



Treffen der eidgenössischen Parlamentarierinnen und Parlamentarier aus der Zentralschweiz mit Regierungsvertretenden vom 21. Januar 2026.

Informationspapier der Zentralschweizer Kantonsregierungen, zur Kenntnis genommen im Januar 2026, zum Thema: **Koordination Spitalplanung / Spitalplanungsregionen.**

Vorbemerkung

Das Informationspapier «Koordination Spitalplanung / Spitalplanungsregionen», welches am Parlamentariertreffen vom 29. Januar 2025 präsentiert wurde, ist grundsätzlich noch aktuell (vgl. Anhang).

Am 27. November 2025 hat die GDK eine ergänzte und aktualisierte Empfehlung zur Spitalplanung mit Fokus auf eine stärkere Koordination der kantonalen Spitalplanungen verabschiedet. Am 16. Dezember 2025 führte die GDK einen Anlass für die Parlamentarierinnen und Parlamentarier in Bern zum Thema «neue Stossrichtung in der Spitalplanung» durch.

Die ZGDK hat an ihrer Sitzung vom 3. November 2025 bereits entschieden, ein Mandat für eine SWOT-Analyse zur Frage «Möglichkeiten einer stärkeren Zusammenarbeit in der Zentralschweizer Spitalplanung» zu prüfen. Dazu werden aktuell Offerten eingeholt.

Koordination Spitalplanung / Spitalplanungsregionen (Update 2026)

1. Ausgangslage

Die Spitalplanung steht vermehrt im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion. Vorstösse auf Bundesebene fordern eine stärkere Koordination der kantonalen Spitalplanungen oder gar eine nationale Planung. Die Kantone bekennen sich jedoch klar zur kantonalen Verantwortung unter verstärkter interkantonaler Zusammenarbeit.

2. Zentrale Herausforderungen

- Spezialisierung der Medizin und steigende Vorhaltekosten
- Fachkräftemangel
- Ambulantisierung bei nicht kostendeckenden Tarifen
- Wirtschaftlicher Druck auf Spitäler
- Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Planung
- Politischer und gesellschaftlicher Widerstand gegen Standortschliessungen

3. Verstärkte Koordination der Spitalplanung

Die GDK hat am 27. November 2025 ergänzte und neue Empfehlungen zur stärkeren Koordination der Spitalplanungen unter den Kantonen verabschiedet. Diese sieht folgende Elemente vor:

Einführung einer gesamtschweizerischen Bedarfsanalyse (alle 5 Jahre)	Beispiel: Erhebung der stationären Fallzahlen und Patientenströme in der gesamten Schweiz durch das Obsan als einheitliche Entscheidungsgrundlage für alle Kantone.
Einführung einer gesamtschweizerischen Bedarfsprognose (alle 10 Jahre)	Beispiel: Prognose der Entwicklung des stationären Versorgungsbedarfs bis 2035 unter Einbezug von Alterung der Bevölkerung und medizinisch-technischem Fortschritt.
Klare Trennung von Grundversorgung und Spezialversorgung	Beispiel: Notfallversorgung, Allgemeine Innere Medizin und Basis-Chirurgie als wohnortnahe Grundversorgung; komplexere Eingriffe als Spezialversorgung.
Einführung von Spitalversorgungsräumen basierend auf abgestufter Versorgung	Beispiel: Bildung von überkantonalen Versorgungsräumen, in denen Regionalspitäler die Grundversorgung sicherstellen, während die Spezialversorgung in grösseren Zentrumsspitälern konzentriert wird.

Die Kantone setzen somit auf:

- Abgestufte Versorgung mit wohnortnaher Grundversorgung
- Konzentration spezialisierter Leistungen
- Bessere Nutzung von Ambulantisierung durch Tarifreformen
- Verbindlichere interkantonale Zusammenarbeit

4. Umsetzungsschritte

Die Umsetzung erfolgt in **drei Etappen**:

1. Erstellung einer gesamtschweizerischen Bedarfsanalyse und -prognose
2. Überarbeitung des SPLG-Konzepts und Zuordnung zu Versorgungsebenen
3. Definition schweizweiter Kriterien für Leistungsaufträge in der Spezialversorgung

5. Die Kantone sind in der Hauptverantwortung

Die Kantone lehnen eine Bundesplanung nicht ab, weil sie keine Koordination wollen – sondern weil eine nationale Planung die regionalen Versorgungsrealitäten, die demokratische Verantwortung und die Systemlogik des Gesundheitswesens ungenügend abbilden würde.

- Regionale Unterschiede erfordern regionale Planung (Topografie, Alter, Bevölkerungsdichte, Patientenströmen, Zusammenspiel ambulant bis stationär...)
- Demokratische Legitimation (Akzeptanz, Kantone und Parlamente sind dafür direkt demokratisch verantwortlich)

- Gefahr von Fehlanreizen bei nationaler Planung (Bundesplanung primär kostengetrieben und weniger versorgungsorientiert, periphere Regionen benachteiligt)
- Systemische Probleme würden nicht gelöst (Fachkräftemangel, nicht kostendeckende ambulante Tarife, etc.)
- Verfassungs- und Rollenverständnis (Kantone finanzieren einen erheblichen Teil der stationären Leistungen)

6. Fazit

Die GDK vom 27. November 2025 war sich einig: Die Kantone nehmen die Verantwortung wahr.

3. Dezember 2025

Anhang: Informationspapier von 2025

Koordination Spitalplanung / Spitalplanungsregionen

1. Ausgangslage

Im Jahr 2024 wurden im nationalen Parlament von verschiedener Seite Vorstösse mit Vorschlägen zur Verbesserung der Spitalplanung nach Krankenversicherungsrecht eingereicht. Generell wird kritisiert, dass die Kantone ihre Spitalplanungen zu wenig untereinander koordinierten. Die mangelnde Zusammenarbeit führe zu einer Über- oder Unterversorgung und damit zu höheren Kosten im Gesundheitswesen bzw. zu Einbussen in der Behandlungsqualität. Als Lösung wird mehrfach vorgeschlagen, es seien Spitalplanungsregionen zu bilden und/oder die Planungs-Kompetenz sei an den Bund zu delegieren. An die Schaffung von überkantonalen Planungsregionen bzw. an die Delegation der Planungskompetenz an den Bund knüpft die Politik offensichtlich die Erwartung, dass insbesondere durch die Schliessung von Spitälern Kosten gesenkt und die Behandlungsqualität verbessert würde.

2. Beispiele interkantonale Zusammenarbeit und Koordination

Es scheint wenig bekannt zu sein, wie weit die Kantone aktuell die Vergabe von Leistungsaufträgen an die Spitäler und damit die Spitalplanung schon untereinander koordinieren. Einerseits haben die Kantone gemeinsam Empfehlungen verabschiedet, wie die Vorgaben des Krankenversicherungsrechts zur Spitalplanung umgesetzt werden ([GDK: Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung](#)) und andererseits haben sie sich in der Akutsomatik auf einen gemeinsamen Leistungskatalog zur Vergabe der Leistungsaufträge geeinigt ([GDK: Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik](#)). Dazu gehören insbesondere auch Qualitätsindikatoren wie Mindestfallzahlen, die von den Spitälern erfüllt werden müssen. Ebenso werden die interkantonalen Patientenströme bei der Planung berücksichtigt und die betroffenen Kantone zur Stellungnahme eingeladen, was zu einem vermehrten Austausch unter den Kantonen sowie informellen Absprachen geführt hat. Dort, wo es von der Grösse der Versorgungsregion her Sinn macht, haben sich die Kantone auf gemeinsame Spitallisten geeinigt, wie z. B. BS/BL und SG/AI/AR sowie UR/SZ/ZG (Psychiatriekonkordat).

Die Kantone der Zentralschweiz arbeiten auf unterschiedliche Art und Weise zusammen, um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dabei fördern sie auch die überkantonale Zusammenarbeit der Spitäler und somit betrieblich sinnvolle Lösungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung.

Hochspezialisierte Medizin: Gesamtschweizerische Planung

Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die Kantone, im Bereich der hochspezialisierten Medizin zusammenzuarbeiten. Dieser Verpflichtung sind die Kantone mit der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 nachgekommen und vereinbarten eine nationale Planung, u. a. mit Leistungsaufträgen für Organtransplantationen, Behandlung von schweren Verbrennungen, komplexe neurologische Behandlungen sowie für Pädiatrie und Kinderchirurgie ([HSM_Spitalliste_20241001_def_d.pdf](#)).

Psychiatriekonkordat Uri/Schwyz/Zug:

Zentrale stationäre Versorgung im Kanton Zug (Klinik Zugersee) mit ambulanten Angeboten in allen Kantonen, angepasst an die lokalen Verhältnisse. Förderung der integrierten Versorgung über die Betriebsgesellschaft Triplus AG.

Psychiatrieregion Luzern-Obwalden-Nidwalden (lups-ON)

Die seit dem 1. Juni 1996 in Sarnen geführte Psychiatrie Obwalden/Nidwalden wird seit 2017 durch die Luzerner Psychiatrie betrieben und das Angebot wird laufend optimiert.

LUKS Gruppe:

Umfasst das Luzerner Kantonsspital mit mehreren Standorten im Kanton Luzern, die Spital Nidwalden AG sowie die Luzerner Höhenklinik Montana. Die Integration des Kantonsspitals Obwalden ist in Prüfung. Der Fokus der Gruppe liegt auf einer koordinierten und digital vernetzten Gesundheitsversorgung.

Kooperationen:

Kantonsspital Uri: vertraglich vereinbarte preferred partnership seit 2016. Insgesamt sind es aktuell rund zwölf medizinische Disziplinen, in denen eng zusammengearbeitet wird (Radiologie, Urologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurochirurgie etc.). Dadurch können Diagnostiken und Behandlungen der erweiterten Grundversorgung in hoher Qualität am KSU erbracht werden und das Luzerner Kantonsspital sichert sich dadurch die Patientenströme in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin.

Kantonsspital Zug: Kooperationen mit dem Luzerner Kantonsspital betreffend Neurologie und mit dem Stadtspital Zürich Triemli betreffend Kardiologie, inklusive Rettungskette. Die Kooperationen ermöglichen es dem Zuger Kantonsspital, durch den Beizug medizinischer Expertise aus den benachbarten Zentrumsspitalern anspruchsvolle Behandlungen in der Wirbelsäulenchirurgie und Inneren Medizin zu erbringen.

Spital Schwyz: Das Spital Schwyz ist zertifizierter Partner des überregionalen TraumaZentrums des LUKS. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, eine optimale Versorgung für jeden Schwerverletzten in der Zentralschweiz in gleicher Qualität zu sichern.

Spital Lachen: Das Spital Lachen und die zur Hirslanden-Gruppe gehörende Klinik Im Park, Zürich arbeiten seit Anfang Januar 2021 in der Herzmedizin zusammen. Die standortübergreifende Kooperation findet dabei auf verschiedenen Ebenen statt: Erfahrene interventionelle Kardiologen der Klinik Im Park führen am Spital Lachen die invasive kardiale Diagnostik (Links-/Rechtsherzkatheter) und Koronarinterventionen durch – gemeinsam mit den Kardiologinnen und Kardiologen des Spitals Lachen und unter Einsatz des dortigen Herzkatheterlabors.

3. Potenzial von überkantonalen Planungsregionen erkannt

Die Fortschritte in der Medizintechnik sowie die anhaltende Tendenz zur Spezialisierung in der Medizin führen zu einem erhöhten Investitionsbedarf in den Spitälern. Dieser geht einher mit abnehmenden Fallzahlen aufgrund der zunehmenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Diese Faktoren sowie die erhöhten Qualitätsanforderungen (auch von Seiten der Fachgesellschaften) verschärfen die finanzielle Situation der Spitäler.

Die oben skizzierten Tendenzen verstärken den Bedarf an überkantonomer Zusammenarbeit und werden ausserdem dazu führen, dass die bereits stattgefundene Strukturbereinigung in der Spitallandschaft fortgesetzt wird. Die Kantone haben diese Entwicklung erkannt und begleiten diese planerisch, indem die erwähnten Empfehlungen zur Spitalplanung angepasst werden. Mit der Einführung von EFAS werden die Kantone ausserdem den spitalambulantem Bereich stärker in der Planung berücksichtigen.

4. Schaffung von Spitalplanungsregionen: Kompetenzverschiebung zum Bund

Sollen – wie von der Politik gefordert – überkantonale Spitalplanungsregionen in der Schweiz definiert werden (Modell Dänemark), muss eine Kompetenzverschiebung zum Bund stattfinden. Regionale Spitallisten sind dort entstanden, wo die Verhältnisse dies nahelegen; so versorgt das Psychiatriekonkordat Uri/Schwyz/Zug rund 340'000 Personen mit integrierten psychiatrischen Leistungen. Bei grösseren Kantonen wie z. B. beim Kanton

Aargau (rund 730'000 Einwohnerinnen und Einwohner) stellen sich bei der Bildung eines Konkordats verschiedene Fragen:

- Wer entscheidet, zu welcher Planungsregion ein Kanton zugeteilt wird? (Kanton Aargau: Nordwestschweiz? Zentralschweiz?)
- Wer entscheidet gegen den Willen der Kantone, welche Spitäler nicht versorgungsrelevant sind und deshalb geschlossen werden? (Zentralschweiz: Kantonsspital Zug? Spital Wolhusen? Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern? Spital Obwalden?)
- Wer entscheidet über die neu entstehenden Schnittstellen zwischen den Spitalplanungsregionen (z. B. Spital Sursee, Spital Zofingen und Spital Langenthal)?

In einem solchen Szenario müsste der Bund zuständig sein für die Versorgung der Bevölkerung mit Spitalleistungen, was zu einem Rollenwechsel der Kantone führen würde. Die Regierungsräte würden sich auf die Seite der Bevölkerung stellen, die sich gegen Entscheide des Bundes zur Schliessung von Spitälern lokal zur Wehr setzen könnten.

Bei einer Kompetenzverschiebung zum Bund stellen sich ausserdem weitere Fragen:

- Koordination mit der ambulanten und spitalambulanten Versorgung (Zulassungsbeschränkungen)?
- Aufrechterhaltung des im Krankenversicherungsgesetz vorgegebenen Wettbewerbs?
- Bewältigung des Kostenanstiegs aufgrund der Teuerung und des Fachkräftemangels?

5. Planungskompetenz bei den Kantonen belassen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kantone in der Spitalplanung schon jetzt stärker zusammenarbeiten als in der allgemeinen Politik wahrgenommen wird. Ebenso haben die Kantone das Potenzial für eine weitergehende regionale Zusammenarbeit erkannt und handeln entsprechend. Bei einer Verschiebung der Planungskompetenz zum Bund müssten zuerst verschiedenste Fragen zur Gesundheitsversorgung geklärt werden, die mit der Planung zusammenhängen – Konflikte zwischen Bund und Kantonen wären vorprogrammiert.

23. Januar 2025