichtlich dem KVG-Kontext. Damit bestehen gute Voraussetzungen, um kausale Schlüsse aus den Unterschieden ziehen zu können (vgl. Kapitel 11). Abbildung 32 stellt die Abläufe als Wirkungskette der beiden Kooperationsvorhaben dar und benennt die Mechanismen, die zwischen den einzelnen Schritten spielen. Die zentralen identifizierten Kausalmechanismen sind Framing (der öffentlichen politischen Meinung), Lernen und positives Feedback. Insbesondere für das Framing spielen die unterschiedlichen Strategien aus der Retrenchment-Literatur, und wie die Verantwortlichen sie einsetzen, eine wesentliche Rolle.

Die Wirkungskette stellt sich wie folgt dar: In der ersten Kooperations-situation zwischen Obwalden und Nidwalden besteht in beiden Kantonen Handlungsbedarf hinsichtlich der längerfristigen finanziellen Aussichten der Kantonsspitäler, wobei die Gesundheitskosten in Obwalden einen grösseren Anteil an den Steuereinnahmen ausmachen. Vor dem Hintergrund werden verschiedene Varianten einer Spitalkooperation geprüft und teilweise umgesetzt. Allerdings gelingt es nicht, beispielsweise über Framing eine breite Akzeptanz in der Obwaldner Bevölkerung zu schaffen, weshalb das Projekt scheitert. Der Kanton Nidwalden bleibt bei der Auffassung, dass langfristig ein Alleingang nicht sinnvoll ist, und findet im Kanton Luzern und dem LUKS einen alternativen Kooperationspartner. Die Verantwortlichen in Nidwalden ziehen mehrere Lehren aus dem gescheiterten Projekt, wie anschliessend noch erläutert wird. Ausserdem hat sich der Kontext geändert, insofern der Handlungsdruck von aussen durch die angenommene KVG-Revision noch sichtbarer wird. Über diverse Schritte

hinweg betreibt die Regierung aktives Framing der politischen Diskussion, indem die Kooperation als erfolversprechend und sinnvoll dargestellt wird. Über die Zeit kommen zunehmend positive Feedback-Mechanismen durch bereits erzielte Kooperationsvorteile ins Spiel, sodass eine Umkehr vom eingeschlagenen Kooperationspfad immer schwieriger würde, was zur Annahme der Spitalfusion als letzten Schritt des LUNIS-Projekts führt. Dies ist in groben Zügen die zugrundeliegende Kausalkette, deren einzelne Schritte und Mechanismen im Folgenden ausführlicher diskutiert werden.

7.6.1 Handlungsspielraum in den verschiedenen Akteurskonstellationen

Das Projekt LUNIS hat zum einen eine hoch politische Seite, weil es zwei Kantonsspitäler im Besitz der öffentlichen Hand und die Planung der kantonalen Gesundheitsversorgung anbelangt. Zum anderen betrifft es die Spitäler selbst und dabei insbesondere die Spitalleitungen. In Luzern läuft das LUNIS-Projekt lange Zeit ausserhalb der breiteren politischen Aufmerksamkeit. Die Gesundheitsversorgung der eigenen Bevölkerung tangiert LUNIS kaum und die Luzerner Standorte sind dadurch nicht in Frage gestellt. Für den Kanton Luzern als Eigentümer des LUKS geht es vorrangig darum, gute Voraussetzungen für das Spital zu schaffen und durch LUNIS allenfalls Vorteile für eine qualitativ hochstehende und möglichst kostengünstige Gesundheitsversorgung zu erlangen, sei dies über höhere Fallzahlen, eine bessere Auslastung der Infrastruktur, Effizienzgewinne oder andere Synergien. Wenn eine Form der interkantonalen Zusammenarbeit gelingt, kann der Kanton Luzern politisch eigentlich nur profitieren, in einem Umfeld, in dem über einen Mangel an interkantonomer Zusammenarbeit geklagt wird. Entsprechend wenig politische Aufmerksamkeit erregte LUNIS in Luzern, solange keine Gesetzesänderungen notwendig waren. Die Luzerner Regierung konnte somit relativ frei von (parlamentarischen) politischen Zwängen handeln und mit Nidwalden verhandeln. Dies änderte sich erst zu dem Zeitpunkt, als die Regierungen von Luzern und Nidwalden die Zusammenarbeit weiter vertiefen und dazu eine Holdingstruktur gründen wollten, wozu die beiden Kantonsspitäler zuerst in gemeinnützige Aktiengesellschaften umgewandelt werden mussten.

Für den Kanton Nidwalden als kleineren Partner steht hingegen von Anfang an deutlich mehr auf dem Spiel. Es geht darum, wie die Zukunft der Nidwaldner Gesundheitsversorgung aussehen soll, in letzter Konsequenz ob mit oder ohne eigenes Spital und wenn mit einem Spital, zu welchen Kosten und in welcher Qualität. Der Kanton ist in der Funktion als Eigentümer des Spitals, als Standortkanton mit wirtschaftlichen Interessen und als Gewährleister einer Gesundheitsversorgung betroffen. Damit geniesst LUNIS für den Kanton Nidwalden hohe Priorität und ist von grosser politischer Bedeutung. Eine Abgabe an Selbstbestimmung durch eine Kooperation hat für Nidwalden demnach durchaus die Sprengkraft einer umstrittenen Abbauvorlage. Entsprechend wichtig ist

es, wie der Prozess in Nidwalden verlief und breite Akzeptanz für das LUNIS-Projekt schaffen konnte.

Im gescheiterten Vorgängerprojekt zwischen Nidwalden und Obwalden hingegen ging es für beide Partner darum, die Gesundheitsversorgung im eigenen Kanton sicherzustellen und nicht lediglich zu optimieren – wie für Luzern. Damit war der Handlungsspielraum beider Regierungen politisch stärker eingeschränkt. Dies zeigte sich besonders dann, als ein Vorschlag mit nur einem Spitalstandort in Nidwalden zur Diskussion stand, für den sich die Obwaldner Regierung temporär erwärmen konnte, aber wovon sie aufgrund politischen Widerstands aus Teilen der Bevölkerung und der Wirtschaft wieder Abstand nahm. Denn Spitalschliessungen sind in hohem Masse unbeliebt, weil viele gewachsene Interessen daran hängen, von den Angestellten, über lokale Zulieferer und die Bevölkerung bis zur Standortgemeinde. Aufgrund der vorliegenden Quellen ist nicht erkennbar, wie gross der Wille in der Obwaldner Regierung war, für die Spitalkooperation mit Nidwalden zu kämpfen. Jedenfalls trat die damals zuständige Regierungsrätin Elisabeth Gander, die sich im Kantonsrat für das Projekt eingesetzt hatte, 2006 nach elf Amtsjahren nicht mehr zur Wiederwahl an (News.ch 2005). Ab der offenen Ablehnung einer engeren Kooperation mit Nidwalden beschränkten sich beide Seiten auf eine operative Zusammenarbeit der beiden Spitäler. Auch sie wurde aufgrund des politischen Klimas (siehe Kapitel 7.3) aber immer schwieriger.

7.6.2 Unterschiedliches Framing – unterschiedliche Chancenbewertung

Bekanntermassen sah sich die Nidwaldner Regierung früh nach Alternativen um, weil sie einen Alleingang als zu grosses Risiko einstufte und fest an die Vorteile einer Verbundlösung glaubte. Wie sehr sich die Einstellung der Entscheidungsträger zu Verbundlösungen in Nidwalden und Obwalden unterschieden, widerspiegelt auch die Einschätzung des Kooperationspartners LUKS im Bericht des Obwaldner Regierungsrats zum Volksbegehren der Aktion pro Kantonsspital Obwalden von 2007, das ein selbständiges Kantonsspital unter eigener Leitung forderte. Im Bericht stellt die Obwaldner Regierung das LUKS nicht als unzweifelhaft starken Partner dar, sondern hebt neben seinen Stärken als Zentrumsspital und Hort qualifizierten Fachwissens auch hervor, dass aufgrund von Sparmassnahmen Ressourcen fehlten, um das KSO zu unterstützen, und dass der Leistungseinkauf in Luzern zu teuer sei (OW 2007a: 16). Aktive Strategien der Blame-Avoidance oder eines Credit-Claimings im Sinn von «Seeking Retrenchment and Votes» (Bonoli 2012: 100) oder Retrenchment-as-Credit-Claiming, indem man eine Kooperation offensiv als verantwortungsvolles Handeln dargestellt hätte, lassen sich in Obwalden gegenüber dem Parlament nicht klar ausmachen. Im Abstimmungsbüchlein (OW 2007c) werden hingegen die Vorteile durchaus benannt und die Risiken eines Alleingangs dargestellt (vgl. auch Kapitel 11.3.2). Doch das allein reicht nicht, um die vorhandene Skepsis gegenüber

einer verstärkten Kooperation auszuräumen und die Debatte wirklich zu framen.¹⁰⁵

Anders sieht es in Nidwalden aus. Vorbehalte gegenüber dem LUNIS-Partner lässt NW nicht aufkommen und stuft das LUKS unzweideutig als starkes, verlässliches Gegenüber ein. Die ganze Tonalität ist optimistischer. Die Regierung spricht beispielsweise nicht davon, vom LUKS unterstützt zu werden, sondern dadurch «fit» und gerüstet für die Zukunft zu sein (siehe weiter vorne zitierte Aussagen der Regierungsrätin in NW 2011b: 377), gegenseitig zu «profitieren» (LU und NW 2011a: Folie 6), oder dass die Zusammenarbeit Nidwalden stärke (z. B. NW 2011b: 376 f.). Diese Grundhaltung zum Verbund als Chance zieht sich durch die gesamte Kommunikation, in der Medienarbeit sowieso, aber auch in den Berichten der Regierung an den Landrat oder an diversen Öffentlichkeitsanlässen, und das unter allen drei zuständigen Regierungsrätinnen und -räten. Zudem gelingt es den Verantwortlichen Nidwaldens, eine aktiv handelnde Rolle für sich zu beanspruchen, in der man sich aus einer Position der Stärke heraus mit dem LUKS verbünde (NW 2019c: 434). Hier wird eindeutig Framing im Sinn von Credit-Claiming betrieben. Das entspricht sehr genau dem Credit-Claiming für – möglicherweise – unbeliebte Massnahmen, welche die Verantwortlichen aber als verantwortungsvolles Handeln darstellen können. Dies wird noch dadurch gefördert, dass die Herausforderungen für die Nidwaldner Gesundheitsversorgung respektive das Kantonsspital nicht aus einer Konkurrenzsituation mit dem Kanton Luzern stammen, sondern vielmehr von übergeordneten, teils vom Bund gesteuerten Entwicklungen im Gesundheitswesen. Allerspätestens ab Mitte der 2000er-Jahre zeichnet sich ab, dass sich die Rahmenbedingungen verändern werden. Mit der 2007 verabschiedeten KVG-Reform mit der Koordinationspflicht (ab 2009) und insbesondere der Einführung der neuen Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen, der Patientenfreizügigkeit, dem Wechsel weg von einer Objektfinanzierung hin zur Leistungsfinanzierung erhöht sich die Dringlichkeit zu handeln, gerade für kleinere Regionalspitäler. Damit verändert sich der Kontext und der Reformdruck nimmt zu. Deshalb scheint die Rahmenvereinbarung von 2009 mit dem Kanton Luzern nur eine folgerichtige Antwort auf bevorstehende Umwälzungen in der Spitalfinanzierung, was sich auch zehn Jahre später in der grossen, parteiübergreifenden Einigkeit über den gewählten Kooperationsweg zeigt (siehe politische Debatte im Kanton Nidwalden im Jahr 2019, ausgeführt in Kapitel 7.5.7). Trotz des erheblichen Grössenunterschieds von eins zu zehn gelingt es dem Kanton Nidwalden, nicht als Juniorpartner dazustehen. Möglicherweise genau weil für den Kanton Luzern wenig auf dem Spiel steht, kann er Nidwalden Raum geben, um sich zu profilieren. Denn letztlich ist es sein Kantonsspital-Unternehmen, das hauptsächlich vertragliche Beziehungen mit dem Kanton Nidwalden und dem KSNW eingeht.

105 Die Skepsis scheint tief verankert, wie die Reaktionen auf Kooperationsszenarien der Regierung zur künftigen Obwaldner Spitalversorgung unter den Betroffenen zeigen, denn die «Obwaldner Spital-Pläne mit Luzern wecken Bedenken» (Herger 2019), u. a. beim Spitalrat des KSO.

Hinzu kommt, dass der Kanton Nidwalden aus dem Testlauf mit Obwalden einige Lehren gezogen hat. Vermutlich war den Verantwortlichen früh bewusst, wie wichtig die öffentliche Meinung zur LUNIS-Zusammenarbeit für den Erfolg sein würde, wie man an der fehlenden öffentlichen Unterstützung in Obwalden gesehen hatte. Die Nidwaldner Regierung – unterstützt von den Partnern – verfolgte eine aktive Informationspolitik mit zahlreichen Anlässen, an denen Geschlossenheit zwischen den beteiligten Akteuren demonstriert wurde. Nach ihrem Rücktritt 2018 beschrieb Alt-Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden gegenüber einem Journalisten den Kommunikationsaufwand wie folgt:

«Ich bin fast von einer Orientierungsversammlung zur nächsten gepilgert.» Es sei ihr wichtig gewesen umfassend zu informieren, denn zu Beginn sei in Nidwalden eine gewisse Skepsis gegenüber dem Projekt spürbar gewesen. (Übelhart 2018, mit Zitat von Y. von Deschwanden)

Bei einigen medialen Anlässen (z.B. der Medienkonferenz vom 21. Februar 2013 zum Zwischenbericht Umsetzung LUNIS, Etappe 1) traten die Spitzen aller beteiligten Organisationen gemeinsam auf: Nidwaldens Gesundheitsdirektorin Yvonne von Deschwanden, Luzerns Gesundheitsdirektor Guido Graf, der Spitalratspräsident Beat Villiger, der CEO von LUKS und KSNW Benno Fuchs und Spitaldirektor von KSNW und stv. CEO LUKS Urs Baumberger. Dies alles vermittelt das Bild von Geschlossenheit.

Anders als in Obwalden wird zwar von niemandem lautstark beklagt, dass man die Souveränität in der Gesundheitsversorgung mit LUNIS aufgeben muss. Durch den Prozess hindurch zieht sich jedoch sehr wohl das Bemühen, die Entscheidungshoheit möglichst umfassend zu wahren. Im Lauf des Kollaborationsprojekts betonen verschiedentlich die Nidwaldner Regierung oder Landrätinnen und Landräte, dass man mit dieser oder jener Regel die Interessen Nidwaldens sehr gut vertreten habe. Bei aller Einigkeit über die Ausrichtung scheint es gleichwohl einen gewissen Rechtfertigungsbedarf gegeben zu haben, was den potenziellen Autonomieverlust durch das Eingehen der LUNIS-Kollaboration angeht. Ein Beispiel dafür ist, dass die Anzahl der Verwaltungsräte (und vorher der Spitalräte) überproportional zur Kantonsgrösse ist.¹⁰⁶ Weil für den Kanton Nidwalden LUNIS auch eine sehr politische Dimension hat, nimmt die Nidwaldner Gesundheitsdirektorin Einsitz in den Spitalrat von LUKS und KSNW (nicht jedoch der Luzerner Gesundheitsdirektor), obschon dies nicht unbedingt gängigen Public-Corporate-Governance-Empfehlungen entspricht (Schedler et al. 2016: 125 ff.). Dies hatte gelegentlich im Landrat zu diskutieren gegeben und ein

106 So gewährt der LUNIS-Rahmenvertrag von 2011 gemäss Bestimmung 1.2 dem Kanton Nidwalden das Vorschlagsrecht für zwei von sieben Spitalratssitzen für die personell identischen Spitalräte des KSNW und des LUKS, obschon die Spitalgrösse in etwa dem Verhältnis von eins zu zehn entspricht. Auch in der künftigen Holdingstruktur wird eine von Nidwalden vorgeschlagene Person Einsitz in den Verwaltungsrat von LUKS nehmen können (LUKS et al. 2018: 8), was umgekehrt natürlich bedeutet, dass die übrigen nicht von NW gewählt werden.

Einsitz ohne Stimmrecht wurde noch 2010 mit Verweis auf Corporate-Governance-Regeln abgelehnt (siehe Motion Odermatt vom 9.12.2009 in NW 2010: 354–363). Für die Entwicklung der LUNIS-Zusammenarbeit war die enge politische Begleitung jedoch gewünscht und half, Vertrauen zwischen den Beteiligten zu schaffen und der politischen Logik (Fokus auf das Machbare) im Spitalrat Gehör zu verschaffen (A. Scheuber, pers. Kommunikation 1.5.2017). Und wie bereits früher dargelegt, dient der Aktionärbindungsvertrag dazu, weitere Minderheitsrechte abzusichern.

7.6.3 Viele Steinchen ergeben ein Mosaik

Insgesamt waren es verschiedene Elemente, die zu einem erfolgreichen Entstehungsprozess von LUNIS führten. Bereits ausführlich dokumentiert wurde die ausgeprägt optimistische und auf Credit-Claiming ausgelegte Kommunikationsstrategie der Nidwaldner Regierung, gepaart mit der Vielzahl an Öffentlichkeitsanlässen für die Medien wie für die Bevölkerung. Von aussen her verlieh die KVG-Reform dem Kooperationsvorhaben eine gewisse Dringlichkeit, was erneut gut zu den Voraussetzungen für Seeking Retrenchment and Votes passt. Das Gelingen hauptsächlich diesem Faktor zuzuschreiben, wäre jedoch fragwürdig. Denn schon seit anfangs der 2000er Jahre zeichneten sich die kommenden Veränderungen ab und die finanziellen Rahmenbedingungen für kleine Grundversorgungsspitäler waren bereits schwierig. Es waren weitere Prozesselemente, die sich als hilfreich erwiesen. So die Tatsache, dass vom Unterzeichnen der ersten Absichtserklärung 2009 über das Rahmenabkommen von 2011 bis zum Beschluss 2019, die Kantonsspitäler in gemeinnützige Aktiengesellschaften umzuwandeln, damit 2021 das KSNW vom LUKS übernommen werden konnte, über ein Jahrzehnt verstrich. Dies ermöglichte es, die Zusammenarbeit zu testen und sich in Nidwalden an den Gedanken zu gewöhnen, dass das KSNW nicht selbständig bleiben würde – man hätte unterwegs aussteigen und die Vereinbarung kündigen können.

Ausserdem konnte man in der Zwischenzeit feststellen, ob sich die Zusammenarbeit bewährt. Es zeigte sich, dass sich die Fallzahlen in beiden Spitälern positiv entwickelten (Aschwanden 2013). Inwiefern dies wirklich kausal auf die LUNIS-Zusammenarbeit zurückzuführen ist, ist von aussen kaum feststellbar, trägt aber dennoch zur positiven Wahrnehmung bei. Aufgrund der frühen De-facto-Zusammenlegung der strategischen Führung der beiden Kantonsspitäler konnte eine Gesamtsicht entwickelt werden, die mittlerweile auch auf unteren, ärztlichen Ebenen immer weiter gedeiht, was zu einem Wir-Gefühl geführt habe (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Die strategische Gesamtsicht und das Zusammengehörigkeitsgefühl erachten beide befragten Kantonsvertreter als wichtige Erfolgsfaktoren für das Gelingen von LUNIS, gerade im Vergleich mit dem Kooperationsvorhaben mit Obwalden, in dem dies nicht gelungen sei. Die fehlende gemeinsame strategische Führung sei denn auch der Hauptfehler beim Vorgängerprojekt gewesen (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020),

welchen man bei LUNIS nicht wiederholte (Lernen). Damit handelt es sich um ein behutsames schrittweises Vorgehen, das niemanden überrumpelte. Eine eigentliche Konsolidierung des Angebots zwischen dem LUKS und dem KSNW blieb ausgeklammert. Eine gemeinsame Angebotsplanung der Kantone Luzern und Nidwalden ist bis anhin nicht vorgesehen, sodass Nidwalden autonom über seinen Leistungsauftrag bestimmt. Mit dem ABV verpflichtet sich das LUKS, die gewünschten Leistungen am Standort Stans anzubieten, sofern der Kanton Nidwalden bereit ist, über gemeinwirtschaftliche Leistungen jene Kosten abzugelten, welche die Fallpauschalen nicht decken. Dies ist sicherlich für die breite Akzeptanz von LUNIS vor allem im Kanton Nidwalden von grosser Bedeutung. Somit ist LUNIS bisher tatsächlich eine Win-win-Situation. Es bleibt damit weiter in der Hand von Nidwalden darüber zu entscheiden, ab wann der Kostendruck so gross ist, dass man auf bestimmte Gesundheitsleistungen im eigenen Kanton verzichten will, weil sie allenfalls ausserkantonale günstiger zu haben wären.

Abgesehen davon, dass die Kantone Luzern und Nidwalden sowie die beiden Kantonsspitäler behutsam und schrittweise vorgegangen sind, sich in der Kunst des politisch Machbaren geübt und auf den grossen Wurf verzichtet haben (Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020), sollte zuletzt nicht unerwähnt bleiben, dass alle Befragten hervorheben, dass das persönliche Einvernehmen unter den Beteiligten immer gut gewesen sei, über alle Gesundheitsdirektoren-Konstellationen hinweg, zwischen den beiden Spitaldirektoren, aber auch auf Verwaltungsebene. Es sei zudem immer ein Wille zur Zusammenarbeit da gewesen (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020; Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Die Umwandlung zur neuen Rechtsform von LUNIS als Holdingstruktur zeugt indirekt auch von diesem guten Einvernehmen. Denn damit will man ausdrücklich auch dafür sorgen, dass die gute Zusammenarbeit weniger personenabhängig werde und für allfällige Konflikte oder Krisen besser gewappnet wäre.

Betrachtet man den Prozess und das Verhalten insbesondere der Nidwaldner Regierung nochmals im Licht der Ende Kapitel 6 aufgestellten Thesen, zeigt sich, dass dies durchaus vorhersehbares Verhalten ist, das sich gut in einen historisch-institutionalistischen Analyserahmen einbetten lässt. Übereinstimmend mit der ersten These nimmt die Bevölkerung im Kanton Obwalden die geplanten Veränderungen eindeutig als Retrenchment wahr, was aufgrund der zeitweilig diskutierten Schliessung des Akutspitals in Sarnen verständlich ist. Aber auch in Nidwalden muss viel Überzeugungsarbeit geleistet werden, um LUNIS populär zu machen. Hinsichtlich der zweiten These lassen sich mannigfach Belege für ein Framing der politischen Debatte mithilfe von Blame-Avoidance, Blame-Shifting und Credit-Claiming finden. Aufgrund der Mitsprachemöglichkeit über direktdemokratische Instrumente reicht eine reine Schuldzuweisungs- oder -verschleierungsstrategie nicht, um den Status quo zu verändern. Es ist eine subtile Kombination aus Elementen von Blame-Avoidance, Blame-Shifting ebenso wie von Credit-Claiming, die versucht, potenziell unbeliebte Anpassungen und die Debatte darüber so zu gestalten, dass sie politisch eine Chance haben und nicht dem Vote-Seeking zuwiderlaufen. Die Art

der positiven Kommunikation der Nidwaldner Regierung ist mehr als reine rhetorische Strategie. Die Regierung investiert sich mit viel Einsatz und Sichtbarkeit in die LUNIS-Zusammenarbeit. Sie stellt sich ohne Wenn und Aber dahinter und präsentiert das Projekt bei zahlreichen Auftritten der eigenen Bevölkerung, aber auch anderen schweizerischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern. A. Scheuber (pers. Kommunikation, 5.2.2020) spricht von einer langen politischen Hintergrundarbeit, «um die Vorteile einer Zusammenarbeit der Bevölkerung und Gesellschaft zu kommunizieren» und Vertrauen zu schaffen. Organisiert habe man aus diesem Grund «gemeinsame Anlässe von beiden Spitaldirektoren (Fuchs, Baumberger), Vertretungen der personell identischen Spitalräte und den beiden Regierungen, an denen man den Kooperationswillen demonstrierte und offen zugestand, dass Nidwalden etwas Souveränität aufgibt, dafür aber Arbeitsplätze aufrechterhält und die medizinische Qualität in der Gesundheitsversorgung gewinnt» (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Dabei kann sich Nidwalden als Kanton präsentieren, der frühzeitig gehandelt hat, um das eigene Kantonsspital zu erhalten oder sogar die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen.¹⁰⁷ Für die Tatsache, dass man handeln musste und nicht weitermachen konnte wie bisher, kann man von aussen gegebene Entwicklungen verantwortlich machen. Dies ist einerseits der steigende Kostendruck des Kantonsspitals aufgrund der neuen Spitalfinanzierung.¹⁰⁸ Andererseits sind die geforderten Mindestfallzahlen durch das SPLG-Konzept für kleinere Spitäler teils eine Herausforderung. Weil letztere auch der Qualitätssicherung dienen, braucht sich so der Kanton nicht auf die reine Finanzlogik zu beziehen, sondern kann ausserdem für sich in Anspruch nehmen, die medizinische Versorgungsqualität zu sichern oder gar zu verbessern. Es handelt sich damit letztlich (noch) nicht um eine Retrenchment-Vorlage im Sinne Piersons (1996), weil durch die Zusammenarbeit vorerst Synergiegewinne und Personalvorteile eingefahren werden können und kein Abbau von Leistungsbereichen oder gar des Standorts stattfindet. Allerdings hat Nidwalden sehr wohl Autonomie teilweise abgegeben und macht sich von anderen abhängig. Ausserdem betont die Präambel im ABV (LUKS et al. 2018), dass die bestellten Leistungen wirtschaftlich sein müssen und man das ausserkantonale Angebot dazu ebenfalls berücksichtigt. Dies ist ein eindeutiges Indiz für den Willen der Regierung, nötigenfalls Leistungen ausserkantonale zu vergeben, womit eine Anpassung oder Reduktion des Angebots in Nidwalden im Raum stehen bleibt. Die Anzeichen für ein sogenanntes Phasing-in von unbeliebten Konsequenzen sind klar: Die potenziell Widerstand

107 Vgl. Präsentation der Regierungsrätin Michèle Blöchli vor dem Rotary Club Stans vom 27.1.2020 unter dem Titel «LUNIS: Spitalregion LU/NW. «Eine wahre (Erfolgs-)Geschichte»» (Dokument liegt der Autorin vor).

108 Aus Spitalsicht und damit für den Kanton als Eigentümer sind insbesondere die Fallpauschalen und der Wechsel zur Leistungsfinanzierung dafür verantwortlich. Für die kantonalen Finanzen spielt natürlich auch eine Rolle, wie viele Menschen sich wie behandeln lassen (demografische Entwicklung, ambulant vor stationär usw.) und dass der Kanton ab 2012 für alle Patienten unabhängig des Versicherungsstatus 55 Prozent der Spitalkosten übernehmen muss.

auslösenden Massnahmen werden auf die Zukunft vertagt oder schleichend eingeführt, sodass sie zum entsprechenden Zeitpunkt alternativlos scheinen oder sich die Betroffenen darauf eingestellt haben. Denn wie die Mechanismen von Pfadabhängigkeit (Pierson 2000) vor Augen führen, ist es schwierig, einmal in Gang gesetzte Entwicklungen rückgängig zu machen, was in diesem Fall sicherlich so gewollt ist. Dass diese Verzögerungstaktik nämlich mit LUNIS teilweise so spielt, zeigen Aussagen der Interviewten auf die Bemerkung hin, dass zurzeit noch keine einschneidenden Änderungen – oder gar nur Vorteile – mit der Kollaboration verbunden seien: «Allerdings wird früher oder später eine Bereinigung vor allem auch aufgrund der neu angedachten Qualitätskriterien (Mindestfallzahlen usw.) der Leistungsbereiche kommen. Zudem kann und will sich Nidwalden nicht alles leisten» (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020, ähnlich auch Hp. Vogler, pers. Kommunikation, 4.2.2020). Diese Äusserung illustriert wiederholt die Möglichkeit, die Schuld von den kantonalen Entscheidungsträgern und von LUNIS weg zu schieben (Blame-Shifting). Verantwortlich sind die mehr oder weniger von aussen vorgegebenen Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen, welche das SPLG-Konzept festlegt. Und ist es einmal so weit, wird das Heil wohl kaum in einer Auflösung der Zusammenarbeit gesucht werden, sondern man wird einen neuen gangbaren Weg suchen müssen.

Schlussfolgerungen

8 Schlussbetrachtungen und Ausblick

Die übergeordnete Forschungsfrage der vorliegenden Studie war, was die horizontale Kooperation von Gliedstaaten auf den verschiedenen Kooperationsstufen beeinflusst und wie sie zustande kommt. Die Frage ist relevant, weil einerseits die horizontalen Kooperationsbeziehungen in föderalen Staaten nach wie vor weniger untersucht sind als die vertikalen Beziehungen. Andererseits wird horizontale Zusammenarbeit sowohl in der Forschung als auch von den Gliedstaaten als ein Weg betrachtet, um Politikprobleme im Rahmen einer bestehenden Kompetenzordnung zu lösen, ohne dass sich die zentralstaatliche Ebene einmischen muss. Aufgrund der Verbreitung und Relevanz horizontaler Kooperationen, setzte sich die vorliegende Studie zum Ziel, mehr Wissen darüber zu generieren, wie und unter welchen Umständen sie zustande kommen.

In diesem Buch habe ich eine neue mehrstufige Art der Konzeptionalisierung und Messung von Kooperation eingeführt. Denn es ist wichtig, informelle Wege der Kooperation zu berücksichtigen, um den vollen Umfang der Kooperationsaktivitäten auf gliedstaatlicher Ebene zu erfassen. Sowohl in der internationalen als auch in der schweizerischen Föderalismusforschung wurde wiederholt festgehalten, wie wichtig die gelebten und informellen Kooperationsbeziehungen zwischen Gliedstaaten oder mit der zentralstaatlichen Ebene sind, damit föderale Staaten funktionieren. Zudem tragen die informellen horizontalen Beziehungen wesentlich zur Harmonisierung von Policies bei. Dennoch wurden diese bisher kaum empirisch erhoben, sodass sie sich auch quantitativ analysieren liessen. Um diese Forschungslücke zu adressieren, entwickelte ich ein dreistufiges Kooperationskonzept, das es erlaubt, den vielfältigen Kooperationsaktivitäten auf gliedstaatlicher Ebene gerecht zu werden.

Mit dieser Unterteilung geht gleichzeitig die Annahme einher, dass sich die Einflüsse auf das Kooperationsverhalten je nach Kooperationsstufe unterscheiden. Untersucht wurde die Frage am Beispiel der Zusammenarbeit der Schweizer Kantone im Politikfeld der akutsomatischen stationären Gesundheitsversorgung. Dabei handelt es sich um einen politisch umstrittenen Bereich, der grosse öffentliche Aufmerksamkeit erregt, für den Politikerinnen und Politiker auf nationaler Ebene mehr Koordination fordern, während die Zuständigkeit aber auf kantonaler Ebene liegt. Dieser Politikbereich stellt deshalb ein interessantes und politisch relevantes Studienobjekt dar, das bisher noch wenig erforscht ist.

8.1 Kooperation trotz widersprüchlicher Anreize

Der erste Teil des Buchs stellt in der Problemstellung ein dreistufiges Kooperationskonzept mit den Ebenen Informationsaustausch, Koordination und Kollaboration auf und analysiert die Kooperationssituation im Spitalbereich. Die Auslegeordnung der Interessen der Kantone verdeutlicht, dass sich die Kantone in einer anspruchsvollen Kooperationssituation befinden, die Gefangenendilemma-ähnliche Züge aufweist: Als Verantwortliche für die Gesundheitsversorgung und als Mitfinanzierer der Spitalkosten sind die Kantone an einer kostengünstigen und qualitativ hochstehenden Spitalversorgung interessiert. Als Eigentümer von Spitälern wiederum sind sie am Prosperieren ihrer Spitäler interessiert und streben nach einer möglichst hohen Auslastung der eigenen Kapazitäten. Mit den Fallpauschalen und der (grösseren) Freiheit in der Spitalwahl seit der KVG-Reform stehen die Spitäler – und die Kantone als deren Eigentümer – in einem stärkeren Wettbewerb um Leistungsaufträge sowie Patientinnen und Patienten. Verfolgen alle Kantone die eigennutzorientierte Strategie der maximalen Selbstversorgung und Anwerbung ausserkantonaler Patientinnen und Patienten, führt dies zu teuren Überkapazitäten. Die gesetzlich vorgeschriebene Koordination der kantonalen Spitalplanungen soll diesem ruinösen Wettbewerb den Riegel vorschieben. Doch ein koordinierter Verzicht auf Leistungsaufträge oder einen ganzen Spitalstandort zugunsten einer ausserkantonalen Einrichtung ist aufgrund der regionalen Wertschöpfung von Spitälern nicht sonderlich attraktiv und eine wettbewerbsorientierte Strategie verlockender. Während nicht alle Kantone die unkooperative Maximalstrategie verfolgen und einige dies aufgrund ihrer Kleinheit auch nicht können, zeigen die kantonalen Planungsdokumente dennoch, dass dem Selbstversorgungsgrad in der Spitalversorgung sowie dem Patientenexport und -import in den Kantonen Beachtung geschenkt wird (AG 2010: 38; SG 2011: 12; TG 2011: 83 ff.). Das geschieht nicht nur aus plane-rischen Gründen, sondern auch aufgrund von finanziellen Erwägungen.

Abgeleitet aus der Forschungsfrage galt es zu beantworten, wie in einem solch anspruchsvollen Umfeld die Kooperationslandschaft überhaupt aussieht und welche Faktoren sie beeinflussen. Den ersten Teil der Frage konnte ich anhand von 36 Interviews mit kantonalen Fachpersonen, Vertreterinnen der GDK und einer Regierungsrätin beantworten und aufzeigen, dass ein vielfältiges Geflecht an Kooperationsbeziehungen unter den Kantonen im Spitalbereich besteht. 26 Schweizer Kantone sind insgesamt durch 114 Kooperationsaktivitäten mehr als 400-mal miteinander verbunden. Das dreistufige Konzept erwies sich hierbei als nützlich, weil es den Blick auch auf niederschwellige Formen der Kooperation lenkt. Auf Basis dieser Erhebungen war es mir möglich, Kooperationen zu beziffern, die nicht notwendigerweise in Form von interkantonalen Vereinbarungen vorliegen und sonst aussen vor bleiben.

Die aus der Analyse gewonnenen Erkenntnisse sind sowohl Dämpfer als auch Ermutigung, was die Problemlösungsfähigkeit in föderalen Systemen mit Hilfe von horizontaler Kooperation angeht. Für die Schweiz zeigt die Daten-

erhebung, dass sogar in einem politisch so umstrittenen und von Interessenkonflikten geprägten Bereich wie der Spitalplanung Kooperation stattfindet. Die Interviewantworten zeigen: Gerade die Harmonisierung von Planungsmethoden und Standards funktioniert über horizontale Koordination gut. Allerdings bleibt fortgeschrittene interkantonale Kooperation schwierig, weil die Anreizstruktur widersprüchlich ist. Kooperationsbereitschaft und -bemühungen stossen schnell an ihre Grenzen, wenn Konflikte zwischen den Harmonisierungsbestrebungen und Planungsstandards – wie einheitlichen Mindestfallzahlen – und regionalpolitischen Interessen – wie einem Spitalerhalt – entstehen. Entsprechend bescheiden fallen bisher die Kooperationsergebnisse aus, wenn es um die Abstimmung des Gesundheitsangebots in den Spitälern geht. Erste Ansätze in diese Richtung sind allerdings vermehrt erkennbar. Gerade im Bereich der gemeinsamen interkantonalen Leistungserbringung gibt es inzwischen mehrere interkantonale Spitäler und Spitalverbünde: das Hôpital intercantonal de la Broye, das Hôpital Riviera-Chablais und die näher untersuchte Spitalregion Luzern/Nidwalden.¹⁰⁹

8.2 Kooperationsbeziehungen zeigen keinen Kompensationseffekt

Mit dem zweiten Teil der Frage – den Einflussfaktoren auf die Kooperationsbeziehungen – befasst sich die statistische Analyse der vorliegenden Studie. Dabei stand im Zentrum, wie sich die unterschiedliche Intensität der Kooperationsbeziehungen zwischen einzelnen Kantonspaaren erklären lässt. Anhand der durchgeführten sozialen Netzwerkanalyse konnte ich aufzeigen, dass gängige Erklärungen für Kooperationen auch Bestand haben, wenn man Informationsaustausch und informell geprägte Koordinationsaktivitäten ebenfalls berücksichtigt. Ausserdem sind relationale Faktoren bedeutsam. Die These, dass vorwiegend kleinere Kantone Kooperationen eingehen, um ihre Kleinheit zu kompensieren, kann – wie schon bei Bochsler (2009) und Sager (2003) – mit den für diese Studie erhobenen Daten nicht ausdrücklich bestätigt werden, obschon mit der eigenen Datensammlung auch niederschwellige Arten der Kooperation (Informationsaustausch) erfasst wurden. Genau mit diesem Fehlen informeller Kooperationen begründete beispielsweise Bochsler (2009), der sich auf Konkordate konzentrierte, den fehlenden Kleinheitseffekt in seiner Studie.

109 Das Spital Walenstadt im Kanton St.Gallen wird ab dem 1. Januar 2023 durch das Kantonsspital Graubünden betrieben. Hintergrund dafür ist, dass die St.Galler Regierung beschlossen hatte, diesen Standort in seiner Form als Akutspital zu schliessen und in ein Gesundheits- und Notfallzentrum umzuwandeln. Aufgrund des grossen Widerstandes in der Bevölkerung gegen die Schliessung stimmte die Regierung der Betreiberlösung durch ein ausserkantonaies Spital zu. Dies ist jedoch kein Beispiel für eine interkantonale abgestimmte Spitalplanung sondern eher eine Unterwanderung der Konzentrationsbemühungen im Kanton St.Gallen.

Dank der niveauspezifischen Analyse kann die vorliegende Studie jedoch zeigen, dass sich die Grösse und das Grössenverhältnis je nach Kooperationsstufe unterschiedlich auswirken. Kleine Kantone nehmen in der Tat seltener an fortgeschrittenen Kooperationen teil, was von den befragten Kantonsverantwortlichen auf die geringeren personellen Ressourcen zurückgeführt wird. Auf Stufe des Informationsaustauschs hingegen sind kleine Kantone genau so aktiv wie die grösseren Kantone. Auf den ersten Blick scheint es überzeugend zu folgern, dass kleinen Kantonen die Ressourcen fehlen, um in einem grösseren Mass fortgeschrittene Kooperationen einzugehen. Es gilt allerdings noch einige Umstände zu bedenken, welche das Fehlen eines Kompensationseffekts überschätzen: Erstens ist der Spitalbereich – verstanden als Planungsaufgabe – nicht unbedingt repräsentativ für andere kantonale Aufgaben. Kleinere Kantone verspüren schlicht nicht den gleichen Handlungsbedarf im Spitalplanungsbe- reich wie mittlere und grosse Kantone. Diese stehen oftmals einer komplexen Angebotsstruktur mit mehreren öffentlichen Spitälern gegenüber, während die kleinsten Kantone meist ein oder nur sehr wenige Akutspitäler aufweisen. Entsprechend geringer ist deren Bedarf, ihr Leistungsangebot innerhalb des Kan- tons oder über die Kantonsgrenzen hinweg zu koordinieren. Vielmehr besteht ihre Hauptaufgabe darin, ein ausreichendes medizinisches Angebot inner- und ausserkantonale sicherzustellen. Das geschieht meist über Leistungsaufträge direkt an die ausserkantonalen Zentrumsspitäler, was nur einen geringen Grad an Koordination mit den jeweiligen Standortkantonen voraussetzt und sich nicht in den von mir gesammelten Daten niederschlägt. Kompensation der fehlenden Grösse durch Zusammenarbeit findet im Gesundheitsbereich eher ausserhalb des untersuchten Themas statt (Rettungswesen, Kantonsapothek, Lebensmittelsicherheit usw.).

Zweitens sind kleinere und mittlere Kantone äusserst froh um methodische Hilfestellungen bei der Spitalplanung, welche sie teils über die GDK und teils insbesondere vom Kanton Zürich erhalten, wie mehrere befragte Fachper- sonen angaben. Das entspricht ebenfalls einer Art der Kompensation fehlender personeller oder fachlicher Ressourcen. Durch die Übernahme des Vorgehens vollzieht sich eine Harmonisierung der Planungsmethode und -kriterien, die sich offenbar nicht merklich in den quantifizierten Daten und den statistischen Ergebnissen niederschlägt. Dies mag daran liegen, dass informelle Formen des Informationsaustauschs auch im vorliegenden Datensatz unterrepräsentiert sind. Dieser Umstand lässt sich damit illustrieren, dass zwar Befragte aus elf Kantonen angaben, sich bei verschiedenen Gelegenheiten per Telefon oder E-Mail mit Kolleginnen und Kollegen anderer Kantone auszutauschen, was sich aber aufgrund fehlender Angaben zum Gegenüber im dyadischen Datensatz nicht berücksichtigen liess. Damit bleibt es dabei, dass die Ergebnisse der sta- tistischen Analyse zum Grösseneffekt primär frühere Studienergebnisse bestä- tigen, wonach kleine Kantone aufgrund von Ressourcenknappheit seltener auf fortgeschrittener Ebene kooperieren als grosse. Die Tatsache, dass auf Stufe des Informationsaustauschs jedoch kein Grösseneffekt auszumachen ist, deutet an,

dass der informelle, niederschwellige Bereich für kleine Kantone mindestens so wichtig ist, wie für grössere Kantone, und relativ betrachtet eher noch von grösserer Bedeutung ist.

Darüber hinaus erweisen sich weitere relationale Erklärungsfaktoren als interessant. Beim Eingehen von Kooperationsbeziehungen insgesamt dominiert der soziale Homophilie-Effekt, auch wenn er für den Informationsaustausch für sich genommen nicht signifikant ist. Der Faktor Mensch spielt ebenfalls nachweisliche eine Rolle. Die vorliegende Netzwerkanalyse kann meines Wissens erstmals nachweisen, dass zwei Kantone mehr miteinander kooperieren, wenn sich möglichst wenige verschiedene Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren gegenüberstehen. Vertrauen begünstigt die Zusammenarbeit und personelle Kontinuität hilft, Vertrauen zu schaffen. Laut den statistischen Ergebnissen dieses Forschungsprojekts trägt hingegen eine gemeinsame Parteizugehörigkeit nicht wesentlich zu mehr Vertrauen oder Kooperationsbereitschaft bei. Das stimmt gut mit den Stimmen in der Forschungsliteratur überein, die der Parteizugehörigkeit in Schweizer Exekutiven geringe Bedeutung beimessen.

Für künftige Forschungsarbeiten zu den horizontalen Zusammenarbeitsbeziehungen von Gliedstaaten scheint es mir lohnenswert, verstärkt auch niederschwellige und eher informelle Arten der Kooperation zu berücksichtigen und Daten dazu ebenfalls in anderen Politikbereichen zu sammeln. Denn wie die abschliessende Diskussion zum Kompensationseffekt (im selben Kapitel) darlegen konnte, hängt der unterschiedliche Einfluss der Grösse auf das Kooperationsverhalten auch vom Politikgegenstand und der öffentlichen Aufgabe ab. Zudem machten die Experteninterviews deutlich, dass viel Austausch zwischen den Kantonen auf Fachebene stattfindet, welcher sich über indirekte Wege auf die Entscheidungen in den einzelnen Kantonen auswirkt. Meines Erachtens ist noch zu wenig bekannt über diese zahlreichen Kontakte, die fernab von politischen Entscheidungen zur sogenannten «sekundären Harmonisierung» (Balthasar 2003; Kissling-Näf und Knoepfel 1992) des Politikvollzugs beitragen. Sie werden oftmals als nicht näher spezifizierte zahlreiche informelle Kontakte zwischen den Verwaltungen bezeichnet, so dass deren Einfluss auf das Kooperationsgeschehen unklar bleibt. Hier zeigen sich interessante Verbindungslinien zwischen der Föderalismusforschung und der Public-Management-Forschung zur Rolle von Verwaltungen in der horizontalen und vertikalen Kooperation in föderalen Gebilden. Mit dem von Benz (2016) und Benz et al. (2016) entwickelten Konzept einer Multilevel-Administration insbesondere für den EU-Kontext gibt es bereits einen Ansatz, der in diese Richtung geht.

8.3 Politics – Konstellationen und Strategien im Kooperationsprozess

Die Spitalversorgung erweist sich in verschiedener Hinsicht als von Pfadabhängigkeit geprägt. Einerseits ist die Spitallandschaft aufgrund der bedeutenden

physischen und teuren Infrastruktur ziemlich resistent gegen Veränderungen. Andererseits entstehen über die Zeit zahlreiche Anspruchsgruppen um Spitäler herum (Arbeitnehmende, Zulieferer, Bevölkerung, Standortgemeinde usw.). Folglich besteht ein erhebliches Potenzial für Widerstand gegen Massnahmen, die in den Augen der Betroffenen als Abbau oder Verschlechterung des Status quo erscheinen. Aufgrund dieser Ähnlichkeit mit anderen Bereichen der wohlfahrtsstaatlichen Reformprozesse übertrug ich diverse Konzepte wie das Blame-Avoidance/Credit-Claiming-Framework aus der Retrenchment-Literatur in der Wohlfahrtsstaatenforschung (Pierson 1994, 1996) auf die verstärkte interkantonale Kooperation im Spitalbereich. Dieser historisch-institutionalistisch geprägte Ansatz ermöglichte ein besseres Verständnis der Prozesse rund um interkantonale Kooperationsprojekte, die auf der höchsten Kooperationsstufe – der Kollaboration – angesiedelt sind. Im prozessorientierten Teil konnte ich anhand zweier aufeinanderfolgender Kooperationsprojekte darlegen, welche Konstellationen und Abfolgen im Fall von Nidwalden zuerst mit Obwalden zu einem Scheitern und im Anschluss mit Luzern zum Gelingen eines Spitalkooperationsprojekts führten. Die Analyse der beiden Kooperationsprozesse kommt zum Ergebnis, dass es auf das Zusammenspiel von Akteurskonstellation, externem Druck und der politischen Stimmungslage sowie der Strategie der Regierung im Umgang damit ankommt. Zudem spielt der Faktor Zeit ebenfalls eine bedeutende Rolle, insofern als die schrittweisen Entwicklungen (Gewöhnung und Phasing-in) wesentlich zum Gelingen beitragen.

Die Fallstudie stützt das Ergebnis aus der statistischen Analyse, dass bei fortgeschrittenen Kooperationen Komplementarität vorteilhaft für die Intensität der Beziehungen ist, und sie kann auch zeigen wie. Die Komplementarität der Kooperationspartner – namentlich der involvierten Spitäler – vereinfacht es, zu einer Win-win-Situation zu kommen. Sind die Partner ähnlich gross, sind die Verteilungskämpfe voraussichtlich härter, weil die Gewinne und Verluste oder die Zugeständnisse sichtbarer sind. Soll eine Kooperation bei ungleichen Partnern gelingen, sollte insbesondere der stärkere Partner seine Muskeln nicht zu sehr spielen lassen, um Befürchtungen eines Autonomieverlusts beim kleineren Partner nicht noch zu verstärken. Dass es solche gibt, zeigt sowohl das Beispiel zwischen Luzern und Nidwalden als auch noch deutlicher jenes zwischen Nidwalden und Obwalden. Können die Fragen der Selbstbestimmung und Minderheitenrechte zufriedenstellend geklärt werden, vereinfacht dies eine bindende Kollaboration erheblich.

Im Fall der Spitalregion LUNIS kommt hinzu, dass die Zusammenarbeit schrittweise und über einen Zeitraum von einem Jahrzehnt vertieft wurde, wobei unliebsame Konsequenzen wie Leistungsanpassungen in die Zukunft verschoben und im Ungewissen gelassen wurden. Dabei wurde mit jedem neuerlichen Schritt eine Umkehr schwieriger, was einer Phasing-in-Strategie entspricht. Ausserdem ist die Zusammenarbeit zum Zeitpunkt der festen Institutionalisierung durch eine Fusion (Übernahme des KSNW durch das LUKS) an einem Punkt, an dem die Massnahmen niemanden schmerzen. Entscheidungen

zur Konzentration des Leistungsangebots, wie eine Reduktion am Standort in Stans, sind bisher ausgeblieben. Vielmehr hat die Zusammenarbeit bislang eher zu Synergieeffekten geführt und dazu, dass mehr Leistungen im KSNW angeboten werden können als bisher. Laut den Befragten ist den beteiligten politischen Akteuren jedoch klar, dass früher oder später eine Bereinigung des Leistungsangebots stattfinden wird, was vermutlich in breiteren Teilen der Bevölkerung unbeliebt – aber kaum zu verhindern – sein wird. Es sei denn, die Politikerinnen und Politiker sowie die Bevölkerung sind bereit dazu, die Kosten dafür zu tragen. Die Kollaboration ist jedoch ein Faktum, das sich dannzumal nur sehr mühevoll rückgängig machen liesse, weshalb dieser absehbare Konflikt dem Konstrukt kaum wird etwas anhaben können. Es ist wohl nicht zuletzt diesem geschickten Vorgehen geschuldet, dass die Spitalregion LUNIS nach rund einem Jahrzehnt fest institutionalisiert werden konnte.

8.4 Ein politikfeldspezifischer Ausblick

Was bedeuten die Erkenntnisse für andere sichtbare Kooperationsprojekte zwischen den Schweizer Kantonen? Natürlich sind die Resultate aus der Doppelfallstudie spezifisch und die konkrete Ausgangslage in jedem Kanton etwas anders, doch lässt der gemeinsame Referenzrahmen Schweiz auch eine gewisse Übertragbarkeit zu. Während sich Kantone ihre Nachbarn und die geografische Distanz zu ihnen nicht aussuchen können, geben die Forschungsergebnisse sowohl aus der quantitativen wie aus der qualitativen Analyse einige Hinweise darauf, wie horizontale Kooperation, insbesondere im Spitalbereich, gelingen kann. Gerade für fortgeschrittene Kooperationen kann es sinnvoll sein, sich an einen komplementären Partner (bzgl. Grösse, Universitätsspital) zu wenden, um von den Unterschieden möglichst zu profitieren und Rivalitäten zu vermeiden. Ebenso wird deutlich, dass Kooperation auch auf Ebene von kantonalen Exekutiven, Verwaltungen und teils Spitälern letztlich zwischen Menschen stattfindet. Wie bei anderen zwischenmenschlichen Beziehungen kommt deshalb einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern eine beachtliche Bedeutung zu, um zu politisch tragfähigen und umsetzbaren Vereinbarungen zu gelangen. Dies gilt in gewissem Sinn auch für das Verhältnis zwischen einer Kantonsregierung und der Bevölkerung, da letztere in der Schweiz auch auf kantonaler Ebene über direktdemokratische Einflussmöglichkeiten (obligatorische und fakultative Referenden sowie Initiativen) verfügt.¹¹⁰ Hierbei trägt ein geeintes Auftreten von Exekutive und Spitalleitung zur Glaubwürdigkeit eines Vorhabens in den Augen der Stimmbevölkerung bei.

Die prozessorientierte Analyse macht deutlich, dass Blame-Avoidance allein nicht reicht, um umstrittene Kooperationsvorhaben umzusetzen. Vielmehr sollten die Verantwortlichen auf Regierungs- und gerne auch auf Spital-

110 Für eine umfassende Übersicht zu den Volksrechten auf Kantonsebene vgl. Vater (2002).

ebene von dem jeweiligen Kooperationsvorhaben sichtbar überzeugt sein. Wenn es ihnen zudem gelingt, das potenzielle Retrenchment glaubwürdig als verantwortungsvolles und notwendiges Handeln zu präsentieren und somit Retrenchment-as-Credit-Claiming zu betreiben, steigen die Chancen für ein Gelingen weiter. Je weniger unmittelbar und spürbar der Druck für eine Kooperation ist, desto wichtiger ist der Faktor Zeit. Lange Einführungsperioden und ein schrittweises Vorgehen haben sich im Fall der Kollaboration von Luzern und Nidwalden bewährt. Zum einen haben die Betroffenen Zeit, sich an die neue Situation zu gewöhnen. Zum anderen spielt den Reformwilligen in die Hände, dass einmal angestossene Prozesse schwierig umzukehren sind und der Pfadabhängigkeit unterliegen, sodass die Bevölkerung oder Direktbetroffene zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt eher bereit sind, eine bittere Pille zu schlucken, wenn sie dem Gesamtprojekt dient. Wie für die politischen Prozesse in der Schweiz typisch, braucht es auch für die horizontale Kooperation einen langen Atem und taktisches Geschick, wenn es sich um politisch sichtbare Kooperationsprojekte handelt.

Nach der Einführung der Koordinationspflicht in der Spitalplanung konzentrierten sich die Kooperationsaktivitäten lange eher auf methodische und prozedurale Aspekte sowie den Austausch zu Patientenströmen. Diese Art der Kooperation wurde von der Öffentlichkeit und teils nicht einmal von den Beteiligten selbst als solche wahrgenommen, obschon diese zur Harmonisierung der kantonalen Spitalplanungen wesentlich beitrug. Nachdem nun eine gewisse Standardisierung der Spitalplanungen stattgefunden hat, gewinnen die in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommenen Kooperationsbemühungen an Bedeutung. Sie haben im Laufe dieses mehrjährigen Forschungsprojekts sichtlich zugenommen. Bisher hatten sich diese vorwiegend auf die gemeinsam erbrachte Gesundheitsversorgung in Spitalverbunden konzentriert. Das erste interkantonale Spital, das Hôpital intercantonal de la Broye, existiert bereits seit 1999 und besteht aus den zwei Spitalstandorten Payerne VD (Akutsomatik) und Estavayer-le-lac FR (Rehabilitation) – auch das ist eine Form der Komplementarität. Die Spitäler wurden in dieser Struktur zusammengeführt, um die Abgeltung der Kantonsbeiträge über die Kantonsgrenzen unter dem KVG von 1994 zu vereinfachen. Das zweite interkantonale Spital in der Romandie ist das Hôpital intercantonal Riviera-Chablais zwischen den Kantonen Waadt und Wallis, das ebenfalls bereits vor der KVG-Reform von 2007 in die Wege geleitet wurde. Der gemeinsame Spitalneubau konnte 2019 in Betrieb genommen werden. Zusätzlich zur Spitalregion Luzern/Nidwalden verfolgten die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt über mehrere Jahre ein Doppelpjekt, das einerseits einen interkantonalen Spitalverbund und andererseits eine gemeinsame Spitalplanung vorsah. Das Projekt war weit fortgeschritten, als es im Februar 2019 in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde. Unter anderem war bereits festgelegt, welche Spitalstandorte wie genutzt werden sollten und wo es zu einem Leistungsabbau käme. Zudem legte die gleiche Vorlage auch die Rechtsform des künftigen Spitalverbunds als Aktiengesellschaft fest. Damit vereinigte das Projekt zu viele

Gegner aus unterschiedlichen Gründen auf sich (Gerny 2019a, 2019b; Metzler 2019), anstatt ein Ambiguous Agreement zu ermöglichen. Während die Kantone Luzern und Nidwalden sich schrittweise an eine engere Kooperation herantasteten, hatten die Regierungen von Basel-Landschaft und Basel-Stadt den grossen Wurf gewagt und scheiterten damit. Dafür nahm die Stimmbevölkerung den Staatsvertrag für eine gemeinsame Spitalplanung an, was in dieser Art ein Novum in der Schweiz ist. Denn ausser in der hochspezialisierten Medizin findet bisher keine interkantonale Spitalplanung statt, und diese ist vom Bund gesetzlich vorgeschrieben (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Wie sich diese künftig entwickeln wird, gilt es auch für die anderen Kantone genau zu verfolgen.

Zu der Leistungserbringung in interkantonalen Verbünden stossen nun zunehmend Bestrebungen für interkantonale Spitalplanungen im Sinn einer gemeinsamen verbindlichen Spitalliste. Die Abstimmung von Kriterien bei der Erteilung der Leistungsaufträge, eine gemeinsame Bedarfserhebung oder ein Monitoring der Patientenströme fand bereits mehrfach interkantonally statt (siehe Kapitel 4). Doch mit dem stärker werdenden ökonomischen Druck in zahlreichen Spitälern setzt sich vermehrt die Erkenntnis durch, dass es ohne eine intensivere Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen hinweg noch schwieriger wird, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten sicherstellen zu können.

Ab dem Jahr 2020 rückt die Corona-Pandemie die angespannte Lage vieler, insbesondere kleinerer, Spitäler noch stärker in den Fokus, auch wenn sie nicht deren Ursache ist (Hehli 2020b). In der Ostschweiz machte Anfang 2020 auf Ende der Amtszeit der St.Galler Gesundheitsdirektorin Heidi Hanselmann eine Absichtserklärung für eine gemeinsame Spitalplanung von sich reden (Ghiselli 2020; Hehli 2020a), als das St.Galler Tagblatt im Dezember 2019 berichtete «Hanselmann fordert Spitalregion Ost» (Zweili 2019b). Die am 20. Februar 2020 unterzeichnete Absichtserklärung vereint die fünf Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden und St.Gallen (Ghiselli 2020; Vögele 2020, Weik 2020b), wobei umgehend auf die absehbaren Schwierigkeiten bei der Umsetzung hingewiesen wurde, indem diese zur Nagelprobe erklärt wurde (Weik 2020c). Die jüngsten Lebenszeichen in dieser Hinsicht sind einerseits, dass eine externe Projektleitung eingesetzt wurde und sich andererseits nun der Kanton Thurgau ebenfalls diesem Ansinnen anschliesst (Weik 2020d). Der Abschluss einer Modellplanung unter externer Projektleitung ist bis Mitte des Jahres 2022 vorgesehen (SG 2020). Allerdings ist es um den geplanten Projektabschluss bisher still geblieben.

Die Komplexität dieses Vorhabens ist aufgrund der Anzahl beteiligter Akteure hoch. Die Beispiele von Nidwalden-Obwalden, Nidwalden-Luzern und von den beiden Basel verdeutlichen, dass ein schrittweises Vorgehen wohl angezeigt ist und es wichtig sein wird, die Betroffenen vom Nutzen zu überzeugen. Da es sich jedoch um eine Kooperation im Planungsbereich und nicht bei der Erbringung handelt, sind zumindest anfangs die Konsequenzen für einzelne Standorte oder Betroffene noch nicht absehbar. Wesentlich für das Gelingen

einer gemeinsamen Spitalplanung wird sein, wie dafür gesorgt wird, dass die Kantone schwierige Entscheidungen, die zu Verlusten von Leistungsaufträgen oder gar Standorten im eigenen Kanton führen, mittragen und umsetzen. Die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der inzwischen sechs Kantone gaben laut Medienberichten (Hehli 2020a) bekannt, handeln zu wollen, bevor der Bundesrat in die Autonomie der Kantone eingreife und eine interkantonale Spitalplanung verordne. Damit wird ein erstes Mal deutlich, wie sie das Kooperationsprojekt diskursiv darstellen wollen: als eine notwendige Reform um grösseres Übel abzuwenden, nämlich dass der Bund in die kantonale Planungshoheit eingriffe.

Die Übertragbarkeit der Resultate dieser Studie fällt je nach Analyseteil unterschiedlich aus. Während die horizontale Kooperation als Prozess stark von länderspezifischen institutionellen Faktoren wie den politischen Spielregeln geprägt sind, lassen sich die Erklärungsfaktoren aus den ERGMs leichter in anderen Kontexten überprüfen. Die vorliegende Studie konnte aufzeigen, dass informelle Formen der Kooperation einen beträchtlichen Anteil an den horizontalen Beziehungen in Gliedstaaten ausmachen und es sich lohnt, den Kooperationsbegriff weiter zu fassen, um diese bisher weniger beachteten Kooperationsformen zu berücksichtigen. Wie stark kleine Gliedstaaten auf niederschwellige Kooperationsarten zurückgreifen, um fehlende Ressourcen für fortgeschrittene Kooperationsformen wettzumachen, konnte an dieser Stelle nicht abschliessend geklärt werden. Aus den Experteninterviews gibt es aber einige Hinweise darauf, dass sich kleine Schweizer Kantone gerade in ihrer täglichen Arbeit mit informellem Erfahrungs- und Informationsaustausch behelfen, wenn die Ressourcen vor Ort fehlen. Die Analyse der Kooperationsbeziehungen mittels sozialer Netzwerkanalyse hat sich meines Erachtens bewährt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass verschiedene Netzwerkmechanismen wie Popularität und Aktivität (Akteursheterogenität) sowie Freundschaftseffekte (Transitivität) vorkommen und soziale Aspekte auch bei Kooperationen zwischen politischen und kollektiven Akteuren einen Einfluss haben.

Das untersuchte Beispiel der Schweiz demonstriert, dass horizontale Kooperation ihren Beitrag zur Problemlösung leisten kann, auch in politisch anspruchsvollen Konstellationen. Allerdings braucht es dazu Geduld. Die gesetzliche interkantonale Koordinationspflicht ist inzwischen gute zehn Jahre in Kraft. Während anfangs die Koordination der Planungsmethodik und die Umsetzung der neuen Gesetzesbestimmungen im Zentrum standen, rückt zunehmend die substanzielle Kooperation in den Vordergrund, sei es in Form gemeinsamer Leistungserbringung oder gemeinsamer verbindlicher Spitalplanung. Dabei schafft ein historisch-institutionalistischer Blick auf die Kooperationsprozesse Verständnis für deren Gemächlichkeit. Gerade in einem Politikfeld mit vielen Direktbetroffenen und in einem System, das diesen über direktdemokratische Instrumente Mitsprache gibt, braucht es viel Überzeugungsarbeit und -kraft der Verantwortlichen. Denn mit Blame-Avoidance allein lassen sich solche Änderungen nicht durchsetzen.

9 Literaturverzeichnis

- AB (2003). 00.079 Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision. Spitalfinanzierung. Amtliches Bulletin: 2049–55.
- AB (2005). 04.061 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung. Amtliches Bulletin: 679–97.
- Achtermann, W. und C. Berset (2006). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 – Analysen und Perspektiven*. Bern: Verlag.
- Aerne, A. (2019). *The Creation of a Public Sphere through a Network of Art Publics in Bogotá*. St.Gallen: Universität St.Gallen.
- AG (2010). *Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010*. Departement Gesundheit und Soziales. Aarau.
- Ahmad, E. und G. Brosio (Hrsg.) (2006). *Handbook of Fiscal Federalism*. Cheltenham und Northampton: Edward Elgar.
- Arens, A. (2020). *Federal Reform and Intergovernmental Relations in Switzerland. An Analysis of Inter cantonal Agreements and Parliamentary Scrutiny in the Wake of the NFA*. Bern: Universität Bern.
- Arens, A., T. Arnold, S. Mueller, und A. Vatter (2017). Föderalismus und Dezentralisierung in der Schweiz: Die Politischen Effekte der Föderalismusreform NFA. *Jahrbuch des Föderalismus* (Vol. 18). Baden-Baden: Nomos (184–95).
- Armington, K. (2001). Institutionalising the Swiss Welfare State. *West European Politics* 24(2): 145–68.
- Arnold, T., A. Arens, S. Mueller, und A. Vatter (2019). Schweizer Föderalismus im Wandel: Die versteckten politischen Effekte der NFA. *Jahrbuch des Föderalismus* (Vol. 20). Baden-Baden: Nomos (175–86).
- Aschwanden, E. (2013). Innerschweizer Spitäler arbeiten erfolgreich zusammen. *Neue Zürcher Zeitung*, 22. Februar 2013. Online: <https://www.nzz.ch/schweiz/innerschweizer-spitaeler-arbeiten-erfolgreich-zusammen-1.18016382> [zugegriffen: 01.01.2020].
- Aschwanden, E. (2015). Positive Signale für Spitalfusion. *Neue Zürcher Zeitung*, 4. März 2015: 13.
- Axelrod, R. (1984). *The Evolution of Cooperation*. New York: Basic Books.
- BAG (2011). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2008/2009*. Ort: Herausgeber.
- BAG (2016). Zulassungsbeschränkung für Ärzte wird ohne Unterbruch verlängert. *Medienmitteilung des Bundesamtes für Gesundheit vom 22.06.2016*. Online:

- <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-62288.html> [zugegriffen: 03.10.2018]
- BAG (2017). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017. Tabellen*, Stand 30.7.2018. Bern. Online: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/STAT%20KV%202017%20ZIP%20XLSX.zip.download.zip/_STAT%20KV%202017%20XLSX%20german%20and%20french%20V180924b.zip [zugegriffen: 23.10.2022]
- BAG (2019). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat*. Bern
- BAG (2020). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018*. Ort: Herausgeber.
- Bakvis, H. und D. Brown (2010). Policy Coordination in Federal Systems: Comparing Intergovernmental Processes and Outcomes in Canada and the United States. *Publius: The Journal of Federalism* 40(3): 484–507.
- Balthasar, A. (2003). Die Prämienverbilligung im Krankenversicherungsgesetz: Vollzugsföderalismus und sekundäre Harmonisierung. *Swiss Political Science Review* 9(1): 335–54.
- Bardach, E. (1998). *Getting Agencies to Work Together. The Parctice and Theory of Managerial Craftsmanship*. Washington D.C.: Brookings Institution Press.
- Battaglini, M. und O. Giraud (2003). Policy Styles and the Swiss Executive Federalism: Comparing Diverging Styles of Cantonal Implementation of the Federal Law on Unemployment. *Swiss Political Science Review* 9(1): 285–308.
- BBl (2001). *Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung* (2001): 741–816.
- BBl (2004a). *Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)* (2004): 5551–.
- BBl (2004b). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung)*. Entwurf. (2004): 5593–.
- BE (2017). *Spitalliste Akutsomatik* (Gültig ab 1. Mai 2014). Version vom 1.1.2017.
- Beach, D. (2016). It's All about Mechanisms – What Process-Tracing Case Studies Should Be Tracing. *New Political Economy* 21(5): 463–72.
- Behnke, N. und S. Mueller (2017). The Purpose of Intergovernmental Councils: A Framework for Analysis and Comparison. *Regional & Federal Studies* 27(5): 507–27.
- Béland, D. (2007). Ideas and Institutional Change in Social Security: Conversion, Layering, and Policy Drift. *Social Science Quarterly* 88(1): 20–38.
- Bennett, A. (2010). Process Tracing and Causal Inference. In Brady, H.E. und D. Collier (Hrsg.), *Rethinking Social Inquiry* (2. Auflage.). Lanham: Rowman & Littlefield (207–19).

- Benz, A. (2004). Multilevel Governance – Governance in Mehrebenensystemen. In Benz, A. (Hrsg.), *Governance – Regieren in Komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (125–46).
- Benz, A. (2007). Multilevel Governance. In Benz, A. et al. (Hrsg.), *Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (297–310).
- Benz, A. (2009). Intergovernmental Relations in German Federalism – Joint Decision-Making and the Dynamics of Horizontal Cooperation. Federalization of Spain Conference, March 27. Zaragoza, Spain.
- Benz, A. (2016). *Differentiating multi-level administration. Patterns of administrative co-ordination in the European Union*. No. 4/2016. TARN Working Papers.
- Benz, A., F. W. Scharpf, und R. Zintl (Hrsg.) (1992). *Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen*. Frankfurt/New York: Campus
- Benz, A., A. Corcaci, und J. W. Doser (2016). Unravelling Multilevel Administration. Patterns and Dynamics of Administrative Co-Ordination in European Governance. *Journal of European Public Policy* 23(7): 999–1018.
- Berg-Schlosser, D. (2003). Gegenstand und Anwendungsgebiete der Politikwissenschaft. In Münkler, H. (Hrsg.), *Politikwissenschaft. Ein Grundkurs*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch (55–76).
- Berger, S., M. Bienlein, D. Schürch, und B. Wegmüller (2015). Spitäler. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*. Bern: Hogrefe (393–411).
- BFS (2009a). *Krankenhausstatistik. Standardtabellen 2007*. Neuchâtel.
- BFS (2009b). *ThemaKart. Die 26 Kantone und Hauptorte der Schweiz*. Neuchâtel.
- BFS (2016). *Religiöse und spirituelle Praktiken und Glaubensformen in der Schweiz*. Neuchâtel.
- BFS (2018a). *STATPOP. Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung nach Kantonen 1991–2017*. Neuchâtel.
- BFS (2018b). *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Kantonales Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner*. Neuchâtel.
- BFS (2018c). *Finanzierung des Gesundheitswesens. Direktzahler: Kantone*. Neuchâtel.
- BFS (2019). *Strukturerhebung. Ständige Wohnbevölkerung nach Hauptsprachen und Kanton 2017*. Neuchâtel.
- BFS (2020a). *Krankenhausstatistik. Standardtabellen 2018*. Neuchâtel.
- BFS (2020b). *Regionalporträts 2020: Kantone*. Neuchâtel.
- BFS (2020c). *Kosten des Gesundheitswesens 2018*. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html> [zugegriffen: 10.1.2021].

- BFS (2022). Die 2148 Gemeinden der Schweiz am 1.1.2022. Online: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/karten.assetdetail.20604220.html> [zugegriffen: 20.12.2022].
- BFS und ARE (2017). *Verkehrsverhalten der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2015*. Neuchâtel.
- Biela, J., A. Hennl, und A. Kaiser (2012). Combining Federalism and Decentralization: Comparative Case Studies on Regional Development Policies in Switzerland, Austria, Denmark, and Ireland. *Comparative Political Studies* 45(4): 447–76.
- Biersack, O. (2005). *Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet GmbH.
- Bischof, F. X. (2008). Kulturkampf. Historisches Lexikon der Schweiz. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/017244/2008-11-06/> [zugegriffen: 19.12.2019].
- Blatter, J. (2000). *Entgrenzung der Staatenwelt? Politische Institutionenbildung in Grenzüberschreitenden Regionen in Europa und Nordamerika*. Baden-Baden: Nomos.
- Blatter, J. (2004). From «Spaces of Place» to «Spaces of Flows»? Territorial and Functional Governance in Cross-Border Regions in Europe and North America. *International Journal of Urban and Regional Research* 28(3): 530–48.
- Blatter, J. (2010). Horizontalföderalismus und Schweizer Demokratie. *Swiss Political Science Review* 16(2): 247–77.
- Blatter, J. und M. Haverland (2012). *Designing Case Studies. Explanatory Approaches in Small-N Research*. Houndmills, Basingstoke und Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Blatter, J., F. Janning, und C. Wagemann (2007). *Qualitative Politikanalyse. Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bochsler, D. (2008). A QAP Network Analysis of Intergovernmental Cooperation between Swiss Cantons. In Friemel, T.N. (Hrsg.), *Why Context Matters. Applications of Social Network Analysis*. Berlin: Springer (141–61).
- Bochsler, D. (2009). Neighbours or Friends? When Swiss Cantonal Governments Co-Operate with Each Other. *Regional & Federal Studies* 19(3): 349–70.
- Bochsler, D. (2010). Horizontale Zusammenarbeit als Lösung des Problems der Kleinräumigkeit im Schweizer Föderalismus? Eine quantitative Perspektive. In Auer, A. (Hrsg.), *Herausforderung HarmoS. Bildungspolitik, Föderalismus und Demokratie auf dem Prüfstein* (Schriften.). Zürich, Basel, Genf: Schulthess Juristische Medien AG (121–46).
- Bochsler, D. und P. Sciarini (2006). Konkordate und Regierungskonferenzen. Standbeine des horizontalen Föderalismus. *LeGes* 17(1): 23–41.

- Bolleyer, N. (2006a). Consociationalism and Intergovernmental Relations – Linking Internal and External Power-Sharing in the Swiss Federal Polity. *Swiss Political Science Review* 12(3): 1–34.
- Bolleyer, N. (2006b). Federal Dynamics in Canada, the United States, and Switzerland: How Substates' Internal Organization Affects Intergovernmental Relations. *Publius: The Journal of Federalism* 36(4): 471–502.
- Bolleyer, N. (2009). *Intergovernmental Cooperation. Rational Choices in Federal Systems and Beyond*. New York: Oxford University Press.
- Bolleyer, N. (2013). Paradoxes of Self-Coordination in Federal Systems. In Benz, A. und J. Broschek (Hrsg.), *Federal Dynamics: Continuity, Change, and the Varieties of Federalism*. Oxford: Oxford University Press (321–42).
- Bolleyer, N. und T. A. Börzel (2010). Non-Hierarchical Policy Coordination in Multilevel Systems. *European Political Science Review* 2(02): 157–85.
- Bolleyer, N. und T. A. Börzel (2014). Balancing Integration and Flexibility in the European Union: Constitutional Dispositions and Dynamics of Coordination. *Comparative European Politics* 12(4/5): 384–403.
- Bolleyer, N. und E. Bytzek (2009). Government Congruence and Intergovernmental Relations in Federal Systems. *Regional & Federal Studies* 19(3): 371–97.
- Bonoli, G. (2012). Blame Avoidance and Credit Claiming Revisited. In Bonoli, G. und D. Natali (Hrsg.), *The Politics of the New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press (93–110).
- Börzel, T. A. (2000). From Competitive Regionalism to Cooperative Federalism: The Europeanization of the Spanish State of the Autonomies. *Publius: The Journal of Federalism* 30(2): 17–42.
- Börzel, T. A. (2008). Der «Schatten der Hierarchie» – Ein Governance-Paradox? In Schuppert, G.F. und Z. Michael (Hrsg.), *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (118–31).
- Bossard, C. (2018). Warum Ob- und Nidwalden zwei «verfreundete» Nachbarn sind. *Luzerner Zeitung*, 29. Dezember 2018. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/nidwalden/warum-ob-und-nidwalden-zwei-verfreundete-nachbarn-sind-ld.1081310> [zugegriffen: 21.09.2020].
- Bowman, A. O. (2004). Horizontal Federalism: Exploring Interstate Interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory* 14(4): 535–46.
- Bowman, A. O. (2017). Intergovernmental Councils in the United States. *Regional & Federal Studies* 27(5): 623–43.
- Bowman, A. O. und R. C. Kearney (1988). Dimensions of State Government Capability. *Political Research Quarterly* 41(2): 341–62.
- Broschek, J. (2011). Historischer Institutionalismus und vergleichende Föderalismusforschung: Fragestellungen und Analyseperspektiven. *Swiss Political Science Review* 17(1): 27–50.

- Broschek, J. (2015). Pathways of Federal Reform: Australia, Canada, Germany, and Switzerland. *Publius* 45(1): 51–76.
- Brunner, S. C. (2000). *Möglichkeiten und Grenzen regionaler interkantonaler Zusammenarbeit. Untersucht am Beispiel der Ostschweiz*. Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.
- BS und BL (2021). Ab 1. Juli 2021: Gleichlautende Spitallisten für Basel-Stadt und Basel-Landschaft. *Medienmitteilung vom 27. Mai 2021*.
- BSV (1997). *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1994–1995*. Bern.
- BSV (2001). *Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht*. Bern.
- Bühlmann, M., A. Vatter, O. Dlabac, und H.-P. Schaub (2009). Demokratiequalität im subnationalen Labor: Auf dem Weg zu einem neuen Messinstrument. Anmerkungen zu Sabine Kropp u.a. in Heft 4/2008 der ZParl. ZParl Zeitschrift für Parlamentsfragen 40(2): 454–67.
- Bundesrat (2002). Stellungnahme des Bundesrates vom 18.12.2002 zur Motion 02.3545 Gesundheitswesen. Schaffung von Versorgungsregionen. Online: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20023545> [zugegriffen: 06.11.2022].
- Bundesrat (2013). *Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013*. Bern.
- Cameron, D. (2001). The Structures of Intergovernmental Relations. *International Social Science Journal* 53(167): 121–7.
- Caminada, M., M. Reinhard, P. F. Cuénoud, B. Meyer, P. Ingenpass, B. Holzer, E. Gähler, T. Liniger und D. Wiedmer, Daniel (2015). Tarife und Tarifverhandlungen. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017* (5. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe (429–46).
- Carr, J. B., E. R. Gerber, und E. W. Luper (2007). *Explaining Horizontal and Vertical Cooperation in Michigan*. No. 34. Working Group on Interlocal Services Cooperation.
- Christensen, T., A. L. Fimreite, und P. Lægreid (2007). Reform of the Employment and Welfare Administrations – the Challenges of Co-ordinating Diverse Public Organizations. *International Review of Administrative Sciences* 73(3): 389–408.
- Christensen, T. und P. Lægreid (2008). The Challenge of Coordination in Central Government Organizations: The Norwegian Case. *Public Organization Review* 8(2): 97–116.
- Collier, D. (2011). Understanding Process Tracing. *PS: Political Science and Politics* 44(04): 823–30.

- Connelly, D. R., J. Zhang, und S. R. Faerman (2014). The Paradoxical Nature of Collaboration. In O’Leary, R. (Hrsg.), *Big Ideas in Collaborative Public Management*. Florence, KY: Taylor & Francis (17–35).
- Cranmer, S. J. und B. A. Desmarais (2011). Inferential Network Analysis with Exponential Random Graph Models. *Political Analysis* 19(1): 66–86.
- Cranmer, S. J., P. Leifeld, S. D. McClurg, und M. Rolfe (2017). Navigating the Range of Statistical Tools for Inferential Network Analysis. *American Journal of Political Science* 61(1): 237–51.
- Crivelli, L., G. Domenighetti, und M. Filippini (2007). Federalism versus Social Citizenship: Investigating the Preference for Equity in Health Care. In Porta, P.L. und L. Bruni (Hrsg.), *Handbook on the Economics of Happiness*. Cheltenham: Edward Elgar (487–511).
- Crivelli, L. und P. Salari (2014). The Impact of Federalism on the Healthcare System in Terms of Efficiency, Equity, and Cost Containment: The Case of Switzerland. In Levaggi, R. und M. Montefiori (Hrsg.), *Health Care Provision and Patient Mobility. Health Integration in the European Union*. Milan: Springer (155–78).
- Cuonz, R. (2022, March 13). Spital Obwalden spielt bei Abwahl von Maya Büchi “Zünglein an der Waage.” *Luzerner Zeitung*, 13. März 2022. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/obwalden/spital-spielt-zunglein-an-der-waage-ld.2262413> [zugegriffen: 23.04.2022].
- Degen, B. (2008). Krankenversicherung. *Historisches Lexikon der Schweiz*. Online: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16608.php> [zugegriffen: 09.11.2017].
- Desmarais, B. A. und S. J. Cranmer (2012). Statistical Inference for Valued-Edge Networks: The Generalized Exponential Random Graph Model. *PLoS ONE* 7(1): 1–12.
- Detterbeck, K. und E. Hepburn (Hrsg.) (2018). *Handbook of Territorial Politics*. Cheltenham und Northampton: Edward Elgar.
- Dietz, E. und D. Böhning (2000). On Estimation of the Poisson Parameter in Zero-Modified Poisson Models. *Computational Statistics and Data Analysis* 34(4): 441–59.
- Dubach, R. (2010a). Der Grundstein zur sozialen Kranken- und Unfallversicherung wird gelegt. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (68).
- Dubach, R. (2010b). “Lex Forrer”: Dreifach-Projekt der Sozialversicherung scheitert. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (95–6).
- Dubach, R. (2010c). Obligatorische Unfall- und freiwillige Krankenversicherung als tragfähiger Kompromiss. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle

- (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (114–5).
- Dubach, R. (2010d). Nein zu Lohnprozenten und zum Obligatorium in der Krankenversicherung. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (333–4).
- Dubach, R. (2010e). Keine Finanzspritze an Krankenkassen ohne Anreiz zu Kosteneindämmung. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (481–3).
- Dubach, R. (2010f). Die Kopfprämien bleiben: Keine Lohnprozente für die Krankenversicherung. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (529–30).
- EDI (2017). *Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe*. Bern.
- EDI und GDK (2013). *Vereinbarung Dialog Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*. Ort: Herausgeber.
- Egli, M. (2016a). Heiden: «Man hat dem Spital ein Bein ausgerissen.» *St.Galler Tagblatt*, 19. September 2016. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/appenzellerland/heiden-man-hat-dem-spital-ein-bein-ausgerissen-ld.915403> [zugegriffen: 05.07.2018].
- Egli, M. (2016b). Jetzt gehen sie auf die Strasse. *St.Galler Tagblatt*, 15. September 2016. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/appenzellerland/jetzt-gehen-sie-auf-die-strasse-ld.643584> [zugegriffen: 05.07.2018].
- Eichenberger, R. und B. S. Frey (2006). Functional, Overlapping and Competing Jurisdictions (FOCJ): A Complement and Alternative to Today's Federalism. In Ahmad, E. und G. Brosio (Hrsg.), *Handbook of Fiscal Federalism*. Cheltenham und Northampton: Edward Elgar (154–81).
- Elazar, D. J. (1993). International and Comparative Federalism. *PS: Political Science and Politics* 26(2): 190–5.
- Elmelund-Praestekaer, C. und P. Emmenegger (2013). Strategic Re-Framing as a Vote Winner: Why Vote-Seeking Governments Pursue Unpopular Reforms. *Scandinavian Political Studies* 36(1): 23–42.
- Emmenegger, P., L. Graf, und C. Trampusch (2019). The Governance of Decentralized Cooperation in Collective Training Systems: A Review and Conceptualization. *Journal of Vocational Education and Training* 71(1): 21–45.
- Erni, T. (1980). *Die Entwicklung des schweizerischen Kranken- und Unfallversicherungswesens*. Freiburg i. Ü.: Universitätsverlag Freiburg Schweiz.
- ESEHA-CHstat (2020). Personal der öffentl. Zentralverwaltungen nach Rechtsform (NOGA 2008) (VZS). Online: http://chstat.ch/db/db_themes.php?typeN=1&theme=tableaux&lang=De [zugegriffen: 14.07.2020].

- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Van Evera, S. (1997). *Guide to Methods for Students of Political Science*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Falleti, T. G. und J. F. Lynch (2009). Context and Causal Mechanisms in Political Analysis. *Comparative Political Studies* 42(9): 1143–66.
- Finanzverwaltung, E. (2019). *Tabellen und Abbildungen Finanzausgleichszahlungen* 2020. Bern.
- Fioretos, O., T. G. Falleti, und A. Sheingate (2016). Historical Institutionalism in Political Science. In Fioretos, O. et al. (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Historical Institutionalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Fischer, M., P. Sciarini, und D. Traber (2010). The Silent Reform of Swiss Federalism: The New Constitutional Articles on Education. *Swiss Political Science Review* 16(4): 747–71.
- Forster, C. (2019). Nicht mehr «jedem Täli sein Spitäli». *Neue Zürcher Zeitung*, 24. Oktober 2019: 11.
- Fuchs, R. (2016). Personalabbau: 45 von 280 Mitarbeitern betroffen. *St.Galler Tagblatt*, 16. Dezember 2016 .
- Füglister, K. (2012). Where Does Learning Take Place? The Role of Intergovernmental Cooperation in Policy Diffusion. *European Journal of Political Research* 51(3): 316–49.
- Fürst, D. (2001). Regional Governance – Ein neues Paradigma der Regionalwissenschaften? *Raumforschung und Raumordnung* 59(5–6): 370–80.
- Fürst, D. (2004). Regional Governance. In Benz, A. et al. (Hrsg.), *Governance – Regieren in Komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (45–64).
- Fürst, D. (2007). Regional Governance. In Benz, A. et al. (Hrsg.), *Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (353–65).
- GDK (2003). Statuten. Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Stand 26.11.2020. Online: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/gdk/STATUTS-20201126_dfdef.pdf [zugegriffen: 15.12.2020].
- GDK (2005). *Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung. Bericht des Arbeitsausschusses «Leistungsorientierte Spitalplanung» zuhanden des Vorstandes der GDK*. Bern.
- GDK (2006a). *Jahresbericht 2005*. Bern.
- GDK (2006b). *Interkantonale Kooperationen in der stationären Versorgung. Resultate der Erhebung bestehender, gewünschter oder verworfener interkantonalen Zusammenarbeit vom März 2006*. Bern.

- GDK (2018). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Bern.
- GDK (2001–2018.). Jahresberichte 2000–2017. Online: <https://www.gdk-cds.ch/de/die-gdk/portraet/jahresberichte> [zugegriffen: 30.12.2020].
- GDK (o.J.a). Hochspezialisierte Medizin – Organisation – Organe. Online: <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/organe> [zugegriffen: 12.12.2022].
- GDK (o.J.b). Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts (Übersicht). Online: <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht> [zugegriffen: 22.12.2020].
- GE (2019). *Rapport de planification sanitaire du Canton de Genève 2020–2023*. Genève.
- Gerber, E. R. und C. G. Loh (2015). Spatial Dynamics of Vertical and Horizontal Intergovernmental Collaboration. *Journal of Urban Affairs* 37(3): 270–88.
- Gerken, H. K. und A. Holtzblatt (2014). Political Safeguards of Horizontal Federalism. *Michigan Law Review* 113(1): 57–120.
- Germann, R. E. (2004). The Swiss Cantons: Equality and Difference. In Klöti, U., P. Knoepfel, H. Kriesi, W. Linder und Y. Papadopoulos (Hrsg.), *Handbook of Swiss Politics*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung Publishing (317–48).
- Gerny, D. (2019a). Die beiden Basel driften schon wieder auseinander. *Neue Zürcher Zeitung*, 10. Februar 2019. Online: <https://www.nzz.ch/schweiz/die-beiden-basel-driften-schon-wieder-auseinander-ld.1458725> [zugegriffen: 11.02.2019].
- Gerny, D. (2019b). Das Scheitern der Basler Spitalfusion ist ein schlechtes Zeichen für die Schweizer Gesundheitspolitik. *Neue Zürcher Zeitung*, 10. Februar 2019. Online: <https://www.nzz.ch/meinung/das-scheitern-der-basler-spitalfusion-ist-ein-schlechtes-zeichen-fuer-die-schweizer-gesundheitspolitik-ld.1458690> [zugegriffen: 11.02.2019].
- Gerring, J. (2011). *The Case Study*. Oxford: Oxford University Press.
- Ghiselli, L. (2020). «Das ist keine Mickey-Mouse-Übung»: Fünf Ostschweizer Kantone haben offiziell beschlossen, in der Spitalplanung zusammenzuarbeiten. *St.Galler Tagblatt*, 26. Februar 2020. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/jetzt-live-fuenf-ostschweizer-kantone-wollen-zusammen-eine-gemeinsame-spitalliste-planen-ld.1197985> [zugegriffen: 31.08.2020].
- Gilardi, F. (2010). Who Learns from What in Policy Diffusion Processes? *American Journal of Political Science* 54(3): 650–66.
- Gilardi, F. und K. Füglistler (2008). Empirical Modeling of Policy Diffusion in Federal States: The Dyadic Approach. *Swiss Political Science Review* 14(3): 413–50.

- Gilardi, F., K. Füglistner, und S. Luyet (2009). Learning From Others. The Diffusion of Hospital Financing Reforms in OECD Countries. *Comparative Political Studies* 42(4): 549–73.
- Gilardi, F. und F. Wasserfallen (2016). How Socialization Attenuates Tax Competition. *British Journal of Political Science* 46(1): 45–65.
- GPK-SR (2002). *Einflussnahme des Bundes auf die Kostendämpfung im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes – Untersuchung anhand von zwei ausgewählten Beispielen*. Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 5. April 2002. Bern.
- Gress, F. (1996). Interstate Cooperation and Territorial Representation in Inter-mestic Politics. *Publius: The Journal of Federalism* 26(1): 53–72.
- Hacker, J. S. (2004). Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States. *American Political Science Review* 98(2): 243–60.
- Hacker, J. S., P. Pierson, und K. Thelen (2015). Drift and Conversion: Hidden Faces of Institutional Change. In Mahoney, J. und K. Thelen (Hrsg.), *Advances in Comparative-Historical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press (180–208).
- Haenni, M. (2021). *Horizontale Kooperation im Schweizer Föderalismus – Analyse eines mehrstufigen Phänomens am Beispiel der kantonalen Spitalplanung* [Dissertation]. St.Gallen: Universität St.Gallen.
- Häfliger, M. (2014). Freudentag für die Bauern-Lobby. *Neue Zürcher Zeitung*, 26. November 2014. Online: <https://www.nzz.ch/schweiz/freudentag-fuer-die-bauern-lobby-1.18432992> [zugegriffen: 14.12.2020].
- Hall, P. A. und R. R. Taylor (1996). Political Science and the Three New Institution-alisms. *Political Studies* 44(5): 936–57.
- Handcock, M. S., D. R. Hunter, C. T. Butts, S. M. Goodreau, P. N. Krivitsky und M. Morris (2019). *Ergm: Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks*. R Package Version 3.10.1. The Statnet Project. Online: <https://cran.r-project.org/package=ergm> [zugegriffen: 06.07.2019].
- Handcock, M. S., D. R. Hunter, C. T. Butts, S. M. Goodreau, P. N. Krivitsky, M. Morris und L. Wang (2022). *Ergm: Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks*. Reference Manual. Online: <https://cran.r-project.org/web/packages/ergm/ergm.pdf> [zugegriffen: 19.11.2022].
- Häusermann, S. (2018). The Multidimensional Politics of Social Investment in Conservative Welfare Regimes: Family Policy Reform between Social Transfers and Social Investment. *Journal of European Public Policy* 25(6): 862–77.
- Heaney, M. T. (2014). Multiplex Networks and Interest Group Influence Reputation: An Exponential Random Graph Model. *Social Networks* 36(1): 66–81.

- Hehli, S. (2020a). Den Kantönligeist Überwinden. *Neue Zürcher Zeitung*, 27. Februar 2020: 13.
- Hehli, S. (2020b, November 13). Die Spitäler sehen für die Zukunft schwarz – nicht nur wegen Corona. *Neue Zürcher Zeitung*, 13. November 2020. Online: <https://www.nzz.ch/schweiz/corona-die-pandemie-bringt-die-spitaeler-finanziell-in-bedraengnis-ld.1586720> [zugegriffen: 15.01.2021].
- Helferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herger, F. (2019). Obwaldner Spital-Pläne Mit Luzern Wecken Bedenken. *Luzerner Zeitung*, 18. September 2019. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/obwalden/obwaldner-spital-plaene-mit-luzern-wecken-bedenken-ld.1152730> [zugegriffen: 23.01.2020].
- Hibbs, D. A. (1977). Political Parties and Macroeconomic Policy. *American Political Science Review* 71(04): 1467–87.
- Hodel, C. (2014). Spitäler sollen noch näher zusammenrücken. *Luzerner Zeitung*, 18. Dezember 2014: 3.
- Huber, E., C. C. Ragin, und J. D. Stephens (1993). Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure, and the Welfare State. *American Journal of Sociology* 99(3): 711–49.
- Huber, E. und J. D. Stephens (2006). Combating Old and New Social Risks. In Armingeon, K. und G. Bonoli (Hrsg.), *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting Post-War Social Policies to New Social Risks*. London: Routledge (143–68).
- Huber, K. (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010–2013*. Neuchâtel: Herausgeber.
- Hunter, D. R., M. S. Handcock, C. T. Butts, S. M. Goodreau, und M. Morris (2008). Ergm: A Package to Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks. *Journal of Statistical Software* 24(3): 1–29.
- Immergut, E. M. (1998). The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics & Society* 26(1): 5–34.
- Indra, P., R. Januth, und S. Cueni (2015). Krankenversicherung. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017* (5.). Bern: Hogrefe (271–241).
- Ingold, K. und P. Leifeld (2016). Structural and Institutional Determinants of Influence Reputation: A Comparison of Collaborative and Adversarial Policy Networks in Decision Making and Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 26(1): 1–18.
- Jann, B. (2005). *Einführung in die Statistik*. München: Oldenbourg.

- Johns, C. M., P. L. O'Reilly, und G. J. Inwood (2007). Formal and Informal Dimensions of Intergovernmental Administrative Relations in Canada. *Canadian Public Administration/Administration Publique Du Canada* 50(1): 21–41.
- Kahnemann, D. (2012). *Schnelles Denken, langsames Denken*. München: Siedler.
- Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews*. Wiesbaden: Springer.
- Kantonsrat St.Gallen (2020). Kantonsratsbeschluss über die Festlegung der Spitalstandorte. Ergebnis der einzigen Lesung des Kantonsrates vom 16. September und 2. Dezember 2020. Online: <https://www.ratsinfo.sg.ch/media/documents/published/a9930f3b-59a5-46a3-9135-0b7253c7b2bf.pdf> [zugegriffen: 29.11.2022].
- Katznelson, I. und B. R. Weingast (2005). Intersections Between Historical and Rational Choice Institutionalism. In Katznelson, I. und B.R. Weingast (Hrsg.), *Preferences and Situations. Points of Intersection Between Historical and Rational Choice Institutionalism*. New York: Russel Sage Foundation (1–24).
- King, G. und L. Zeng (2001a). Logistic Regression in Rare Events Data. *Political Analysis* 9(2): 137–63.
- King, G. und L. Zeng (2001b). Explaining Rare Events in International Relations. *International Organization* 55(3): 693–715.
- Kissling-Näf, I. und P. Knoepfel (1992). Politikflexibilität dank zentralstaatlichem Immobilismus? Handlungsspielräume kantonaler Vollzugspolitiken im schweizerischen politisch-administrativen System. In Abromeit, H. und W.P. Pommerehne (Hrsg.), *Staatstätigkeit in der Schweiz*. Bern: Haupt (651–89).
- Kley, A. (2011). Bundesverfassung (BV). *Historisches Lexikon der Schweiz*. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/009811/2011-05-03/> [zugegriffen: 19.12.2019].
- Kocher, G. (2010). Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden. In Kocher, G. und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Hans Huber (133–44).
- Kocher, G. und W. Oggier (Hrsg.) (2010). *Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Hans Huber.
- Korpi, W. (1983). *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge.
- Krackhardt, D. (1988). Predicting with Networks: Nonparametric Multiple Regression Analysis of Dyadic Data. *Social Networks* 10(4): 359–81.
- Krivitsky, P. N. (2012). Exponential-Family Random Graph Models for Valued Networks. *Electronic Journal of Statistics* 6: 1100–28
- Krivitsky, P. N. (2019). Ergm.Count: Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks with Count Edges.

- Kübler, D., W. Schenkel, und J.-P. Leresche (2003). Bright Lights, Big Cities? Metropolisation, Intergovernmental Relations, and the New Federal Urban Policy in Switzerland. *Swiss Political Science Review* 9(1): 261–82.
- Kucera, A. (2016). Unterschiedliches Staatsverständnis am Röstigraben. *Neue Zürcher Zeitung*, 26. September 2016. Online: <https://www.nzz.ch/meinung/kommentare/ahv-plus-staatsverstaendnis-am-roestigraben-ld.118847> [zugegriffen: 21.07.2019].
- Lehmbruch, G. (1978). Party and Federation in Germany: A Developmental Dilemma. *Government and Opposition* 13(2): 151–77.
- Leimgruber, M. (2008). *Solidarity Without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890–2000*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lester, J. P., A. O. Bowman, M. L. Goggin, und L. J. O'Toole (1987). Public Policy Implementation: Evolution of the Field and Agenda For Future Research. *Review of Policy Research* 7(1): 200–16.
- Lieberman, E. S. (2005). Nested Analysis as a Mixed-Method Strategy for Comparative Research. *American Political Science Review* 99(3): 435–52.
- Lindbom, A. (2014). Waking up the Giant? Hospital Closures and Electoral Punishment in Sweden. In Kumlin, S. und I. Stadelmann-Steffen (Hrsg.), *How Welfare States Shape the Democratic Public. Policy Feedback, Participation, Voting, and Attitudes* (Globalizat.). Cheltenham und Northampton: Edward Elgar (156–77).
- Linder, W. (2005). *Schweizerische Demokratie. Institutionen, Prozesse, Perspektiven* (2. Auflage). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Linder, W. und S. Mueller (2017). *Schweizerische Demokratie. Institutionen, Prozesse, Perspektiven* (4. Auflage). Bern: Haupt.
- Linder, W. und A. Vatter (2001). Institutions and Outcomes of Swiss Federalism: The Role of the Cantons in Swiss Politics. *West European Politics* 24(2): 95–122.
- Loughlin, J., W. Swenden, und J. Kincaid (2013). *Routledge Handbook of Regionalism & Federalism*. Hoboken: Routledge.
- LU (2005). *Botschaft des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Entwurf eines Spitalgesetzes vom 27. September 2005*.
- LU (2009). *Absichtserklärung für eine gemeinsame Spitalversorgung Luzern - Nidwalden. Medienmitteilung vom 26.10.2009*. Online: <https://www.pres-seportal.ch/de/pm/100000205/100592228> [zugegriffen: 07.09.2020].
- LU (2015a). *Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat. Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme vom 20. Oktober 2015*. Luzern.
- LU (2015b). *Kantonsratsprotokoll vom 15. September 2015. Anfrage Graber Michèle und Mit. über die aktuelle Spitalplanung (A 674)*. Schriftliche

Beantwortung und Anfrage Graber Michèle und Mit. über die Planung des Spitals Wolhusen und die Priorisierung des Kinderspitals (A 675). Schriftliche Beantwortung. Online: <https://www.lu.ch/-/klu/ris/cdws/document?fileid=e8c25bfca06c4aa6920186b4bc0c2cb1> [zugegriffen: 30.11.2022].

- LU (2018). Initiative «Für eine sichere Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton Luzern»: Zwei Forderungen lehnt die Regierung vehement ab. *Medienmitteilung vom 9. Mai 2018*. Online: <https://www.lu.ch/-/klu/ris/cdws/document?fileid=9d99c64a68cb448381a858a2c044412e> [zugegriffen: 27.09.2020].
- LU (2019a). Kantonsratsprotokoll vom 9. September 2019. A 97 Anfrage Budmiger Marcel und Mit. Über die demokratische Mitsprache bei der Gestaltung der Spital AG trotz Aktionärsbindungsvertrag.
- LU (2019b). *Botschaft des Regierungsrates an den Kantonsrat vom 14. Juni 2019. Änderung der Rechtsform der kantonalen Spitalunternehmen*.
- LU (2019c). Kantonsratsprotokoll vom 2. Dezember 2019. B 173 Änderung der Rechtsform der Kantonalen Spitalunternehmen; Entwurf Änderung des Spitalgesetzes / Gesundheits- und Sozialdepartement.
- LU (2020a). Kantonsratsprotokoll vom 27. Januar 2020. Geschäft B 173.
- LU (2020b). Ablauf der Referendumsfrist für zwei Gesetzesänderungen und ein Dekret. *Kantonsblatt 2020(14)*: 1137.
- LU und NW (2011a). Medienkonferenz: 14.02.2011. Luzerner – Nidwaldner Spitalregion Unterzeichnung Rahmenvertrag (Projekt LUNIS). *Folienpräsentation*.
- LU und NW (2011b). Luzerner-Nidwaldner Spitalregion: Kantone Luzern und Nidwalden unterzeichnen Rahmenvertrag. *Medienmitteilung vom 14.02.2011*. Online: https://www.nw.ch/_docn/143419/MM_Unterzeichnung_Rahmenvertrag.pdf [zugegriffen: 07.09.2011].
- LU und NW (2021). Kantonsspitäler Luzern und Nidwalden: Regierungen fassen Beschlüsse für Umwandlung ihrer Spitäler in AG und wählen Verwaltungsrat. *Medienmitteilung vom 9. Juni 2021*.
- Lubell, M., J. Scholz, R. Berardo, und G. Robins (2012). Testing Policy Theory with Statistical Models of Networks. *Policy Studies Journal* 40(3): 351–74.
- LUKS (2020). Änderung Spitalgesetz: Sozialpartner nehmen GAV-Verhandlungen auf. *Medienmitteilung vom 9. Januar 2020*. Online: https://www.luks.ch/sites/default/files/2020-01/medienmitteilung_gav-verhandlungen_9.1.2020_1.pdf [zugegriffen: 05.10.2020].
- LUKS (o.J.). Partnerschaften. Online: <https://www.luks.ch/ihr-luks/organisation/partnerschaften> [zugegriffen: 25.9.2020].

- LUKS-Gruppe (2021). Koordiniert und digital vernetzt: Neue LUKS Gruppe startet. Medienmitteilung vom 1. Juli 2021. Online: https://www.spital-nidwalden.ch/sites/default/files/2021-07/20210701_mm_start_luks_gruppe.pdf [zugegriffen: 09.01.2022].
- LUKS, NW, und LU (2018). Aktienkaufvertrag und Aktionärbindungsvertrag. Online: https://www.luks.ch/sites/default/files/2018-11/lunis_aktienkaufvertrag_aktionaerbindungsvertrag_2018_11_07_3.pdf [zugegriffen: 08.12.2020].
- LUNIS (2015). LUNIS. Luzerner und Nidwaldner Spitalregion. Wieso umgesetzt? Warum erfolgreich? Folienpräsentation. Online: https://www.nw.ch/_docn/143350/Herbstkolloquium-KSNW_LUNIS_2015-10-01_gekürzt.pdf [zugegriffen: 31.12.2020].
- Lusher, D., J. Koskinen, und G. Robins (2013). *Exponential Random Graph Models for Social Networks: Theory, Methods, and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mahoney, J. und K. Thelen (2010). A Theory of Gradual Institutional Change. In Mahoney, J. und K. Thelen (Hrsg.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press (1–37).
- Marotzki, W. (2011). Leitfadeninterview. In Bohnsack, R. et al. (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung* (3. Auflage.). Opladen: Barbara Budrich (114).
- Mattmann, L. (2013). Kantonsspitäler kämpfen um Patienten. *Luzerner Zeitung*, 22. Februar 2013.
- Mayntz, R. (2004). Governance im modernen Staat. In Benz, A. (Hrsg.), *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (65–76).
- Metzler, B. (2019). Spitalfusionen haben es schwer. *Basler Zeitung*, 10. Februar 2019. Online: <https://bazonline.ch/schweiz/standard/spitalfusionen-haben-es-schwer/story/10980996> [zugegriffen: 12.02.2019].
- Morger, M., J. Jäggi, D. Stocker, und K. Künzi (2018). Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha, Studie im Auftrag des BAG. Bern.
- Motion Leuthard 03.3042 (2002). Gesundheitswesen. Schaffung von Versorgungsregionen. Online: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20023545>, zugegriffen: 28.5.2020.
- Motion Meyer-Kälin 10.3449 (2010). Bessere Gesundheitsversorgung durch Versorgungsregionen. Online: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103449>, zugegriffen: 28.5.2020.
- Mueller, S. und A. Vatter (2020). Einleitung und Zusammenfassung. In Mueller, S. und A. Vatter (Hrsg.), *Der Ständerat: Die zweite Kammer der Schweiz*. Basel: NZZ Libro (21–34).

- Neidhart, L. (1970). *Plebiszit und pluralitäre Demokratie: Eine Analyse der Funktion des Schweizerischen Gesetzesreferendums*. Bern: Francke.
- News.ch (2005). Obwaldner Regierungsrätin tritt zurück. News.ch, 6. September 2005. Online: <https://www.news.ch/Obwaldner+Regierungsrae-tin+tritt+zurueck/221062/detail.htm> [zugegriffen: 07.12.2020].
- NFP 58 (o.J.). Die Religiosität der Christen in der Schweiz und die Bedeutung der Kirchen in der heutigen Gesellschaft. *Themenheft IV*.
- NW (2004a). *Kleine Anfrage von Landrat Ruedi Schoch, Stans, betreffend Kantonsspital Nidwalden (KSN). Beantwortung vom 23. März 2004. Protokollauszug*.
- NW (2004b). Protokoll der Landratssitzung vom 22. Dezember 2004
- NW (2004c). *Kleine Anfrage von Landrat Peter Epper, Buochs, bezüglich Spitalplanung des Kantonsspitals Nidwalden (KSN). Beantwortung vom 7. Dezember 2004*.
- NW (2009). Regierung will in das Kantonsspital Nidwalden investieren. *Medienmitteilung vom 26. Oktober 2009*. Online: https://www.nw.ch/_docn/143413/MM_Investitionsvorhaben_Kantonsspital_Nidwalden.pdf [zugegriffen: 02.09.2020].
- NW (2010). Protokoll der Landratssitzung vom Mittwoch, 17. März 2010.
- NW (2011a). *Gesetz über das Kantonsspital. Ergebnis der Vernehmlassung*, 28. Juni 2011. Stans.
- NW (2011b). Protokoll der Landratssitzung vom Mittwoch, 21. September 2011.
- NW (2011c). Protokoll der Landratssitzung vom Mittwoch, 19. Oktober 2011.
- NW (2019a). Protokoll der Landratssitzung vom 23.10.2019.
- NW (2019b). *Gesetz über das Kantonsspital (Spitalgesetz, SpitG). Totalrevision. Bericht an den Landrat vom 18. Juni 2019*. Stans.
- NW (2019c). Protokoll der Landratssitzung vom 25. September 2019.
- NW (2019d). *Gesetz über das Kantonsspital (Spitalgesetz, SPITG). Ergebnis der Vernehmlassung*, 18. Juni 2019. Stans.
- NZZ (2004). St.Gallen wählt Gesundheitsdirektor ab. *Neue Zürcher Zeitung*, 15. März 2004. Online: <https://www.nzz.ch/article9H03Z-1.227830> [zugegriffen: 29.11.2020].
- NZZ (2007). Friedlicher Aufstand für das Spital Sarnen. *Neue Zürcher Zeitung*, 26. Januar 2007. Online: <https://www.nzz.ch/articleEUZA8-1.102310> [zugegriffen: 01.09.2020].
- NZZ (2014). Nationalrat vor Budgetdebatte - Bauern wehren sich gegen Kürzungen. *Neue Zürcher Zeitung*, 25. November 2014. Online: <https://www.nzz.ch/wirtschaft/newsticker/nationalrat-vor-budgetdebatte---bauern-wehren-sich-gegen-kuerzungen-1.18431706> [zugegriffen: 14.12.2020].
- Oates, W. E. (2011). *Fiscal Federalism*. Northampton: Edward Elgar.

- Obinger, H. (1998). Federalism, Direct Democracy, and Welfare State Development in Switzerland. *Journal of Public Policy* 18(03): 241–63.
- Obinger, H., S. Leibfried, und F. G. Castles (Hrsg.) (2005). *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD und WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*.
- Oggier, W. (Hrsg.) (2015a). *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017*. Bern: Hogrefe.
- Oggier, W. (2015b). Kosten und Finanzierung. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*. Bern: Hogrefe (197–202).
- Olson, M. (1965). *The Logic of Collective Action : Public Goods and the Theory of Groups*. Harvard Economic Studies Vol. 124. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Opeskin, B. R. (2001). Mechanisms for Intergovernmental Relations in Federations. *International Social Science Journal* 53(167): 129–38.
- Ostrom, E. (1998). A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action. *American Political Science Review* 92(1): 1–22.
- Ostrom, V. und E. Ostrom (1965). A Behavioral Approach to the Study of Intergovernmental Relations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 359(1): 137–46.
- Ostrom, V., C. M. Tiebout, und R. Warren (1961). The Organization of Government in Metropolitan Areas: A Theoretical Inquiry. *American Political Science Review* 55(04): 831–42.
- OW (2005a). *Botschaft des Regierungsrats zum Stand des Projekts «Spitalkooperation Obwalden – Nidwalden» und zum Volksbegehren «zur Erhaltung des Kantonsospitals am Standort Sarnen»*.
- OW (2005b). Protokoll der Sitzung des Kantonsrats vom 1. Juli 2005.
- OW (2005c). Volksbegehren (Initiative) Zur Erhaltung des Kantonsspitals am Standort Sarnen: Rückzug. *Amtsblatt des Kantons Obwalden* 2005(41): 1226–7.
- OW (2007a). *Bericht des Regierungsrats über das Kantonsspital, die Volksmotion sowie das Volksbegehren der «Aktion pro Kantonsspital Obwalden» zur Änderung von Art. 16 Gesundheitsgesetz vom 20. März 2007*.
- OW (2007b). Protokoll der Sitzung des Kantonsrats vom 27. April 2007.
- OW (2007c). Kantonale Volksabstimmung vom 16. Dezember 2007. *Abstimmungszeitung*. Online: https://www.ow.ch/_docn/14287/Abstimmungszeitung%20vom%2016.%20Dezember%202007.pdf [zugegriffen: 13.10.2022].
- OW (2007d). Volksbegehren der «Aktion pro Kantonsspital Obwalden» zur Änderung von Art. 16 des Gesundheitsgesetzes. Online: https://www.ow.ch/de/politik/abstimmungsergebnisse/archivsuche/welcome.php?action=showobject&object_id=1225&title=&descr=&date_

f=14.04.2006&date_u=14.10.2010&typ=&niveau=&inst= [zugegriffen: 08.09.2020].

- OW (2016). Rochade bei der Departementsverteilung – Rücktritt von Baudirektor Paul Federer auf Mitte 2017. *Medienmitteilung vom 1. März 2016*. Online: https://www.ow.ch/_docn/80877/16-13_MM_RR_Departementsverteilung.pdf [zugegriffen: 13.10.2022].
- Palier, B. (2005). Ambiguous Agreement, Cumulative Change: French Social Policy in the 1990s. In Streeck, W. und K. Thelen (Hrsg.), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press (127–44).
- Pfisterer, T. (2015). Intergovernmental Relations in Switzerland: An Unfamiliar Term for a Necessary Concept. In Poirier, J. et al. (Hrsg.), *Intergovernmental Relations in Federal Systems. Comparative Structure and Dynamics*. Don Mills: Oxford University Press (379–419).
- Piazza, M. (2014). Die Verlobung soll gefestigt werden. *Nidwaldner Zeitung*, 6. November 2014: 19.
- Pierson, P. (1994). *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance* 8(4): 449–78.
- Pierson, P. (1996). The New Politics of the Welfare State. *World Politics* 48(02): 143–79.
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review* 94(2): 251–67.
- Pierson, P. (2015). Power and Path Dependency. In Mahoney, J. und K. Thelen (Hrsg.), *Advances in Comparative-Historical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press (123–46).
- Pilny, A. und Y. Atouba (2018). Modeling Valued Organizational Communication Networks Using Exponential Random Graph Models. *Management Communication Quarterly* 32(2): 250–64.
- Poirier, J., C. Saunders, and J. Kincaid (eds.) (2015). *Intergovernmental Relations in Federal Systems. Comparative Structure and Dynamics*. Don Mills: Oxford University Press
- Poirier, J. und C. Saunders (2015a). Comparing Intergovernmental Relations and Cooperative Mechanisms in Federal Systems: An Introduction. In Poirier, J. et al. (Hrsg.), *Intergovernmental Relations in Federal Systems. Comparative Structure and Dynamics*. Don Mills: Oxford University Press (1–13).
- Poirier, J. und C. Saunders (2015b). Conclusion: Comparative Experiences of Intergovernmental Relations in Federal Systems. In Poirier, J. et al. (Hrsg.),

- Intergovernmental Relations in Federal Systems. Comparative Structure and Dynamics.* Don Mills: Oxford University Press (440–98).
- Polenske, K. (2004). Competition, Collaboration and Cooperation: An Uneasy Triangle in Networks of Firms and Regions. *Regional Studies* 38(9): 1029–43.
- Postulat Lehmann 12.3564 (2012). Gesundheitsregionen. Ein Weg zu fairen Preisen im Gesundheitswesen. Online: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20123564>, zugegriffen: 28.5.2020.
- Postulat Wirz-von Planta 03.3042 (2003). Bildung von Versorgungsregionen für die stationäre Behandlung gemäss KVG. Prüfung durch den Bundesrat. Online: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20033042>, zugegriffen: 28.5.2020.
- PWC (2018). *Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017*.
- Radio SRF (2015). Der Obwaldner Regierungsrat Hans Wallimann hört auf, 25.11.2015. *Regionaljournal Zentralschweiz*. Online: <https://www.srf.ch/news/regional/zentralschweiz/der-obwaldner-regierungsrat-hans-wallimann-hoert-auf> [zugegriffen: 21.09.2020].
- Radio SRF (2020). Die Schweiz und ihre Obrigkeit: Staatsskeptiker und Etatisten. *Tagesgespräch*, 7. Juli 2020. Online: <https://www.srf.ch/sendungen/tagesgesprach/die-schweiz-und-ihre-obrigkeit-staatsskeptiker-und-etatisten> [zugegriffen: 21.07.2020].
- Ragin, C. C. (2000). *Fuzzy-Set Social Science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rahmenvertrag LUNIS (Version 7.0 vom 5.1.2011) (2011). Online: https://www.nw.ch/_docn/30323/LUNIS_Rahmenvertrag.pdf [zugegriffen: 03.09.2020].
- Rielle, Y. (2010). Das Fuder überladen: Zu brüchiger Kompromiss verhindert die Einführung der Mutterschaftsversicherung. In Linder, W., C. Bolliger und Y. Rielle (Hrsg.), *Handbuch der Eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (452–3).
- Roca, R. (2012). Sonderbund. *Historisches Lexikon der Schweiz*. Online: https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/017241/2012-12-20/#_hls_servicebox [zugegriffen: 19.12.2019].
- Rüefli, C., C. Anderegg, und Y. Boggio (2005). *Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen*. Bern.
- Rüefli, C., M. Duetz, M. Jordi, und S. Spycher (2015). Gesundheitspolitik. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*. Bern: Hogrefe (117–36).
- Sager, F. (2002). *Vom Verwalten des urbanen Raums. Institutionelle Bedingungen von Politikkoordination am Beispiel der Raum- und Verkehrsplanung in städtischen Gebieten*. Bern: Haupt.

- Sager, F. (2003). Kompensationsmöglichkeiten föderaler Vollzugsdefizite. Das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken. *Swiss Political Science Review* 9(1): 309–33.
- Sager, F. (2005). Metropolitan Institutions and Policy Coordination: The Integration of Land Use and Transport Policies in Swiss Urban Areas. *Governance* 18(2): 227–56.
- Schafran, A. (2013). Rethinking Mega-Regions: Sub-Regional Politics in a Fragmented Metropolis. *Regional Studies* 48(4): 587–602.
- Scharpf, F. W. (1988). The Joint-Decision Trap: Lessons from German Federalism and European Integration. *Public Administration* 66(3): 239–78.
- Scharpf, F. W. (1994). Games Real Actors Could Play: Positive and Negative Coordination in Embedded Negotiations. *Journal of Theoretical Politics* 6(1): 27–53.
- Scharpf, F. W. (1997). *Games Real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder, Colorado: Westview.
- Scharpf, F. W. (2000). *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Scharpf, F. W. (2006). The Joint-Decision Trap Revisited. *Journal of Common Market Studies* 44(4): 845–64.
- Schedler, K. (2015). Die Governance des Gesundheitswesens. *IMPacts* 9: 5–7.
- Schedler, K., R. Müller, und R. W. Sonderegger (2016). *Public Corporate Governance. Handbuch für die Praxis* (3. überarbeitete Auflage). Bern: Haupt.
- Scherer, R. (2006). *Regionale Innovationskoalitionen. Bedeutung und Erfolgsfaktoren von regionalen Governance-Systemen*. Bern: Haupt.
- Scherer, R. und K. Zumbusch (2011). Limits for Successful Cross-Border Governance of Environmental (and Spatial) Development: The Lake Constance Region. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 14: 101–20.
- Schnabel, J. und S. Mueller (2017). Vertical Influence or Horizontal Coordination? The Purpose of Intergovernmental Councils in Switzerland. *Regional & Federal Studies* 27(5): 549–72.
- Schneider, C. Q. und I. Rohlfing (2013). Combining QCA and Process Tracing in Set-Theoretic Multi-Method Research. *Sociological Methods & Research* 42(4): 559–97.
- Schneider, C. Q. und I. Rohlfing (2016). Case Studies Nested in Fuzzy-Set QCA on Sufficiency: Formalizing Case Selection and Causal Inference. *Sociological Methods & Research* 45(3): 525–68.
- Sciarini, P. und D. Bochsler (2006). Réforme du fédéralisme Suisse: Contribution, promesses et limites de la collaboration intercantonale. In Chappellet, J.-L. (Hrsg.), *Contributions à l'action publique. Beiträge zum öffentlichen Handeln*. Lausanne und Bern: Presses polytechniques et universitaires romandes und Haupt Verlag (267–85).

- Scott, T. A. (2016). Analyzing Policy Networks Using Valued Exponential Random Graph Models: Do Government-Sponsored Collaborative Groups Enhance Organizational Networks? *Policy Studies Journal* 44(2): 215–44.
- Sda (2004). Obwaldens Spital soll sich nach Luzern ausrichten. *Neue Zürcher Zeitung*, 14. Dezember 2004: 14.
- Sda (2012). Spitäler trennen gemeinsame Wäscherei. *Luzerner Zeitung*, 27. September 2012. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/nidwalden/spitaeler-trennen-gemeinsame-waescherei-ld.46166> [zugegriffen: 21.09.2020].
- Seawright, J. (2016). *Multi-Method Social Science. Combining Qualitative and Quantitative Tools. Strategies for Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Seawright, J. und J. Gerring (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly* 61(2): 294–308.
- SG (2011). *Spitalplanung Akutsomatik 2012. Versorgungsbericht*. St.Gallen.
- SG (2017). *Spitalplanung Akutsomatik 2017*. St.Gallen.
- SG (2020). Projektstart für gemeinsame Spitalversorgung. News-Meldung vom 18. September 2020. Online: https://www.sg.ch/news/sgch_allgemein/2020/09/projektstart-fuer-gemeinsame-spitalversorgung.html [zugegriffen: 23.4.2022].
- Skocpol, T. (1979). *States and Social Revolutions : A Comparative Analysis of France, Russia, and China*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SO (2017). *Grundlagen Spitalplanung. Akutsomatik 2012–2025*. Solothurn.
- SRF (2014). Die Macht der Bauernlobby. SRF, 25. November 2014. Online: <https://www.srf.ch/news/schweiz/session/die-macht-der-bauernlobby> [zugegriffen: 14.12.2020].
- Stöckli, A. (2019). Neujustierung des schweizerischen Finanzausgleichs: Kompromiss zwischen «ressourcenstarken» und «ressourcenschwachen» Kantonen gefunden! *Jahrbuch des Föderalismus* 20: 285–98.
- Strauf, S., M. Gutjahr, und R. Scherer (2013). *Regionalwirtschaftliche Bedeutung des Kantonsspitals St.Gallen*. St.Gallen.
- Strebel, M. (2014). *Exekutivföderalismus in der Schweiz? Einbezug der Parlamente bei interkantonalen Vereinbarungen*. Baden-Baden: Nomos.
- Strebel, M. (2015). *Bikameralismus. Der Deutsche Bundesrat und der Schweizer Ständerat im Vergleich: Gesetzgebung und Repräsentation machen den Unterschied aus!* Regierungsforschung.de. Duisburg.
- Streeck, W. und K. Thelen (Hrsg.) (2005a). *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press.

- Streeck, W. und K. Thelen (2005b). Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies. *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press (1–39).
- Sutter, G. (2010). Mutterschaft. *Historisches Lexikon der Schweiz*. Online: <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D16101.php> [zugegriffen: 09.11.2017].
- SZ (2017). Schwyzer Spitalliste 2015 Akutsomatik (Stand 1.1.2017).
- Taboga, M. (2017). Markov Chain Monte Carlo (MCMC) Diagnostics. *Lectures on Probability Theory and Mathematical Statistics* (3. Auflage). Kindle Direct Publishing. Online Appendix.
- TG (2011). *Kanton Thurgau Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012*. Frauenfeld.
- TG (2016). Thurgauische Spitalliste 2012 Akutsomatik (Version 2016.1) Gültig ab 1. September 2016.
- Thelen, K. (1999). Historical Institutionalism In Comparative Politics. *Annual Review of Political Science* 2(1): 369–404.
- Thelen, K. (2003). How Institutions Evolve. Insights From Comparative Historical Analysis. In Mahoney, J. und D. Rueschemeyer (Hrsg.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press (208–40).
- Thelen, K. und J. Mahoney (Hrsg.) (2010). *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power* (First publ.). New York: Cambridge University Press.
- Treib, O. (2015). Akteurzentrierter Institutionalismus. In Wenzelburger, G. und R. Zohlnhöfer (Hrsg.), *Handbuch Policy-Forschung*. Wiesbaden: Springer (277–303).
- Tsebelis, G. (2002). *Veto Players: How Political Institutions Work*. Princeton: Princeton University Press.
- Übelhart, M. (2013). Nid-/Obwalden: Spitäler führen neu je eigene Anästhesie. *Luzerner Zeitung*, 3. September 2013. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/nidwalden/nid-obwalden-spitaeler-fuehren-neu-je-eigene-anaesthesie-ld.45556> [zugegriffen: 27.09.2020].
- Übelhart, M. (2018). Zurückgetretene Regierungsrätin Yvonne von Deschwanden: «Ich war glücklich mit der Politik». *Luzerner Zeitung*, 4. Juli 2018. Online: <https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/nidwalden/zurueckgetretende-regierungsraetin-yvonne-von-deschwanden-ich-war-gluecklich-mit-der-politik-ld.1034428> [zugegriffen: 26.01.2021].
- Universitäre Medizin Schweiz (o.J.). Online: <https://www.unimedsuisse.ch/de/ueber-uns/traegerschaft> [zugegriffen: 13.11.2019].
- Vatter, A. (2002). *Kantonale Demokratien im Vergleich: Entstehungsgründe, Interaktionen und Wirkungen politischer Institutionen in den Schweizer Kantonen*. Opladen: Leske und Budrich.

- Vatter, A. (2005). The Transformation of Access and Veto Points in Swiss Federalism. *Regional & Federal Studies* 15(1): 1–17.
- VD (2018). Liste informative sur les établissements hospitalières inscrits ou non inscrits sur la liste LAMAL du canton de Vaud. Online: https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Hopitaux/Liste-LAMal_2018.pdf [zugegriffen: 14.12.2020].
- Vögele, A. (2020). St.Gallen führt Spitalgespräche mit vier Nachbarkantonen. *St.Galler Tagblatt*, 15. Januar 2020: 19.
- Wachendorfer-Schmidt, U. (Hrsg.) (2000). *Federalism and Political Performance*. London: Routledge.
- Wang, P., G. Robins, und P. Matous (2016). Multilevel Network Analysis Using ERGM and Its Extension. *Multilevel Network Analysis for the Social Sciences*. Cham: Springer International Publishing (125–43).
- Wanner, A. (2019). Wie Kantone ihre Spitäler subventionieren. *St.Galler Tagblatt*, 23. September 2019: 3.
- Wasserfallen, F. (2015). The Cooperative Capacity of Swiss Federalism. *Swiss Political Science Review* 21(4): 538–55.
- Watts, R. L. (1999). *Comparing Federal Systems* (2. Auflage). Montreal & Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Watts, R. L. (2013). Typologies of Federalism. In Loughlin, J., J. Kincaid und W. Swenden (Hrsg.), *Routledge Handbook of Regionalism & Federalism*. Florence, KY: Routledge (19–33).
- Weaver, R. K. (1986). The Politics of Blame Avoidance. *Journal of Public Policy* 6(04): 371–98.
- Webb, M. C. (1995). *The Political Economy of Policy Coordination. International Adjustment since 1945*. Ithaca und London: Cornell University Press.
- Weik, R. (2020a). «Ein Sarganserländer geht nicht nach Grabs ins Spital». *St.Galler Tagblatt*, 6. Januar 2020. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/ein-sarganserlander-geht-nicht-nach-grabs-ins-spital-ld.1182597> [zugegriffen: 06.01.2020].
- Weik, R. (2020b, Februar 20). Ostschweizer Spitalplanung auf der Zielgeraden – fünf Kantone spannen zusammen. *St.Galler Tagblatt*, 20. Februar 2020. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/ostschweizer-spitalplanung-auf-der-zielgeraden-ld.1196748> [zugegriffen: 31.08.2020].
- Weik, R. (2020c). Gemeinsame Ostschweizer Spitalplanung: Die Umsetzung wird die Nagelprobe. *St.Galler Tagblatt*, 26. Februar 2020. Online: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/gemeinsame-ostschweizer-spitalplanung-die-umsetzung-wird-die-nagelprobe-ld.1198569> [zugegriffen: 31.08.2020].
- Weik, R. (2020d). Sechs Kantone spannen zusammen. *St.Galler Tagblatt*, 8. Dezember 2020: 19.

- Weik, R. und C. Zweili (2019). Gemeinden, Personal und Linke kritisieren Spitalschliessungen. *St.Galler Tagblatt*, 24. Oktober 2019: 1.
- Weissert, C. S. und K. Fahey (2018). Actor-Centered or Institutional Approaches in Europe and the US: Moving toward Convergence. In Detterbeck, K. und E. Hepburn (Hrsg.), *Handbook of Territorial Politics*. Cheltenham und Northampton: Edward Elgar (341–53).
- Wichmann, N., M. Hermann, G. D'Amato, D. Efonyi-Mäder, R. Fibbi, J. Menet und D. Ruedin (2011). *Gestaltungsspielräume im Föderalismus: Die Migrationspolitik in den Kantonen*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Wili, H.-U. (2013). Vernehmlassungsverfahren. *Historisches Lexikon Der Schweiz*. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/010098/2013-02-27/> [zugegriffen: 14.12.2020].
- ZH (2017). Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik vom 21. September 2011 (Version 2017.2; Gültig ab 1. Januar 2017).
- Zweili, C. (2019a). Kahlschlag, Farce, Untauglich. *St.Galler Tagblatt*, 24. Oktober 2019: 20.
- Zweili, C. (2019b). Hanselmann fordert Spitalregion Ost. *St.Galler Tagblatt*, 19. Dezember 2019: 21.

10 Anhang

10.1 Fallauswahl

Im Rahmen dieser Untersuchung musste an drei Stellen eine Fallauswahl getroffen werden, die es im Anschluss zu begründen gilt. In Anbetracht des Forschungsinteresses ging es um die Wahl eines Studienobjekts für horizontale Kooperation in einem föderalen System. Diesbezüglich habe ich mich für die Schweiz beziehungsweise für deren Kantone entschieden. Der Fokus liegt dabei auf der Zusammenarbeit der verschiedenen kantonalen Regierungen sowie ihren Verwaltungen. Zweitens traf ich eine Wahl bezüglich des zu untersuchenden Politikfeldes. Das Ziel war es, die interkantonale Zusammenarbeit in einem politisch relevanten und umstrittenen Politikfeld zu analysieren. Das Feld der kantonalen Spitalplanung bietet dazu eine gute Möglichkeit und einen Kontext mit vielfältigen Herausforderungen. Die dritte Fallauswahl erfolgte im Rahmen der qualitativen Fallstudie. Hierbei geht es darum, aus der Vielfalt an unterschiedlichen Kooperationsaktivitäten ein Beispiel auszuwählen, um den Prozess nachzuzeichnen und die dahinterliegenden Motive und Mechanismen aufzuzeigen.

10.1.1 Die Schweiz als Studienobjekt für horizontale Kooperation in föderalen Systemen

Aus einer Schweizer Perspektive gibt es verschiedene Gründe, die Kantone als Studienobjekt für horizontale Zusammenarbeit zu erküren. Lohnenswert ist es gerade deshalb, weil dem Horizontalföderalismus eine wachsende Bedeutung zugesprochen wird (Blatter 2010; Bochsler 2010; Germann 2004: 344; Poirier und Saunders 2015b; Strebel 2014): Zum einen wächst die Zahl von Konkordaten, zum anderen gewinnt dadurch der Exekutivföderalismus an Bedeutung, weil die Konkordate in den Zuständigkeitsbereich der Regierungen fallen. Es lohnt sich deshalb, das Phänomen der interkantonalen Zusammenarbeit in der ganzen Breite – über die Konkordate hinaus – näher zu betrachten.

Auch aus einer internationalen Perspektive ist die Schweiz ein interessanter Fall. Sie wird gerne zu den klassischen Föderalstaaten gezählt und kann damit als Stellvertreterin für andere angesehen werden. Wenn man die vertikale Dimension des Föderalismus betrachtet, haben Kantone einen begrenzten Einfluss auf die Politikformulierung (Vatter 2005: 8). Hingegen haben sie einen beachtlichen Handlungsspielraum bei der Umsetzung von nationalen Politiken (Blatter 2010: 250; Vatter 2005: 8). Während Vatter (2005: 8) das institutionelle Arrangement der Schweiz als einen Fall von kooperativem Föderalismus

bezeichnet,¹¹¹ stellt Bolleyer (2006a: 8f.) diese Klassifizierung infrage und betont vielmehr den geringen Grad an Mitwirkung der Kantone bei der nationalen Gesetzgebung. Damit gleiche der Schweizer Föderalismus weit mehr den dualen Systemen als Deutschland, dem Prototyp eines kooperativen Föderalstaats (für die Verteilung von Macht und Funktionen, siehe Watts 1999: 126ff.). Zudem haben Kantone eine starke finanzielle Position inne, was insgesamt zu deren starker Stellung gegenüber der Bundesebene beiträgt (Bolleyer 2006a: 9). Dies ist insofern von Bedeutung, als dass die Schweizer Kantone dadurch zwar weniger formelle Anreize zur horizontalen Kooperation haben als Gliedstaaten in kooperativen Föderalstaaten (Bolleyer 2006a: 9). Dafür fördert die politische Kultur der freiwilligen Konkordanz auf Kantonsebene eine Institutionalisierung von horizontalen Zusammenarbeitsbeziehungen (Bolleyer 2009). Dazu kommt, dass die Schweiz mit einer Bevölkerung von rund 8,5 Millionen, 26 Kantonen und rund 2100 Gemeinden (BFS 2022) kleinräumig gegliedert ist. Aufgrund dieser Kleinheit verspricht der Fall Schweiz starke Interdependenzen zwischen den einzelnen Gliedstaaten und damit einen hohen Abstimmungsbedarf. International betrachtet zeichnet den Schweizer Föderalismus ein hoher Grad an Nicht-Zentralisierung und Autonomie aus (Watts 2013: 31). Damit haben die Kantone auch ausreichend Handlungskompetenzen, um der horizontalen Kooperation vorwiegend freiwillig und ohne «Einmischung von oben» nachzugehen. Es ist also grundsätzlich davon auszugehen, dass es «etwas zu untersuchen» gibt und aufgrund der ziemlich grossen Freiwilligkeit lassen sich die Ursachen für Zusammenarbeit besonders gut untersuchen.

10.1.2 Warum die Spitalplanung als Ausdruck der Gesundheitsversorgungspolitik?

Für die Forschungsarbeit ist es notwendig, sich auf ein Politikfeld der interkantonalen Zusammenarbeit zu beschränken, um überhaupt das dreistufige Kooperationskonzept mit den vorhandenen Ressourcen empirisch umsetzen zu können. Denn es ist aufwändig, informelle Kooperationen zu erheben und bedarf des Fallwissens. Ausserdem erfordert die Datenerhebung den direkten Kontakt mit den zuständigen Personen. Damit ein Politikfeld in Frage kommt, sollte es in kantonaler Zuständigkeit liegen, relevant und umstritten sein, und es sollte ein Kooperationsbedarf existieren. Diese Kriterien sind sinnvoll, weil ohne kantonale Zuständigkeit oder Kooperationsbedarf kein Untersuchungsgegenstand vorläge. Relevant und umstritten soll das Politikfeld sein, damit der Forschungsgegenstand von Interesse und Kooperation nicht trivial ist.

Die stationäre Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der Kantone. Relevanz besitzt sie schon aufgrund ihrer ökonomischen Tragweite. So verursachten 2018

111 Unter kooperativem Föderalismus wird nicht das horizontale Verhältnis der Gliedstaaten untereinander verstanden, sondern der Grad an gemeinsamen Zuständigkeiten der nationalen und gliedstaatlichen Ebene sowie eine ausgeprägte Mitwirkung der gliedstaatlichen Ebene in der nationalen Gesetzgebung.

die stationären Behandlungen (ohne Rehabilitation) Kosten von rund 15,5 Milliarden Schweizerfranken, was einem Fünftel der gesamten Gesundheitskosten von 80,2 Milliarden Schweizerfranken entspricht. Die Gesundheitskosten betragen insgesamt 11,2 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BFS 2020c). Politisch umstritten ist die stationäre Gesundheitsversorgung, denn es werden in dem Politikfeld die unterschiedlichsten Ziele verfolgt wie die Gesundheitskosten zu senken, die Qualität zu steigern oder Standorte über Spitalerhalte zu fördern. Es ist ein Feld mit widersprüchlichen Interessen, was die Kooperationsituation kompliziert, wie ich in der Problemstellung (Kapitel 2) darlege. Über das Ausmass des Kooperationsbedarfs mögen sich die Geister scheiden. Er besteht aber schon allein aufgrund der gesetzlichen Pflicht, die kantonalen Spitalplanungen untereinander zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG, seit 2009 in Kraft) – sei sie noch so moderat. Hinzu kommen bereits seit langem bestehende interkantonale Patientenströme insbesondere in kantonalen Grenzregionen und die Tatsache, dass die Schweizer Spitallandschaft sehr kleinräumig und stark fragmentiert ist (PWC 2018: 8f., 20f.). Dies sind Indizien dafür, dass die funktionalen Räume und die Kantone als administrative Räume in dem Bereich nicht übereinstimmen und eine Notwendigkeit besteht, sich abzustimmen.

10.1.3 Warum die Akutsomatik?

Eine weitere Präzisierung des Untersuchungsgegenstandes ist vonnöten. In diesem Buch untersuche ich die Kooperation von kantonalen Behörden in der Spitalplanung in der Akutsomatik. Dies geschieht in Abgrenzung einerseits zur hochspezialisierten Medizin, die ein eigenes Planungs- und Koordinationsverfahren kennt, andererseits zu den Bereichen der Psychiatrie und Rehabilitation. Verglichen mit anderen medizinischen Feldern ist die akutsomatische Grundversorgung ein unwahrscheinlicher Fall für Kooperation. Denn hier sind die funktionalen Räume kleiner und die Bevölkerung und die Politikerinnen und Politiker erwarten ein lokales Gesundheitsangebot. Für spezialisierte Behandlungen – wie in Kinderspitälern – oder stationäre Psychiatrie und Rehabilitation akzeptieren Bürgerinnen und Bürger eher eine Zentralisierung des Gesundheitsangebots und weitere Wege zum nächsten Spital. Sie anerkennen, dass nicht jeder Kanton alle medizinischen Spezialitäten anbieten kann.¹¹² Zudem sind die Finanzierungsmechanismen in der Akutsomatik innerhalb und zwischen den Kantonen klar geregelt, während für die Psychiatrie erst seit 2018 ein gemeinsa-

112 Obschon dies für die hochspezialisierte Medizin besonders gelten sollte, sind die Kantone gesetzlich dazu verpflichtet, das Angebot gemeinsam für die ganze Schweiz zu planen, um teure Überkapazitäten zu vermeiden und eine hohe Qualität sicherzustellen. Sollten sich die Kantone innert nützlicher Frist nicht einigen können, übernimmt der Bundesrat diese kantonale Aufgabe und legt das Angebot in der hochspezialisierten Medizin fest (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Um diese Forderung zu erfüllen, unterzeichneten die 26 Kantone 2009 die interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), welche die Organe und Verfahren festlegt (GDK o.J.a).

mer Standard gilt und ein solcher für die Rehabilitation in einem Projekt erarbeitet wurde (Morger et al. 2018: 3–6) und auf Beginn 2022 eingeführt wurde.¹¹³ 2012 wechselte die Finanzierung von einer Bezahlung pro Behandlung zu einer Fallpauschale. Ausserdem wurde die Freizügigkeit für Patientinnen und Patienten über die Kantonsgrenzen hinweg eingeführt. Für die Spitäler – häufig in öffentlichem Eigentum – bedeutete dies ein zunehmender Druck, effizient zu arbeiten und um Patientinnen und Patienten innerhalb und ausserhalb des Kantons zu konkurrieren (vgl. Ausführungen in Kapitel 2). Für die Kantone wiederum bedeutet die Reform von 2012, dass sie Spitalleistungen ihrer Bürgerinnen und Bürger mitfinanzieren müssen, unabhängig davon, ob das Spital im eigenen Kanton liegt oder nicht, solange es auf der Spitalliste steht. Dadurch riskieren die Kantone einen Abfluss an Steuergeldern in andere Kantone. Wenn es den Kantonen in dieser kompetitiven Situation gelingt, im Bereich der «gewöhnlichen» stationären akutsomatischen Versorgung miteinander zusammenzuarbeiten, liegt der Schluss nahe, dass Kooperation in anderen Bereichen ebenfalls möglich sein müsste. Damit ist die Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik ein spannendes Feld, um horizontale Zusammenarbeit von Gliedstaaten zu erforschen.

10.1.4 Fallauswahl für die Fallstudie: Die gemeinsame Spitalregion LUNIS der Kantone Luzern und Nidwalden im Vergleich zum Vorgängerprojekt

In der sozialwissenschaftlichen Forschung gibt es mittlerweile verschiedene Techniken zur Fallauswahl bei Fallstudiendesigns, die sich je nach Forschungsstrategie und Kombination mit anderen methodischen Ansätzen wie Qualitative Comparative Analysis (QCA) oder statistischen Gross-N-Analysen unterscheiden (z.B. Blatter und Haverland 2012; Lieberman 2005; Schneider und Rohlfing 2013, 2016; Seawright und Gerring 2008). Ein methodenpluralistisches Forschungsdesign hat zusätzliche Implikationen für die Fallauswahl. Hat die Fallstudie primär zum Ziel, das zuvor geschätzte statistische Modell auf interne Validität zu testen, so sollte ein Onlier beziehungsweise ein typischer Fall ausgesucht werden (Blatter und Haverland 2012: 209; Lieberman 2005: 437, 442f.). Liegt der Fokus hingegen darauf, alternative Erklärungen zu finden, sollte umgekehrt ein Outlier, also ein vom statistischen Modell schlecht erklärter, abweichender Fall gewählt werden (Blatter und Haverland 2012: 209; Lieberman 2005: 437, 445). Dieses Vorgehen lässt sich jedoch nicht direkt auf diese Fallauswahl übertragen, weil die Analyseeinheiten der statistischen Analyse und der Fallstudie voneinander abweichen. So schätzen die statistischen Modelle jeweils die Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Kooperation unter bestimmten Voraussetzungen, während in der Fallstudie das konkrete Zusammenspiel verschiedener Fakto-

113 Der gemeinsame Standard ST Reha wurde auf den 1. Januar 2022 eingeführt (<https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/st-reha>, zugegriffen: 2.12.2022), für die Psychiatrie gilt die gemeinsame Tarifstruktur TARPSY seit 2018 (<https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>, zugegriffen: 10.1.2021).

ren, die Motive der Akteure und der zeitliche Ablauf im Vordergrund stehen, die in einem statistischen Modell kaum modelliert werden können. Die Spitalregion Luzern/Nidwalden ist in gewisser Weise ein ungewöhnlicher, «extremer» Fall, weil das Outcome «Kollaboration» zwischen zwei Kantonen bisher noch selten ist (Seawright und Gerring 2008: 301).

Während Vertreter einer quantitativ orientierten Forschungstradition eine Fallauswahl anhand der abhängigen Variablen ablehnen, ist dies für Fallstudien in der CPT-Tradition sinnvoll und wünschenswert. So braucht es «positive Fälle», um notwendige Bedingungen für ein interessierendes Outcome zu ermitteln (Blatter und Haverland 2012: 101). Blatter und Haverland (2012: 25) gehen noch weiter und bezeichnen dies als ideale Fallauswahl. Ausserdem betonen sie, wie wichtig ganz pragmatische Überlegungen wie der Zugang zu Informationen und Expertenwissen bei der Fallauswahl sind, um ein umfassendes Bild der Entwicklungen über die Zeit des Kausalprozesses zu erlangen, die kritischen Momente dicht beschreiben zu können und damit erst die Möglichkeit tiefer Einsichten in die Überzeugungen und Beweggründe wichtiger Akteure zu erhalten (Blatter und Haverland 2012: 25). Ebenso darf die praktische Relevanz und Bedeutung eines Falls eine Rolle spielen, v.a. wenn es darum geht, einen Fall möglichst umfassend zu verstehen (Blatter und Haverland 2012: 102f.).

Das Kooperationsbeispiel von Luzern und Nidwalden, die Spitalregion LUNIS, erfüllt das Kriterium eines stark positiven Falls, da es sich hier um eine Kollaboration – also eine Kooperation höchster Stufe – handelt (für das Stufenmodell siehe Kapitel 2.1). Ausserdem waren die befragten Experten hilfs- und auskunftsbereit und gewährten mir Einblicke in die Handlungsmotive der Entscheidungsträger, sodass ein guter Zugang gesichert war. Weil es bisher wenig glückliche Kollaborationsbeispiele gibt, hat das Zustandekommen von LUNIS für andere Schweizer Kantone durchaus einen Modellcharakter, was ihm eine gewisse praktische Relevanz verleiht.

10.2 Datenerhebung durch Experteninterviews

Aktuell fehlt eine Übersicht über bestehende Kooperationen in der Akutsomatik im Spitalbereich seit den KVG-Reformen von 2009 und 2012. Zwei Übersichten stammen aus 2006 (Achtermann und Berset 2006; GDK 2006b) und eine jüngere Zusammenstellung der formalisierten interkantonalen Kooperationen kommt von Huber (2015). Insbesondere für die informell geprägten Arten der Kooperation gibt es meines Wissens jedoch keine Zusammenstellung. Diese informellen Arten der Zusammenarbeit sind tendenziell schwerer zu fassen, weil sie sich nicht unbedingt in schriftlichen Dokumenten niederschlagen und daher weniger sichtbar sind. Für die vorliegende Publikation ist es deshalb notwendig, selbst eine Datenerhebung durchzuführen. Dazu wurde die Form des semistrukturierten, leitfadengestützten Experteninterviews gewählt (Kaiser 2014). Diese Art Interview eignet sich, «um spezifische Informationen über ein zu unter-

Tabelle 18 Interviewübersicht nach Art der Gesprächspartner

	Telefon	E-Mail	Persönlich	Total
Kantonale Fachpersonen	24	5	3	32
Fachpersonen GDK	2		1	3
Regierungsmitglied			1	1

Anmerkung: Nachfragen per E-Mail oder Telefon wurden nicht separat gezählt. Gespräche mit mehreren Interviewten gleichzeitig zählen als ein Interview, die Interviewten werden in der Liste der Kontaktpersonen (siehe Anhang 10.5) einzeln gelistet.

suchendes Phänomen zu generieren, die anderweitig nicht zu erhalten wären» (Kaiser 2014: 31). Dies trifft insofern zu, als die möglichen Ausprägungen und konkreten Arten von Kooperationsaktivitäten im Vorhinein unbekannt waren. Erste Sondierungsgespräche zeigten zudem, dass kantonale Vertreterinnen und Vertreter spontan oft äusserten, kaum interkantonale Kooperationen zu haben. Bei genauerem Nachfragen kam aber weit mehr als erwartet zum Vorschein. Insbesondere den informellen Austausch als Vorform von Koordination hatten die Betroffenen meist nicht unmittelbar auf dem Radar. Dieser musste explizit erfragt werden.

Um das Kooperationsphänomen in seiner ganzen Vielfältigkeit zu erfassen, werden als Kooperationsaktivität sowohl die prozessualen Aspekte wie die Kooperationsgremien als auch materielle Formen der Kooperation berücksichtigt, d. h. konkrete Produkte der Zusammenarbeit, wie gemeinsam verabschiedete Richtlinien, Verträge, Berichte oder Empfehlungen. Möglicher Kritik einer doppelten Zählung von Kooperationsaktivitäten lässt sich folgendes entgegenhalten: Wurde ein Gremium einzig gegründet, um ein bestimmtes Kooperationsprodukt (bspw. ein Konkordat oder einen Bericht) zu erarbeiten und bleibt darüber hinaus nicht bestehen, werden Gremium und Produkt nicht separat berücksichtigt. Für alle übrigen Fälle argumentiere ich, dass die Gremien über ihre Kooperationserzeugnisse hinaus eine koordinative Wirkung entfalten, weil sie den wiederholten Austausch sicherstellen und Koordination ermöglichen.

Die Experteninterviews haben vor allem zum Ziel, Daten zur abhängigen Variable zu erheben und das Phänomen in seinen vielschichtigen Ausprägungen zu erfassen. Gemäss Blatter et al. (2007: 62) sind sie für die Anwendung in der Politikwissenschaft geeignet um mithilfe von Leitfäden «Hintergrundinformationen über Sachverhalte und Geschehnisse, aber auch Informationen über Handlungsmotive und Kooperationsbereitschaften und Einschätzungen über Entwicklungen und Veränderungen» zu erheben. Erst recht im zweiten Erhebungsschritt im Rahmen der Fallstudie wurden spezifischer Gründe und Erklärungen für die Kooperationen erfragt. Zusätzlich zur Erhebung der Kooperationsdaten per Interviews werden verschiedene Quellen genutzt. So wurden alle Spitalplanungsdokumente der Kantone (Stand April 2019, siehe Anhang 10.5) bezüglich ihrer Aussagen zu interkantonalen Massnahmen ausgewertet. Ausserdem werden die früheren Übersichten (Achtermann und Berset 2006; GDK

2006b; Huber 2015) als Quelle verwendet und deren Inhalte auf Relevanz für die Fragestellung der vorliegenden Studie überprüft.

Als Auskunftspersonen wurden die Fachverantwortlichen anvisiert, die laut der kantonalen Webauftritte zuständig für die Spitalversorgung oder gar ausdrücklich für die Spitalplanung sind. Für die Erhebung der interkantonalen Kooperation führte ich 32 Interviews mit kantonalen Vertreterinnen und Vertretern (24 per Telefon, fünf per E-Mail und drei persönlich). Zudem führte ich Expertengespräche mit drei GDK-Vertreterinnen (zwei telefonisch, eines persönlich) sowie eines persönlich mit einer Gesundheitsdirektorin (siehe Tabelle 18, für die Interviewtenliste siehe Anhang 10.6). Die Expertengespräche waren semistrukturiert und leitfadengestützt (Blatter et al. 2007; Helfferich 2004; Marotzki 2011). Nach einem ersten Anschreiben erhielten die Fachpersonen zur Gesprächsvorbereitung die wichtigsten Fragen im Voraus per E-Mail (für den Leitfaden vgl. Anhang 10.6). Einige der Angesprochenen entschieden sich dafür, diese schriftlich zu beantworten. Einige wenige meldeten sich direkt telefonisch auf das Anschreiben, sodass der Leitfaden für diese Gespräche nicht zum Zug kam. Die Gespräche wurden mittels Notizen dokumentiert und anschliessend in Form von Gedächtnisprotokollen vertieft (Kaiser 2014: 94), entsprechend handelt es sich nicht um Wortprotokolle. Die Möglichkeit von Tonaufnahmen der Telefoninterviews wurde aufgrund der beschränkten technologischen Möglichkeiten verworfen. Da der primäre Zweck der Interviews die Erfassung von Kooperationen ist, und es sich nicht um narrative Interviews handelt, die eher nach qualitativ-interpretativen Gesichtspunkten analysiert werden (Blatter et al. 2007: 60f.), ist der Verlust an Präzision der Aussagen vertretbar. Die Gesprächsteilnehmenden erhielten die Gelegenheit, die Gesprächsprotokolle zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Damit entstand eine autorisierte Fassung, aus der zitiert werden kann. Wo nötig, wurden nachträglich Rückfragen gestellt, sei es per E-Mail oder per Telefon. Auf diese Weise konnten die Angaben aus den Interviews validiert werden. Die Interviewdaten der ersten Datenerhebung stammen von 32 Interviews aus allen 26 Kantonen. Drei Interviews mit Vertreterinnen der GDK schärfen den Blick für interkantonale Dynamiken. Für die Fallstudie fanden zwei weitere persönliche Gespräche mit bereits interviewten Kantonsvertretern statt.

Trotz aller Bemühungen um möglichst umfassende Daten, kann die eigens durchgeführte Datensammlung Vollständigkeit nicht restlos garantieren. Die Zuständigkeiten der befragten Expertinnen und Experten unterscheiden sich von Kanton zu Kanton. Gerade im Bereich des informellen Austauschs können die Befragten nur für sich selbst sprechen und weitere potenziell relevante interkantonale Kontakte ihrer Kolleginnen und Kollegen bleiben so möglicherweise unentdeckt. Zwei Umstände entschärfen jedoch dieses Problem. Erstens hatten die Interviewten in der Validierungsrunde die Möglichkeit, Vergessenes nachträglich zu ergänzen oder Rücksprache mit Kolleginnen und Kollegen zu nehmen. Zweitens handelt es sich bei den erfragten Kooperationsformen meistens um ein bi- oder multilaterales Verhältnis. Wenn also ein Kanton eine bestimmte

Kooperation vergessen hat, ist es wahrscheinlich, dass der Kooperationspartner dafür daran gedacht und sie erwähnt hat. Gerade Fachpersonen aus kleineren Kantonen erwähnten Kooperationen mit grösseren Partnern, welche diese nicht anführten.

Als Konsequenz aus den oben geschilderten Erhebungsumständen handelt es sich bei der Wiedergabe von Aussagen aus den Expertengesprächen nicht um wörtliche, sondern sinngemässe Zitate, da keine Wortprotokolle geführt wurden. Den Befragten wurde zugesichert, ihre Aussagen anonymisiert zu verwenden. Deshalb werden Aussagen aus in Französisch geführten Expertengesprächen übersetzt wiedergegeben. Das Gespräch mit dem Tessiner Vertreter fand auf Deutsch statt. Aufgrund des starken Wiedererkennungswerts der Fallstudie, wurde mit den beiden befragten Experten vereinbart, auf eine Anonymisierung zu verzichten. Stattdessen wurde das Gewicht darauf gelegt, eine autorisierte, zitierfähige Fassung des Gesprächsprotokolls zu erstellen. Dazu erhielten die beiden Befragten vorab die Möglichkeit, die Fallstudie gegenzulesen und die Zitate zu genehmigen.

10.2.1 Indexbildung – Operationalisierung der abhängigen Variablen

Die Gesprächsprotokolle und E-Mail-Dialoge sind die Datengrundlage für die Bildung eines Kooperationsindexes, mit dem die abhängige Variable operationalisiert wird. Als weitere Quellen für Kooperationsaktivitäten verwendete ich die Spitalplanungsdokumente der Kantone, sowie die weiterhin relevanten Kooperationen aus früheren Kooperationszusammenstellungen (Achtermann und Berset 2006; GDK 2006b; Huber 2015) Die abhängige Variable ist als Summe der Kooperationen eines Kantonspaars – einer Dyade – konstruiert und basiert auf dem bereits vorgestellten dreistufigen Konzept der Zusammenarbeit. Interkantonale Kooperation wird als relationales, gegenseitiges Verhältnis verstanden.¹¹⁴ Um den Kooperationsindex zu bilden, identifizierte ich alle in den Interviews und übrigen Quellen erwähnten Kooperationsaktivitäten für die Jahre 2009 bis 2018 und ordnete sie der jeweiligen kantonalen Dyade und der Kooperationsstufe zu.¹¹⁵ Ich fasste die Vorkommnisse der Zusammenarbeit für jede Dyade zusammen. Multilaterale Zusammenarbeit zählt für jede Dyade einzeln. Wenn z.B. die Kantone Aargau, Bern und Zürich Informationen über bewährte Verfahren in der Spitalplanung austauschen, wird dieselbe Zusammenarbeit einmal für alle drei Kantonspaare (Aargau-Bern, Aargau-Zürich und Bern-Zürich)

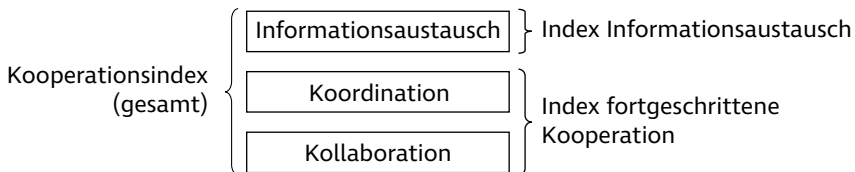
114 Es wird hier grundsätzlich von einer symmetrischen Beziehung ausgegangen im Sinne davon, dass es keine Sender und Empfänger einer Kooperation gibt. In der Diffusionsforschung ist dies anders. Gilardi und Füglistler (2008) unterscheiden bspw. zwischen einem zuerst handelnden Kanton (Sender) und einem Empfänger-Kanton, welcher eine bestimmte Politik nachahmt.

115 Es zeigte sich, dass die Interviewangaben der Fachverantwortlichen sehr umfassend waren und in den übrigen Quellen kaum neue Aktivitäten identifiziert werden konnten. Dies wertete ich als positives Zeichen für die Zuverlässigkeit der durchgeführten Datenerhebung.

gezählt. Ich berücksichtige eine Kooperationsaktivität für die Analyse, wenn einer der beteiligten Kantone die Existenz erwähnt. Sofern nur ein Partner eine bestimmte Zusammenarbeit erwähnt hatte, überprüfte ich die Plausibilität mit Hilfe offizieller Planungsunterlagen. Multilaterale Beziehungen mussten mindestens zwei Kantone übereinstimmend nennen, damit sie als bestätigt gelten.

Bei der Zuordnung der einzelnen Kooperationsaktivitäten zu den drei Stufen müssen immer wieder Abgrenzungsentscheide zwischen den Kategorien getroffen werden. Wenn die Zuordnung nach Kooperationsstufenmodell (vgl. Abbildung 2) im Einzelfall schwierig ist, greife ich – wie bereits erwähnt – auf den Gegenstand der Zusammenarbeit zurück, um eine Grenze zwischen positiver Koordination und Kollaboration im empirischen Kontext zu ziehen: Wenn das Ergebnis der Zusammenarbeit ein gemeinsamer Bericht, eine Krankenhausliste oder sogar ein gemeinsam angebotener Gesundheitsdienst ist, klassifiziere ich ihn als Kollaboration. Wenn die Zusammenarbeit z. B. in harmonisierten Regeln und Planungsverfahren resultiert, schränkt dies die kantonale Autonomie weniger ein. Folglich hat das Ergebnis den Charakter einer koordinierten Lösung. Um zwischen Informationsaustausch und Koordination zu trennen, stütze ich mich auf das Kooperationsstufenmodell. Ist aufgrund der Bezeichnung der Aktivität sowie der Beschreibungen der Befragten unklar, ob im Anschluss einseitige Koordination stattfindet, werte ich diese als Informationsaustausch. Es ist zwar gut möglich – und durchaus erwünscht –, dass im Anschluss einseitige Koordination stattfindet. Doch wenn sich nicht zweifelsfrei feststellen lässt, dass die Teilnehmer ihre Praktiken aufgrund des Austauschs in ihrem Kanton anpassen, klassifiziere ich die Aktivität konservativ als Informationsaustausch. Die Befragten berichten etwa von einer «Austauschgruppe Spitalplanung» oder einem Fachebenentreffen zu Best Practices. Ist hingegen von einer Arbeitsgruppe die Rede, die sich ebenfalls mit Best Practices beschäftigt, deutet die Bezeichnung darauf hin, dass Informationen nicht nur ausgetauscht werden sollen. Vielmehr strebt die Arbeitsgruppe an, harmonisierte Best Practices zu erarbeiten. In so einem Fall handelt es sich um eine Koordinationsaktivität.

Abbildung 32 Stufenabhängige Kooperationsindices



Quelle: Eigene Darstellung.

Für die Bildung eines Kooperationsindexes werden nun alle Kooperationsaktivitäten pro Dyade aufsummiert. Um eine stufenspezifische Analyse zu ermöglichen, habe ich zusätzlich zum Kooperationsindex insgesamt (alle Ebenen: Informationsaustausch, Koordination und Kollaboration) zwei separate Indices für

folgende Teilmengen gebildet: erstens den Informationsaustausch-Index und zweitens den Index für die Zusammenarbeit auf höherer Ebene, welcher Koordination und Kollaboration beinhaltet (vgl. Abbildung 32). Dass ich die beiden höheren Stufen Kollaboration und Koordination zur Kategorie *fortgeschrittene Kooperation* zusammenfasse, erfolgt aus zwei Gründen. Zum einen ist konzeptionell der Schritt von einer positiven Koordination zu einer Kollaboration gering, wie die Ausführung zur Abgrenzung über den empirischen Gegenstand weiter oben darlegte. Zum anderen gibt es im ganzen Kooperationsnetzwerk nur neun Kollaborationsbeziehungen, was eine separate statistische Auswertung fragwürdig macht.¹¹⁶ Dafür geht die Fallstudie im Detail auf ein Beispiel von Kollaboration ein.

10.2.2 Qualitative Auswertung

Für die qualitative Auswertung der Interviews wurden alle Gedächtnisprotokolle und E-Mailaustausche ausgewertet und die Aussagen thematisch geordnet und gebündelt. Die Kodierung der Textpassagen erfolgte in einem ersten Schritt auf Basis von bereits bestehenden konzeptionellen Kategorien und, wo diese nicht ausreichten, wurden textnahe in-vivo-Codes generiert (Kaiser 2014: 99–105). In einem zweiten Schritt wurden die kodierten Textpassagen auf ihre inhaltlichen Aussagen und Argumente hin untersucht, die auf kausale Erklärungsversuche der befragten Expertinnen und Experten im Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen oder gar weitere Erklärungsfaktoren ins Spiel bringen. Die Ergebnisse dieser Analyse fließen in die Diskussion der statistischen Ergebnisse mit ein (Kapitel 5).

10.3 Methode für die quantitative Analyse

10.3.1 Valued Exponential Random Graph Models als netzwerkanalytischer Ansatz für Kooperation

Um die geeignete statistische Methode für die Analyse auszuwählen, müssen verschiedene Dinge berücksichtigt werden. Das Erkenntnisinteresse liegt darin zu erklären, warum einige Kantone intensiver miteinander kooperieren als andere und welche Rolle dabei bestimmte Faktoren spielen. Entsprechend ist eine Form der Inferenzstatistik gefragt. Gleichzeitig sind die vorliegenden Kooperationsdaten zu den Kantonen vorwiegend relationaler Art und beziehen sich auf ein Kantonspaar, d.h. sie sind dyadisch. Ausserdem sind die erhobenen Kooperationsbeziehungen voneinander abhängig. Als Beispiel: Obwaldens Entscheidung, bei einem bestimmten Thema mit Luzern zusammenzuarbeiten,

116 Bei 26 Kantonen wären theoretisch bis zu 325 Kollaborationsbeziehungen möglich (siehe auch Fussnote 63). Damit ist Kollaboration für sich genommen ein seltener Fall, was bei der Durchführung statistischer Analysen zu Problemen führen kann.

hängt wahrscheinlich von der Kooperationssituation zwischen dem benachbarten Nidwalden und Luzern ab. Damit verletzen diese dyadischen Daten offensichtlich die Annahme der Unabhängigkeit, die gewöhnlichen Regressionsmodellen zugrunde liegt (Krackhardt 1988; Lubell et al. 2012: 358). Verwendet man in solchen Fällen dennoch lineare Regressionsmodelle, sind die Ergebnisse nicht verlässlich (Krackhardt 1988; Lubell et al. 2012: 358). Aus diesem Grund betrachte ich die Kooperationsbeziehungen zwischen den Kantonen als Netzwerk.

Die klassische soziale Netzwerkanalyse konzentriert sich jedoch vorwiegend darauf, Netzwerke zu vermessen, Muster und Strukturen zu identifizieren oder die Lage einzelner Knoten innerhalb eines Netzwerks analytisch zu beschreiben. Demnach sind ihre Möglichkeiten beschränkt, die Bedeutung unterschiedlicher Faktoren als Einflussfaktoren zu klären. Die in den 2000er Jahren entwickelte statistische Methode der Exponential Random Graph Models (ERGM) eröffnet jedoch neue netzwerkanalytische Möglichkeiten. Allerdings waren ERGMs und andere Netzwerkansätze lange Zeit auf binäre Daten beschränkt. Um dieses Problem zu umgehen, verwendeten frühere Arbeiten zum Beispiel das quadratische Zuweisungsverfahren (QAP-Regression; Bochsler 2008, 2009). Während die QAP-Regression potenzielle Abhängigkeiten über Permutationstests kontrolliert, interessiert sich der ERGM-Ansatz explizit für endogene Netzwerkabhängigkeiten (Cranmer et al. 2017: 238 ff.; Lubell et al. 2012: 359 f.). Ein Netzwerkansatz berücksichtigt Abhängigkeiten in den Beziehungen ausdrücklich. So beeinflussen individuelle Eigenschaften der Akteure (hier Kantone) die Entstehung von Beziehungen, aber zudem gilt für Netzwerke ganz allgemein, dass die Existenz oder das Nichtbestehen anderer Bindungen sich darauf auswirkt, ob andere Netzwerkbindungen initiiert, aufrechterhalten oder zerstört werden (Scott 2016: 220 f.; Wang et al. 2016: 125).

Forschende haben die ERGMs laufend weiterentwickelt (Handcock et al. 2019), sodass es inzwischen auch Anwendungen für gewichtete, d.h. nicht-binäre, Verbindungen gibt (Cranmer und Desmarais 2011; Desmarais und Cranmer 2012; Krivitsky 2012, 2019). Diese Anwendungen für gewichtete Netzwerkbeziehungen kommen in der vorliegenden Publikation zum Einsatz, da die alleinige Existenz oder Abwesenheit einer Kooperationsbeziehung im Fall des Kooperationsnetzwerks uninteressant wäre. Schliesslich kooperiert jeder Kanton mit jedem, mindestens in gewisser Hinsicht, z.B. über die GDK-Treffen, weshalb vielmehr die Intensität der Kooperationsbeziehungen (verstanden als Summe aller gemeinsamen Kooperationen) untersucht werden soll. ERGMs liegt die implizite Annahme zugrunde, dass Netzwerke eine Akkumulation verschiedener Substrukturen respektive individueller Bindungen sind, die sich hin zu Mustern entwickeln (Lusher et al. 2013: 10, 16). Scott (2016: 225) zufolge geht der ERGM-Ansatz aufgrund der zugrundeliegenden Dynamik davon aus, dass die beobachtete Netzwerkstruktur nur eine von vielen möglichen Konfigurationen ist, die sich beobachten lassen (bspw. mit einem höheren Wert einer einzigen Kante). Statistisch ist die Idee hinter ERGMs, dass sie eine grosse Anzahl ähnlicher Netzwerke simulieren und mit dem beobachteten Netzwerk (den erho-

benen Daten) vergleichen. Wenn sich ein bestimmter Aspekt des beobachteten Netzwerks stark von den simulierten Netzwerken unterscheidet, die aber hinsichtlich anderer Netzwerkeigenschaften möglichst ähnlich sind, deutet dies auf einen signifikanten Effekt hin. Scott (2016: 225) beschreibt das folgendermassen:

Ein ERGM erleichtert statistische Rückschlüsse auf die Prozesse, die die Netzwerkstruktur steuern, indem es die Menge aller möglichen Netzwerkkonfigurationen betrachtet und die beobachtete Konfiguration (das Netzwerk, wie es sich aus den Daten ergibt) mit dieser theoretischen Menge vergleicht (wobei möglichen Konfigurationen, die eine größere Ähnlichkeit mit der beobachteten Konfiguration aufweisen, zusätzliches Gewicht verliehen wird).

Dem liegt die Annahme zugrunde, dass das beobachtete Netzwerk eine Stichprobe aus einer Verteilung von Netzwerk-Graphen (Network Graphs) darstellt (Scott 2016: 221). Eine Hauptfolge der Annahme von Netzwerkdependenzen ist, dass jede einzelne Beziehungsvariable in Abhängigkeit aller anderen Beziehungen (Vorhandensein oder nicht von Kanten oder deren Wert) modelliert werden muss. Das eröffnet eine schier unbegrenzte Anzahl verschiedener Netzwerkkonfigurationen, die unmöglich alle analysiert werden können. Im Fall von Count Data handelt es sich sogar um einen unbegrenzten Stichprobenraum (Pilny und Atouba 2018: 255). Deshalb implementiert das Statnet-R-Paket (Handcock et al. 2019; Hunter et al. 2008) ein Markov-Chain-Monte-Carlo-Verfahren (MCMC-Verfahren), das anhand einer Maximum-Likelihood-Schätzung (MLE) Modellparameter schätzt (Scott 2016: 221). Dieses Verfahren schlägt jeweils eine einzige Änderung am Netzwerk vor und vergleicht die Wahrscheinlichkeit des vorherigen mit dem neuen Netzwerk. Je nach dem wiederholt es dann den gleichen Prozess mit dem neuen, wahrscheinlicheren Netzwerk. Dieser Prozess wird so oft wiederholt, bis die MCMC-Stichprobenziehung (Sampling) auf eine stabile Verteilung konvergiert, aus der dann wiederum Stichproben an Graphen gezogen werden können, die als Vergleichswert für das beobachtete Netzwerk dienen (Scott 2016: 221; siehe auch Lusher et al. 2013: 142 ff.). Misslingt die Maximum-Likelihood-Schätzung, also dass anhand der gewählten Parameter keine vergleichbaren Netzwerke simuliert werden, spricht man davon, dass das Modell degeneriert (Lusher et al. 2013: 161 ff.; Pilny und Atouba 2018: 252 f.).

Die Umsetzung dieser neuen gewichteten ERGMs bleibt vorerst anspruchsvoll, weil gewichtete Netzwerke oder Netzwerke mit nicht-binären Bindungen weiterhin ein äusserst exploratives Feld innerhalb der statistischen Netzwerkanalyse darstellen (Scott 2016: 221). Es gibt inzwischen einige publizierte Artikel dazu (z.B. Pilny und Atouba 2018; Scott 2016), aber eigene Lehrbücher für die gewichteten ERGMs fehlen bislang und einige Gütemasse bleiben bis anhin der binären Variante vorbehalten.¹¹⁷ Trotz dieser Widrigkeiten ist ein klarer Vorteil von ERGMs, dass man in den Modellen Variablen auf verschiedenen Ebenen

117 So sind z.B. im R-Paket für Count Data keine Goodness-of-Fit-Schätzungen möglich (Stand Herbst 2021), die es erlauben würden zu überprüfen, wie gut das

gleichzeitig berücksichtigen kann. So können gleichzeitig exogene Variablen auf Knoten-Ebene (Node Attributes, z.B. Eigenschaften von Kantonen), Variablen auf Dyaden-Ebene (Edge Attributes wie gemeinsame Grenzen) und Netzwerkabhängigkeiten modelliert werden (Ingold und Leifeld 2016: 9). Es bedeutet aber auch, dass explizit Annahmen zu den vorhandenen Netzwerkeffekten getroffen werden müssen, weil die Modelle ansonsten fehlspezifiziert wären und schlicht einem gewöhnlichen logistischen Regressionsmodell entsprächen (Cranmer et al. 2017: 241). Für die Kooperationsnetzwerke berücksichtige ich beispielsweise einen Term für Transitivität (der Freund meines Freundes ist auch mein Freund) und einen Aktivitäts- und Popularitätsterm.

Eine Besonderheit von Analysen mit ERGMs ist, dass es ausdrücklich dazugehört, sich über mehrere Anläufe an konvergierende und stabile Modelle heranzutasten; darin bestehe die Kunst des ERGM-Schätzens, wie das verschiedene Autorinnen und Autoren hervorheben (Lusher et al. 2013; Scott 2016: 225). Zuerst gilt es, ein Baseline-Modell zu schätzen, das strukturelle Eigenschaften, also endogene Netzwerkeffekte modelliert. Hier geht es zum Beispiel darum, dass einzelne Akteure besonders populär sind und schlicht deshalb mehr Kooperationen anziehen als andere (Scott 2016: 226). Ein anderes klassisches Beispiel ist die bereits erwähnte Tendenz zu Triaden (Triadic Closure) in Netzwerken, zu verstehen als der-Freund-meines-Freundes-ist-auch-mein-Freund. Ähnliches lässt sich ebenfalls für Organisationen (Scott 2016: 222, 227) oder Interessengruppen (Heaney 2014: 71) beobachten: Unterhalten die Organisationen A und C sowie B und C Beziehungen, ist es sehr wahrscheinlich, dass sich auch zwischen A und B eine Beziehung entwickelt. Während für ungerichtete Netzwerke die Anzahl unterschiedlicher Konfigurationen einigermaßen begrenzt ist, ist sie für gerichtete Netzwerke weitaus komplexer, sodass es ganze Übersichten von möglichen Konfigurationen gibt (Lusher et al 2013: 43, 72 f., 89). Weil es sich bei dem interkantonalen Kooperationsnetzwerk um ein volles und ungerichtetes Netzwerk handelt, ist die Auswahl an möglichen Termen allerdings begrenzt.¹¹⁸ Welche strukturellen Netzwerk-Parameter im vorliegenden Beispiel in die Modellspezifikation einfließen, wird im Analyseteil (siehe Kapitel 5.1) näher ausgeführt.

10.3.2 Vorüberlegungen zur Modellspezifikation der interkantonalen Kooperationsbeziehungen für die valued ERGMs

Bei der Datenanalyse mithilfe von ERGMs geht es zuerst darum, ein passendes Ausgangs-Modell (Baseline Model) anzupassen, welches die grundlegenden netzwerkendogenen Effekte erfasst. Das Ziel ist es, dabei möglichst nahe an die

spezifizierte Modell die beobachteten Daten repräsentiert (Lusher et al. 2013: 179 ff.).

118 Dieser Sachverhalt ergibt sich aus einer rein kombinatorischen Logik. Zwei Knoten können im ungerichteten Fall lediglich verbunden sein oder nicht. Im gerichteten Fall können sie nicht verbunden, in die eine oder die andere Richtung sowie gegenseitig verbunden sein (vgl. auch Abbildung 19 in Kapitel 5).

Eigenschaften des beobachteten Netzwerks zu kommen (Scott 2016: 226). Erst dann werden andere interessierende Variablen (Attribute auf Knoten- oder Kantenenebene) hinzugefügt. Für binäre Netzwerke empfehlen Snijders et al. (2006) und Lusher et al. (2013: 175) eine Liste von strukturellen Parametern. Während ihre Güte bei binären Modellen über sogenannte Goodness-of-Fit-Einschätzungen (als Teil der Software) überprüft werden kann, ist man bei gewichteten Netzwerken vor allem auf allgemeine Modellindikatoren angewiesen, um ihre Zuverlässigkeit abzuschätzen, weil es noch keine Software-Umsetzung für R gibt (Stand 26. Oktober 2020: ergm-Version 3.11.0. vom 14.10.2020 und ergm.count-Version 3.4.0. vom 15.5.2019). Die Güte des MCMC-Verfahrens lässt sich hingegen auch bei gewichteten ERGMs über Traceplots visuell begutachten. Damit kann festgestellt werden, ob die Modelle gut mischen und sich die Samples nach einer Anpassungsphase, dem Burn-in, nicht hin zu extremen Werten entwickeln, sondern auf eine stabile Verteilung konvergieren (ausführlich siehe Scott 2016: 241 ff.; Lusher et al 2013: 142 ff.; Taboga 2017).¹¹⁹

Hinsichtlich der Netzwerkstruktur gilt es einen weiteren Punkt zu berücksichtigen. Das beobachtete Kooperationsnetzwerk der Kantone ist ein volles Netz, bei dem es keine nicht-realisierten Beziehungen gibt. Jedes Kantonspaar weist mindestens zwei gemeinsame Kooperationsaktivitäten auf (siehe Tabelle 13). Dies hat Implikationen für die statistische Analyse mittels Poisson-Reference ERGM. Maximum-Likelihood-Modellschätzungen für Poisson-verteilte Daten reagieren empfindlich auf Datensätze mit sehr vielen (Zero-Inflated Data) oder sehr wenigen (Zero-Truncated Data) Null-Werten (Dietz und Böhning 2000).¹²⁰ Für die Schätzung von ERGM gilt ebenfalls, dass ein Fehlen von Nullwerten die Modellperformanz beeinträchtigen kann und sich deshalb im Fall des Kooperationsnetzes eine lineare Transformation der abhängigen Variable aufdrängt, um eine bessere statistische Modellschätzung sicherzustellen.¹²¹ Für die statistische Analyse werden die abhängigen Variablen Kooperation und fortgeschrittene Kooperation linear transformiert, indem die Konstante $b = -2$ addiert wird, sodass der kleinstmögliche Wert 0 beträgt. Dies geschieht, um eine bessere Annäherung der Daten an die Poisson-Verteilung zu erreichen. Im konkreten Fall des vorliegenden Datensatzes entspricht diese Transformation quasi

119 Die MCMC-Traceplots zu den einzelnen Modellen können in der diesem Buch zugrunde liegenden Dissertation konsultiert werden (Haenni 2021: 267–300).

120 Das Phänomen ist altbekannt; Dietz und Böhning (2000: 441) verweisen denn auch auf die lange Geschichte in der statistischen Literatur mit Beiträgen ab 1926, wie mit der Abweichung der beobachteten Daten von der Poisson-Referenzverteilung bei Count Data umzugehen sei, insbesondere bei seltenen Nullwerten. Es handelt sich hierbei sozusagen um eine Umkehrung der Problematik zur Analyse von seltenen Ereignissen (Rare Events), welche bspw. in der logistischen Regressionsanalyse eine gewisse Bekanntheit genießt (King und Zeng: 2001a, 2001b).

121 Ich danke an dieser Stelle sehr herzlich Dr. Mario Angst für den wichtigen Hinweis auf die «Null-Problematik» bei Poisson-Verteilungen und sein grosszügiges Teilen seiner Expertise bei der Schätzung von ERGMs.

der Nicht-Berücksichtigung zweier Kooperationen, an denen sich alle Kantone beteiligen.¹²² Die Abstände zwischen den einzelnen Datenpunkten beziehungsweise Dyaden bleiben damit unverändert.

10.3.3 Operationalisierung der erklärenden Variablen

Um die Hypothesen 1a und 1b (Kleinheit der Kantone) zu operationalisieren, verwende ich die ständige Wohnbevölkerung der Kantone des BFS. Ich verwende den natürlichen Logarithmus der Bevölkerung, um eine gleichmässige Verteilung zu erhalten. Die Hypothese 2a betrifft die Komplementarität von zwei Kantonen. Ich operationalisiere dies als absolute Differenz der Bevölkerungsgrösse einer kantonalen Dyade mit der Erwartung eines positiven Zusammenhangs. Für Hypothese 2b, wonach beim Informationsaustausch eher Ähnlichkeit als Komplementarität gefragt ist (Homophilie), verwende ich ebenfalls die Differenz der Bevölkerungsgrösse. Hier erwarte ich ein negatives Vorzeichen für den Schätzer, was auf Homophilie hinweist und bedeutet, dass Knoten mit ähnlichen Attribut-Werten dazu neigen, Bindungen einzugehen (Wang et al. 2016: 133). Auch für den Grössenunterschied transformiere ich den Wert mit dem natürlichen Logarithmus. Alternative Messungen über ökonomische Grössen wie das Bruttoinlandsprodukt (BIP) wurden verworfen. Das BIP korreliert mit einem Pearson-Koeffizienten von 0,96 (eigene Berechnung) äusserst stark mit der Bevölkerungsgrösse. Dies bedeutet, dass sich die Bevölkerungsgrösse und das BIP kaum unterscheiden und in einer statistischen Analyse keine voneinander unabhängigen Effekte zu erwarten sind. Eine Pro-Kopf-Normierung des BIP wiederum ist nicht sinnvoll, weil die administrativen Kapazitäten zur Kooperation weniger vom Wohlstand eines Kantons als von deren Einwohnerzahl abhängen. Das Vergleichsportal zu Schweizer Kantonen und Städten, CHstat, bietet zwar für einzelne Jahre Angaben zur Grösse der Kantonsverwaltungen, aber aufgrund der nicht ganz lückenlosen Zeitreihe erachte ich die Kantonsgrösse sowohl als umfassenderen als auch verlässlicheren Indikator.

Als Kontrolle teste ich, ob es einen Unterschied macht, Standortkanton einer Universität zu sein. Der Grund dafür ist, dass Kantone mit Universitätsspitalern typischerweise grosse Kantone sind. Einerseits bieten sie medizinische Spezialitäten an, die kleineren Kantonen fehlen. Andererseits haben Standortkantone von Universitätsspitalern eine spezialisiertere Verwaltung, an die sich kleinere Kantone um Rat bei Fragen zu Spitalplanungsmethoden usw. wenden¹²³. Dies wird als monadisches Attribut berücksichtigt. Die gesundheitspolitische

122 Bei den zwei Kooperationsaktivitäten handelt es sich um die beiden Koordinationen GDK-Treffen und die Anwendung der GDK-Empfehlungen (eigene Erhebung).

123 Zürich, Bern und Waadt sind die drei bevölkerungsstärksten Kantone der Schweiz. Sie alle haben ein Universitätsspital. Genf ist mit einer Bevölkerung von fast einer halben Million der sechstgrösste Kanton. Basel Stadt folgt auf Rang 15, ist aber als Stadtkanton ein Spezialfall. Trotz seiner knapp mittleren Grösse von rund 193000 Einwohnerinnen und Einwohnern (BFS 2018a) ist Basel

Problemdruckhypothese (H3) operationalisiere ich über öffentliche Gesundheitsausgaben und den Prämienanstieg. Für die beiden Masse erwarte ich einen positiven Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Kooperation und den Problemdruck-Indikatoren. Ich verwende die durchschnittlichen öffentlichen Spitalausgaben für die Jahre 1996 bis 2008 als Indikator für den finanziellen Druck, den die Entscheidungsträger erleben und der sie vermutlich zu mehr Kooperation drängt. Der Anstieg der Krankenkassenprämien seit Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums 1996 bis 2008 – das Jahr vor der Koordinationspflicht der Spitalplanungen – ist ein zweites Mass für den finanziellen Druck, dem ein Kanton gegenübersteht. Hier steht im Vordergrund, wie die Bürgerinnen und Bürger den gesundheitspolitischen Problemdruck erleben (Indra et al. 2015: 226).

Um die geografische Nähe zu operationalisieren (H4), verwende ich erstens als binäre Variable das Vorliegen einer gemeinsamen Grenze und zweitens den metrischen Abstand der Kantonshauptstädte. Für die Messung der kulturellen Ähnlichkeit (H5) verwende ich die gleiche Hauptsprache (Füglister 2012; Gilardi und Füglister 2008) anstelle einer gemeinsamen offiziellen Hauptsprache (Bochsler 2008, 2009), um so die kulturellen Unterschiede beispielsweise in der öffentlichen Verwaltung stärker hervorzuheben, die auf die Sprache zurückgeführt werden.¹²⁴

Die Hypothese zur politischen Ähnlichkeit (H6) operationalisiere ich als den Anteil Jahre (2007–2017), in denen die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zweier Kantone der gleichen Partei angehören. Die personelle Kontinuität (H7) messe ich als Anzahl verschiedener «Gesundheitsdirektoren-Paare» für die Jahre 2007–2017. Die Werte für die 325 Dyaden reichen von eins (was bedeutet, dass beide Kantone im ganzen Zeitraum denselben Gesundheitsdirektor oder dieselbe Gesundheitsdirektorin hatten) bis zu fünf (was bedeutet, dass die personelle Konstellation in dem Zeitraum fünfmal wechselte).

Schliesslich verwende ich die interkantonalen Patientenströme als Kontrollvariable für eine existierende funktionale Verflechtung. Dazu verwende ich die Zahlen für das Jahr 2011 (Huber 2015: 92), dem Jahr bevor die Patientenfreizügigkeit eingeführt wurde.

Eine Übersicht bietet Tabelle 8 am Ende von Kapitel 3.2.5. Sie fasst die Hypothesen, deren Operationalisierung und Quellen der Daten zusammen.

eines der wichtigsten urbanen Zentren der Schweiz mit einer leistungsfähigen öffentlichen Verwaltung (Bochsler et al. 2004: 118f.).

124 Die vier Kantone mit mehr als einer Amtssprache werden wie folgt klassifiziert: Bern als deutschsprachig (französischsprachige Minderheit von rund 10 Prozent), Freiburg und Wallis als französischsprachig (deutschsprachige Minderheit in beiden rund 30 Prozent), Graubünden als deutschsprachig (rätoromanische Minderheit von rund 18 Prozent, italienischsprachige Minderheit von rund 11 Prozent) (eigene Berechnungen basierend auf der Strukturerhebung 2017, BFS 2019).

10.4 Liste der ausgewerteten Planungsdokumente (Stand April 2019)

AG	Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGPL) 2010, Stand 27. März 2013 Strukturbericht Gesundheit 2016, Departement Gesundheit und Soziales
AI	Bericht zur Spitalplanung des Kantons Appenzell Innerrhoden 2014 Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht
AR	Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Strukturbericht: Inner- und ausserkantonale Leistungserbringer Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Versorgungsbericht
BE	Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Teile A-D: Bericht
BL	Spitalplanung 2012. Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft Basel-Stadt und Solothurn. Region nördlich des Jura
BS	Gesundheitsversorgungsbericht 2017. Über die Spitäler, Pflegeheime, Tagespflegeheime und Spitex-Einrichtungen im Kanton Basel-Stadt Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton Basel-Stadt 2015
FR	Spitalplanungsbericht 2015
GE	Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2016
GL	Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012
GR	Gesundheitsversorgung 2018 des Kantons Graubünden
JU	Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015
LU	Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern 2015. Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat
NE	Rapport du conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2016, 2ème partie: conditions-cadres du 17 décembre 2014
NW	Planungsbericht 2015 bis 2030 zur Spitalversorgung im Kanton Nidwalden
OW	Keine Spitalplanung, kein Struktur- oder Versorgungsbericht online verfügbar
SG	Spitalplanung Akutsomatik 2012, Versorgungsbericht
SH	Planungsbericht Spitalversorgung 2012/2020
SO	Grundlagen Spitalplanung Akutsomatik 2012–2025
SZ	Schwyzer Spitalplanung 2012: Versorgungsbericht (2010)
TG	Kanton Thurgau Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012
TI	Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010–2020 (I) settore somatico-acute
UR	Bericht zur Spitalplanung des Kantons Uri vom 27. August 2014
VD	Planification hospitalière vaudoise 2012
VS	Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015. Definitiver Bericht des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur, Oktober 2013
ZG	Zuger Spitalplanung 2012. Versorgungsbericht
ZH	Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. Zürcher Spitalplanung 2012 Teil 1: Versorgungsbericht. Vernehmlassungsversion Dezember 2009

10.5 Liste der befragten Expertinnen und Experten

- Bianchi Paolo, Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica, Ticino (Telefonat), 30. Mai 2018
- Blanc Thierry, Service de la santé publique, Vaud (Mailaustausch), 8. Mai bis 1. Juni 2017
- Blatti Léonard, Service de la santé publique, Neuchâtel (Telefonat), 16. Mai 2017
- Brenner-Meyer Carmen, Service de la santé publique, secteur hôpitaux, Valais (Telefonat), 28. Juni 2017
- Brugger Philipp, Gesundheitsamt, Solothurn (Telefonat), 19. Juli 2017
- Cajochen Mathias, Gesundheits- und Sozialdepartement, Appenzell Innerrhoden (Telefonat), 12. Juni 2017
- Csomor Patrick, Gesundheitsamt, Obwalden (Telefonat) 25. April 2017
- Dokladny-Rey Samantha, Service de la santé publique, secteur hôpitaux, Valais (Telefonat), 28. Juni 2017
- Ebert Orsolya, Gesundheit, Glarus (Mailaustausch), 28. April bis 28. Juli 2017
- Eichenberger Anna, Amt für Gesundheit, Appenzell Ausserrhoden (Telefonat), 4. Juli 2017
- Gross Beatrice, Gesundheitsdirektion, Zug (Telefonat), 18. Mai 2015
- Hanselmann Heidi, Gesundheitsdirektorin, St.Gallen, 5. März 2019
- Hofmann Karen, Spitalamt Abteilung Planung und Versorgung, Bern (Telefonat), 12. April 2017
- Huber Christine, Departement Gesundheit und Soziales Abteilung Gesundheit, Aargau (Telefonat), 12. Juni 2017
- Huber Kathrin, GDK (Telefonat), 6. März 2018
- Leuthold Rudolf, Gesundheitsamt, Graubünden (Telefonat), 4. April 2017 und 29. Mai 2018
- Martignoni Yves, Service de la santé publique, Valais (Telefonat), 28. Juni 2017
- Marty-Tschumi, Elisabeth, GDK (pers. Gespräch), 27. Januar 2009
- Meyerhans Andreas, Gesundheitsdirektion, Zug (Telefonat), 6. April 2017
- Moll Marianne, Gesundheitsdirektion, Zug (Mail), 6. April 2017
- Müller Nicolas, Service de la planification et du réseau de soins, secteur planification et économie de la santé, Genève (Telefonat), 13. Juni 2017
- Primosig Andrea, Amt für Gesundheit, Basel-Landschaft (Telefonat), 23. Mai 2017
- Rohrer Daniel, Service de la santé publique, Jura (Mailaustausch), 8. Mai bis 14. Juni 2017
- Schärrer Markus, Gesundheitsamt, Schaffhausen (Telefonat), 24. Mai 2017

Scheuber Andreas, Gesundheits- und Sozialdirektion, Nidwalden Telefonat
1. Mai 2017, pers. Gespräch 5. Februar 2020

Schibli Daniela, GDK (Telefonat), 1. Mai 2015

Schuppisser Susanna, Amt für Gesundheit, Thurgau (Telefonat), 15. Juni 2017

Schwarz Heinrich, Gesundheitsamt, Solothurn (Mailaustausch)

Trempe Dania, Gesundheitsdirektion, Zürich (Telefonat), 27. April 2017

Trütsch Martina, Amt für Gesundheit und Soziales, Abteilung Spitäler/KVG,
Schwyz (Telefonat), 5. April 2017

Unternährer Roland, Amt für Gesundheitsversorgung, St.Gallen, pers. Gespräch
6. Mai 2015 und Telefonat 16. März 2017

Vetter Michael, Gesundheitsdirektion, Versorgungsplanung, Zürich (Telefonat),
5. Juli 2017

Vogler Hanspeter, Gesundheits- und Sozialdepartement, Fachbereich Gesund-
heitswesen, Luzern Telefonat 23. Mai 2017 und pers. Gespräch 4. Februar
2020

von Allmen Thomas, Abteilung Spitalversorgung, Basel-Stadt (Telefonat),
25. April 2017

Wicki Martin Magdalena, Amt für Gesundheit, Freiburg (Telefonat), 22. Mai 2017

Zraggen Patrik, Amt für Gesundheit, Uri (Telefonat), 16. Mai 2017

10.6 Leitfaden Experteninterviews

10.6.1 Beispiel Kanton Solothurn

Fragen zur Spitalplanung im weitesten Sinn:

- › 2012 gab es einen gemeinsamen Versorgungsbericht Nordwestschweiz der Kantone AG, BL, BS und SO. Seither wurde das „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme in der Region Nordwestschweiz“ gemeinsam realisiert. Es geschieht also durchaus Einiges an Zusammenarbeit in der Region Nordwestschweiz...
- › Wie nehmen Sie den Austausch zwischen diesen vier Kantonen seither wahr? Was ist aus Ihrer Sicht die Motivation dahinter?
- › Gibt es andere interkantonale Kooperationen, Vereinbarungen oder einen regelmässigen Austausch im Spitalbereich? Beispielsweise mit BE?
- › Gibt es Kooperationsprojekte, die scheiterten oder frühzeitig abgebrochen wurden?
- › Wie stimmt SO seine Spitalplanung mit anderen Kantonen ab? Und umgekehrt, wie stark wird SO in andere Spitalplanungen involviert?

Und einige Fragen zur GDK:

- › Als wie wichtig schätzen Sie den Beitrag der alten (und neuen) Planungsempfehlungen der GDK zur Koordination der Spitalplanungen ein?
- › Wie stark tragen sie zur Harmonisierung der Planungen bei?
- › Welche Rolle spielt die regionale GDK der Nordwestschweiz? Bzw. wie aktiv und rege wird sie genutzt?

Zu den Kantonsspitalern/zum Spitalgesetz:

- › Ob und mit welchen Mitteln nimmt der Kanton Einfluss auf die strategische Steuerung der Kantonsspitäler (z.B. via Eignerstrategie, die ich freundlicherweise erhalten habe)? Und habe ich das richtig gesehen, dass der Regierungsrat nicht Einsitz nimmt in den Verwaltungsrat?
- › Muss die Regierung allfällige Kooperationen der Solothurner Spitäler mit ausserkantonalen Spitälern gutheissen?

10.6.2 Beispiel Kanton Wallis

- › Est-ce que le canton de Valais a des coopérations formelles (conventions etc.) dans le secteur hospitalier avec d'autres cantons? A quel sujet? Avec qui?
- › Est-ce que le canton de Valais coordonne sa planification hospitalière avec d'autres cantons? Avec qui? Dans quelle mesure?
- › Et vice versa, le canton de Valais est-il impliqué dans la planification hospitalière d'autres cantons? Comment?
- › Comment jugez-vous le rôle et l'importance de la CDS, ses recommandations, en tant que plateforme d'échange etc. pour l'harmonisation et la coordination de la planification hospitalière?
- › Comment décririez-vous le rôle de la CLASS et du GRSP? Y sont résultats des projets communs?
- › Et finalement je m'intéresse aussi à l'hôpital du Valais. Comment est-ce que l'hôpital est organisé (SA, établissement de droit public...)? Le grand conseil, a-t-il des mesures d'influence sur la stratégie de l'hôpital?

10.7 Resultate inklusive Null- und Baseline-Modelle

10.7.1 Kooperation insgesamt

Tabelle 19 Resultate für Kooperation insgesamt

	Kooperation				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	1,523*** (0,026)	1,337*** (0,033)	1,666*** (0,012)	-0,207*** (0,010)	0,272*** (0,010)
Transitivität†		0,891*** (0,099)	0,702*** (0,111)	0,705*** (0,113)	0,707*** (0,113)
Akteursheterogenität		1,828*** (0,133)	0,370*** (0,027)	0,269*** (0,027)	0,250*** (0,026)
Bevölkerungsgrösse (ln)				0,058*** (0,008)	0,072*** (0,014)
Universitätsspitalstandort			0,414*** (0,058)	0,228*** (0,056)	0,313*** (0,059)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0,0002*** (0,0001)	-0,0001 (0,0001)	-0,0002* (0,0001)
Prämienanstieg			0,484*** (0,115)	0,369*** (0,124)	0,395*** (0,124)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			-0,042*** (0,014)		-0,063*** (0,023)
Distanz			-0,002*** (0,001)	-0,003*** (0,001)	-0,003*** (0,001)
Gemeinsame Grenze			0,380*** (0,075)	0,359*** (0,074)	0,357*** (0,075)
Gemeinsame Hauptsprache			0,160** (0,067)	0,218*** (0,068)	0,222*** (0,071)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektor:innen			0,050 (0,075)	0,057 (0,077)	0,061 (0,075)
Anzahl «Gesundheitsdirektoren-Paare»			-0,085*** (0,028)	-0,095*** (0,028)	-0,095*** (0,029)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			0,046*** (0,014)	0,037** (0,014)	0,036** (0,014)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-2209	-2434	-2674	-2679	-2683
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-2206	-2423	-2625	-2630	-2630

Anmerkung: * $p \leq 0,1$, ** $p \leq 0,05$, *** $p \leq 0,01$; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (Threshold) für transitive Beziehungen (Transitivität) wird für Kooperation auf 7 gesetzt.

10.7.2 Informationsaustausch

Tabelle 20 Resultate für Informationsaustausch

	Informationsaustausch				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	-0,808*** (0,082)	-1,189*** (0,112)	-1,783*** (0,034)	-2,822*** (0,040)	-1,375*** (0,040)
Transitivität†		0,627*** (0,142)	0,411*** (0,133)	0,415*** (0,132)	0,413*** (0,133)
Akteursheterogenität (Nodesqr covar)		2,655*** (0,415)	1,822*** (0,057)	1,968*** (0,058)	1,829*** (0,061)
Bevölkerungsgrösse (ln)			0,278* (0,156)		0,310** (0,155)
Universitätsspitalstandort				0,015 (0,026)	-0,029 (0,048)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0,00003 (0,0002)	0,0002 (0,0002)	-0,00004 (0,0002)
Prämienanstieg			0,348 (0,336)	0,255 (0,340)	0,414 (0,357)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			-0,049 (0,043)		-0,034 (0,076)
Distanz			-0,004** (0,002)	-0,004** (0,002)	-0,004** (0,002)
Gemeinsame Grenze			0,467** (0,217)	0,489** (0,221)	0,480** (0,218)
Gemeinsame Hauptsprache			1,005*** (0,291)	0,989*** (0,277)	0,976*** (0,282)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheits- direktor:innen			0,386 (0,250)	0,395 (0,241)	0,370 (0,254)
Anzahl «Gesundheitsdirektoren-Paare»			0,078 (0,073)	0,061 (0,067)	0,088 (0,077)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			-0,001 (0,044)	0,004 (0,041)	0,006 (0,042)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-124,3	-191,2	-232,0	-232,1	-231,0
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-120,5	-179,9	-182,8	-186,6	-178,0

Anmerkung: * $p \leq 0,1$, ** $p \leq 0,05$, *** $p \leq 0,01$; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (Threshold) für transitive Beziehungen (Transitivität) wird für Informationsaustausch auf 1 gesetzt, damit eine einzelne, einmalige Kooperation nicht übermässig Gewicht erhält.

10.7.3 Fortgeschrittene Kooperation

Tabelle 21 Resultate für fortgeschrittene Kooperation

	Fortgeschrittene Kooperation				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	1,227*** (0,029)	1,065*** (0,036)	0,548*** (0,011)	1,107*** (0,009)	0,735*** (0,010)
Transitivität†		0,988*** (0,109)	0,890*** (0,099)	0,899*** (0,093)	0,893*** (0,100)
Akteursheterogenität		1,590*** (0,192)	1,148*** (0,019)	1,279*** (0,023)	1,170*** (0,022)
Bevölkerungsgrösse (ln)			0,029** (0,013)		0,031*** (0,007)
Universitätsspitalstandort			-0,029 (0,047)	0,006 (0,044)	-0,005 (0,046)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0,00004 (0,0001)	-0,0001 (0,0001)	-0,0001 (0,0001)
Prämienanstieg			-0,032 (0,101)	0,016 (0,091)	-0,024 (0,101)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			0,018 (0,022)	0,024** (0,011)	
Distanz			-0,0001 (0,0004)	-0,0001 (0,0004)	-0,0001 (0,0004)
Gemeinsame Grenze			0,071 (0,082)	0,076 (0,079)	0,072 (0,083)
Gemeinsame Hauptsprache			-0,014 (0,064)	-0,050 (0,059)	-0,013 (0,062)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheits- direktor:innen			-0,383*** (0,086)	-0,378*** (0,086)	-0,386*** (0,089)
Anzahl «Gesundheitsdirektoren-Paare»			-0,074*** (0,023)	-0,064*** (0,021)	-0,072*** (0,023)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			0,029 (0,021)	0,039** (0,020)	0,030 (0,020)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-1154	-1308	-1328	-1328	-1330
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-1150	-1296	-1275	-1279	-1281

Anmerkung: * $p \leq 0,1$, ** $p \leq 0,05$, *** $p \leq 0,01$; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (Threshold) für transitive Beziehungen (Transitivität) wird für fortgeschrittene Beziehungen auf 6 gesetzt.

Warum gibt es keine Spitalregion Schweiz? Warum arbeiten die Kantone in der Spitalplanung nicht stärker über die Kantons-grenzen hinweg zusammen? Dieses Buch schlägt einen Bogen vom grundlegenden Kooperationsbedarf im Föderalstaat Schweiz, über die Entwicklung des Krankenversicherungs-gesetzes, die widersprüchliche Interessenlage der Kantone bis hin zu den Faktoren, welche die Zusammenarbeit zwischen Kantonen trotz allem begünstigen.

Die Autorin präsentiert umfassende Daten zur interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik und legt dabei ein besonderes Augenmerk auf informelle Arten der Kooperation. Sie unterscheidet zwischen drei Koopera-tionsstufen – Informationsaustausch, Koordination und Kollabo-ration –, was neue Einsichten in das Kooperationsverhalten der Kantone erlaubt. Mittels einer Fallstudie der Spitalkooperation Luzern-Nidwalden (LUNIS) arbeitet sie Handlungsmotive und Mechanismen heraus. Die politikwissenschaftliche Analyse zeigt unter anderem, dass die Kooperationslandschaft deutlich dichter als erwartet ist und dass Kooperationen besonders dann gelingen, wenn geschickte Strategien der Politikverant-wortlichen auf günstige Umstände treffen.

Malena Haenni studierte Politikwissenschaft und Germanistik an den Universitäten Bern und Aarhus (Dänemark). Nach einigen Jahren Berufserfahrung in Dänemark doktorierte sie an der Universität St.Gallen zum Thema interkantonale Zusammen-arbeit im Spitalbereich und schloss 2021 als Dr.rer.soc. ab.

ISBN: 978-3-03777-263-8



9 783037 772638