Horizontale Kooperation im Schweizer Föderalismus – Analyse eines mehrstufigen Phänomens am Beispiel der kantonalen Spitalplanung

DISSERTATION
der Universität St. Gallen,
Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften,
Internationale Beziehungen und Informatik (HSG),
zur Erlangung der Würde einer
Doktorin der Sozialwissenschaften

vorgelegt von

Malena Haenni Emmenegger

von

Niedermuhlern (Bern)

Genehmigt auf Antrag der Herren

Prof. Dr. Kuno Schedler

und

Dr. Roland Scherer

Dissertation Nr. 5108

Difo-Druck GmbH, Untersiemau 2021

Die Universität St. Gallen, Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften, Internationale Beziehungen und Informatik (HSG), gestattet hiermit die Drucklegung der vorliegenden Dissertation, ohne damit zu den darin ausgesprochenen Anschauungen Stellung zu nehmen.

St. Gallen, 28. Mai 2021

Der Rektor:

Prof. Dr. Bernhard Ehrenzeller

Meinem Mann und
meinem Sohn

Meinen Eltern

Dank

Eine Dissertation bedeutet zwar keine hundert Jahre Einsamkeit – eine lange Reise bleibt sie. Zahlreiche Menschen haben mich auf diesem Weg begleitet, unterstützt, gefördert und gefordert, ermutigt, abgelenkt, inspiriert, motiviert, mir den Rücken freigehalten und das Ihre dazu beigetragen, dass die Arbeit in der heutigen Form vorliegt. Ihnen allen gebührt mein herzlicher Dank:

- meinen Doktorvätern Prof. Dr. Kuno Schedler und Dr. Roland Scherer
- meinen Interviewpartnerinnen und -partnern, insbesondere Andreas Scheuber und Hanspeter Vogler
- Christian Rüefli
- Prof. Dr. Fritz Sager
- Dr. Mario Angst und Prof. Michael Knaus, PhD
- den Organisatoren der Arbeitsgruppe „Federalism and Territorial Politics“ Dr. Oscar Mazzoleni, Prof. Dr. Sean Mueller und Dr. Olivier Dlabac, den Teilnehmenden des Panels „Between politics and policy: subnational perspectives“ an der Jahreskonferenz der schweizerischen Vereinigung für Politische Wissenschaft am 3. und 4. Februar 2020 und insbesondere Rahel Freiburghaus
- meinen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen im Regio-Team und im Swiss Aerospace Cluster Dr. Kristina Zumbusch, Daniel Zwicker-Schwarm, Margareta Brugger, Minnie Silfverberg, Dr. Emamdeen Fohim, Dr. Andreas Wittmer, Nicole Denk und Rosi Hess
- meinen (ehemaligen) Mitdoktorierenden Sandra Eisenecker, Ruth Frischknecht, Paul Sailer, Tobias Tomczak, Dr. Matthias Ammann, Dr. Labinot Demaj, Prof. Dr. Ali Asker Gündüz und Dr. Angela Eicher
- meinen Freundinnen und Freunden, insbesondere Dr. Annatina Aerne, Dr. Hannah Berner, Eva Grädel, Vera Kunz, Dr. Katarina Stigwall und Karin Truniger
- meinen lieben Nachbarinnen und Nachbarn
- meinen Schwiegereltern Mary und Urs Emmenegger
- meinen Eltern Margit und Charles Haenni-Nissen und meiner Schwester Agathe Mischler-Haenni
- und ganz besonders meinem Mann Patrick Emmenegger und unserem Sohn Julius.

St. Gallen, im August 2021 Malena Haenni Emmenegger

Zusammenfassung

Die horizontalen Kooperationsbeziehungen zwischen Gliedstaaten stehen zunehmend im Fokus der Föderalismusforschung, insbesondere intergouvernementale Vereinbarungen und Gremien. Hingegen schenkt sie dem Umstand wenig Beachtung, dass es sich bei Kooperation um ein vielschichtiges Phänomen handelt, das zusätzlich eine starke informelle Komponente wie Informationsaustausch und Zusammenarbeit auf der Fachebene aufweist. Mithilfe eines eigens entwickelten dreistufigen Kooperationskonzepts soll das gesamte Spektrum erfasst werden. Die vorliegende Studie untersucht mit einem Multi-Methoden-Ansatz, wie sich unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Kooperationsbeziehungen zwischen zwei Kantonen auswirken und inwiefern sich diese je nach Kooperationsstufe unterscheiden. Ich erforsche diese Thematik anhand der akutsomatischen stationären Gesundheitsversorgung, für deren Planung und Sicherstellung die Kantone zuständig sind und von nationalen Parlamentarierinnen und Gesundheitsexperten verstärkte Zusammenarbeit und grössere Gesundheitsregionen gefordert werden.

Die Arbeit besteht aus zwei Analyseteilen, für die ich eine umfassende Erhebung der kantonalen Kooperationsaktivitäten im Zeitraum 2009 bis 2018, seit Einführung der Koordinationspflicht der kantonalen Spitalplanungen, durchgeführt habe. Auf dieser Basis habe ich einen Kooperationsindex entwickelt, der die Intensität der Kooperationsbeziehungen zwischen den 325 Kantonspaaren der Schweiz misst. Für die statistische Analyse verwende ich *valued Exponential Random Graph Models* aus dem Bereich der sozialen Netzwerkanalyse. Im zweiten Teil untersuche ich mit einer qualitativen Prozessanalyse anhand eines intertemporalen Vergleichs, wie horizontale Kooperation in einem politisch umstrittenen Bereich gelingen kann. Mit dem Ziel eine Kausalkette der Ereignisse aufzustellen, stütze ich mich auf historisch-institutionalistische Konzepte wie die Pfadabhängigkeit und das ‚Blame Avoidance/Credit Claiming Framework'.

Die statistische Analyse kann nachweisen, dass sich die Kantonsgrösse und das Grössenverhältnis zwischen den Kooperationspartnern je nach Kooperationsstufe unterschiedlich auswirken. Die Resultate der Fallstudie zeigen, dass eine Kombination aus zwei komplementären Kooperationspartnern, einem erhöhten Handlungsdruck von aussen sowie einem überzeugenden Framing der Kooperation als Chance letztlich zur angestrebten Kooperation führten. Dazu verwendeten die Entscheidungsträger geschickt die ganze Bandbreite an Strategien von *blame avoidance, phasing-in* und *retrenchment as credit claiming.* Das gescheiterte Vorläuferprojekt legt nahe, dass die Kontextfaktoren – Grössenverhältnis der Partner sowie äusserer Handlungsdruck – jedoch entscheidend sind, damit diese Strategien die gewünschte Wirkung entfalten.

Abstract

Lately, federalism research has come to focus increasingly on the horizontal cooperation between substates. So far, the academic community has been mostly concerned with intergovernmental agreements and arrangements and thereby neglecting the multifaceted nature of such cooperation, namely its important informal aspects such as information exchange and everyday collaboration at the administrative level. To address this lacuna, I have developed a three-level cooperation concept to cover the whole phenomenon. This study uses a multi-method approach to examine how different influencing factors affect the cooperation relationships between two cantons and how they vary depending on the cooperation level. The empirical field under study is the acute stationary care, of which Swiss cantons are responsible for planning and provision and in which national politicians and health experts long have called for increased cooperation and larger health regions.

The study consists of two analytical sections, for which I have undertaken a comprehensive data collection on the cantonal cooperation activities from 2009 to 2018, following the introduction of the legal obligation to coordinate cantonal hospital planning. Based on this data I have developed a cooperation index measuring the intensity of cooperation relations between the 325 pairs of Swiss cantons. As a statistical method I use valued Exponential Random Graph Models, an application of social network analysis. I proceed to explore how horizontal cooperation can succeed in a politically salient field by an intertemporal comparison of two related cases using causal process tracing in the second section. Aiming to establish a causal chain of events I rely on historical-institutionalist concepts such as path dependency and the blame avoidance/credit claiming framework.

The statistical analysis shows that population size of cantons and the difference in population size between the cooperation partners play out differently depending on the level of cooperation. The results of the case study further show that a combination of two complementary partners, increased external problem pressure and a convincing framing of cooperation as an opportunity finally brought about the intended cooperation. Towards this purpose, decisionmakers skillfully used the whole range of strategies such as blame avoidance, phasing-in and retrenchment as credit claiming. The failed predecessor project suggests that the context factors – size difference of the partners and external problem pressure – were decisive for these strategies to have the intended impact.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis VIII

Tabellenverzeichnis IX

Abkürzungsverzeichnis X

I. Einleitung und Problemstellung 1

1 Einleitung 2

2 Problemstellung 6

2.1 Arten der Kooperation – eine Begriffsklärung 6

2.1.1 Koordination und Co. – Verschiedene Definitionen aus der Literatur 8

2.1.2 Definition der verschiedenen Kooperationsstufen – ein Begriffskonzept 11

2.1.3 Akteurskonstellationen in Kooperations- und Entscheidungssituationen 15

2.2 Die Spitalplanung und ihr Kontext 20

2.2.1 Eigenheiten des Schweizer Gesundheitssystems 22

2.2.2 Kompetenzverteilung 24

2.2.3 Die gesetzlichen Grundlagen der Spitalplanung seit der Reform von 2007 – eine kantonale Aufgabe 28

2.2.4 Die historische Entwicklung des Krankenversicherungsgesetzes 30

2.2.5 Spitäler und ihre Finanzierung nach der KVG-Reform 36

2.3 Die Kooperationssituation der Kantone im Spitalbereich 39

2.3.1 Das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen in der Spitalplanung 40

2.3.2 Das Verhältnis unter den Kantonen bei Kooperationen im Spitalbereich 41

II. Varianzorientierte Betrachtung 46

3 Einleitung zu Sektion II 48

4 Theorieteil I: Unterschiede in der horizontalen Zusammenarbeit 49

4.1 Erklärungsansätze für horizontale Kooperation – eine Literaturübersicht 49

4.1.1 Motive für Kooperation 53

4.1.2 Kooperationsfreundliche Institutionen im horizontalen Föderalismus 54

4.1.3 Aus der regionalwissenschaftlichen Literatur 56

4.1.4 Aus der Public-Management-Literatur 58
4.1.5 Aus der Literatur zur Policy-Diffusion 61
4.1.6 Aus der Schweizer Föderalismusforschung 63
4.2 Erklärungsfaktoren für gliedstaatliche Kooperation 65
4.2.1 Kleinheit 65
4.2.2 Ökonomischer Problemdruck im Gesundheitsbereich 68
4.2.3 Geografische Nähe 69
4.2.4 Kulturelle Ähnlichkeit 70
4.2.5 Vertrauensgrundlage aufgrund von Parteienzugehörigkeit und personeller Kontinuität 72

5 Forschungsdesign und -methode 74
5.1 Fallauswahl 76
5.1.1 Die Schweiz als Studienobjekt für horizontale Kooperation in föderalen Systemen 76
5.1.2 Das Politikfeld der kantonalen Spitalplanung – eine Begriffsklärung 77
5.1.3 Warum die Spitalplanung als Ausdruck der Gesundheitsversorgungspolitik? 78
5.1.4 Warum die Akutsomatik? 79
5.2 Datenerhebung durch Experteninterviews 80
5.2.1 Indexbildung – Operationalisierung der abhängigen Variable 83
5.2.2 Qualitative Auswertung 85
5.3 Methode für die quantitative Analyse 86
5.3.1 Valued Exponential Random Graph Models als netzwerk-analytischer Ansatz für Kooperation 86
5.3.2 Operationalisierung der erklärenden Variablen 89

6 Mapping der Kooperation 93
6.1 Rückblick – Kooperationslandschaft vor der KVG-Reform von 2007 93
6.2 Veränderte Bedeutung interkantonaler Vereinbarungen infolge der KVG-Reform von 2007 96
6.3 Kooperationslandschaft nach Einführung der Koordinationspflicht und der neuen Spitalfinanzierung in Zahlen 97
6.4 Kooperationslandschaft räumlich dargestellt 103
6.5 Kooperation und Bevölkerungsgrösse 108
6.6 Die Bedeutung der Kooperationsstufe 113
6.7 Umsetzung des Koordinationsartikels 118
6.8 Schlussfolgerungen 121

7 Varianzorientierte Analyse 123
7.1 Vorüberlegungen zur Modellspezifikation von ERGMs 123
7.2 Resultate 130
7.3 Diskussion 139

III. Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Prozess 141

8 Einleitung zu Sektion III 144

9 Theorieteil II: Eine historisch-institutionalistische Perspektive auf Kooperationsprozesse 146
9.1 Zentrale Konzepte des historischen Institutionalismus 148
9.1.1 Der Institutionenbegriff 149
9.1.2 Pfadabhängigkeit, wachsende Erträge, Entwicklungspfade und Weggabelungen 150
9.2 Institutioneller Wandel unabhängig von Schocks – ein Literaturüberblick 153
9.3 Der Rückbau des Wohlfahrtsstaats aus historisch-institutionalistischer Perspektive 156
9.3.1 Warum und wie sich der Rückbau vom Ausbau unterscheidet 158
9.3.2 Einflüsse des institutionellen Settings auf die Sichtbarkeit 159
9.3.3 Strategien im Umgang mit der Sichtbarkeit 160
9.4 Interkantonale Kooperation im Spitalbereich als drohender Abbau? 162
9.4.1 Inwiefern passt wohlfahrtsstaatliche Literatur? 162
9.4.2 Passt die Retrenchment-Literatur? 163
9.4.3 Welche Strategien? 164
9.4.4 Forschungsagenda für die Fallstudie 166

10 Methodenteil II: Fallstudiendesign 168
10.1 Fallauswahl: Die gemeinsame Spitalregion Lunis der Kantone Luzern und Nidwalden im Vergleich zum Vorgängerprojekt 168
10.2 Causal-Process Tracing 171
10.3 Datengrundlage 172

11 Fallstudie 174
11.1 Die Entstehungsgeschichte der Spitalregion Luzern/Nidwalden 174
11.2 Akteurkonstellation, Interessen und Kontextfaktoren 176
11.3 Die Motivation, das Projekt Lunis zu lancieren: ein gescheiterter Anlauf zwischen Obwalden und Nidwalden 182

11.3.1 Kooperation zweier Landspitäler: Früh wackelt der Rückhalt, rasch keimen Zweifel 183
11.3.2 Kooperationsbestrebungen mit Nidwalden wecken Abbauängste in der Obwaldner Bevölkerung 186
11.4 Der Kanton Nidwalden nimmt einen zweiten Anlauf zur Kooperation 189
11.4.1 Ungebrochener Wille zu einer Spitalkooperation in Nidwalden 189
11.4.2 Die Situation in Luzern 190
11.5 Schritt für Schritt zum Ziel einer gemeinsamen Spitalregion 191
11.5.1 Revision des Spitalgesetzes: Stimmungstest für Lunis im Nidwaldner Kantonsrat 192
11.5.2 Breite Allianz für die Spitalregion Lunis 195
11.5.3 Kooperation als Non-Issue in Luzern 197
11.5.4 Harmonische Zusammenarbeit auf Spital- und Kantonsebene 197
11.5.5 Der Spitalverbund wird aufgegleist 198
11.5.6 Reizthema Aktiengesellschaft – Luzern debattiert über die Rechtsformänderung des LUKS 201
11.5.7 Nidwalden will sein Kantonsspital absichern – Einigkeit so weit das Auge reicht 203
11.6 Diskussion 206
11.6.1 Handlungsspielraum in den verschiedenen Akteurskonstellationen 208
11.6.2 Unterschiedliches Framing – unterschiedliche Chancenbewertung 210
11.6.3 Viele Steinchen ergeben ein Mosaik 213

IV. Schlussfolgerungen 213

12 Schlussbetrachtungen und Ausblick 218
12.1 Kooperation trotz widersprüchlicher Anreize 219
12.2 Kooperationsbeziehungen zeigen keinen Kompensationseffekt 220
12.3 Politics – Konstellationen und Strategien im Kooperationsprozess 223
12.4 Ein politikfeldspezifischer Ausblick 224

Literaturverzeichnis 229

Anhang 251

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Kooperationsstufenmodell bei Politikproblemen mit Abstimmungsbedarf	14
Abbildung 2	Akteurzentrierter Institutionalismus	18
Abbildung 3	Zeitliche Entwicklung des KVG bis Inkrafttreten der Teilrevision 2007	30
Abbildung 4	Die Akteure der stationären Versorgung und ihr Umfeld	40
Abbildung 5	Interkantonale Kooperationssituation in der Spitalplanung	42
Abbildung 6	Studiendesign	74
Abbildung 7	Stufenabhängige Kooperationsindices	85
Abbildung 8	Kantonale Kooperationsaktivitäten	100
Abbildung 9	Verteilung der Kooperationsbeziehungen auf den drei Stufen	102
Abbildung 10	Räumliche Verteilung von Kooperationen	103
Abbildung 11	Räumliche Verteilung von Informationsaustausch	105
Abbildung 12	Räumliche Verteilung von Koordination	106
Abbildung 13	Räumliche Verteilung von Kollaboration	107
Abbildung 14	Kooperationen nach Bevölkerung	109
Abbildung 15	Informationsaustausch im Verhältnis zur Bevölkerung	110
Abbildung 16	Koordination im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung	110
Abbildung 17	Kollaboration im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung	111
Abbildung 18	Verteilung von Engagement und Aktivitäten auf die Kooperationsstufen	113
Abbildung 19	Häufigkeit des Engagements und der Kooperationen insgesamt nach Kooperationsstufe	114
Abbildung 20	Netzwerkkonfigurationen mit drei Knoten	124
Abbildung 21	Transitive Beziehungen in ungerichteten Netzwerken	125
Abbildung 22	Netzwerke der interkantonalen Kooperationsbeziehungen vor und nach der linearen Transformation	126
Abbildung 23	Netzwerk der Kooperationsbeziehungen grösser als 7	128
Abbildung 24	Netzwerk der Informationsaustausch-Beziehungen grösser als 1	128
Abbildung 25	Netzwerk der fortgeschrittenen Kooperationsbeziehungen grösser als 6	129
Abbildung 26	Zeitstrahl der interkantonalen Zusammenarbeit	175
Abbildung 27	Prämienentwicklung 1996-2017	178
Abbildung 28	Öffentliche Ausgaben der Kantone pro Kopf 1996-2017	178

Abbildung 29 Zeittafel der zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in den Kantonen Luzern, Nidwalden und Obwalden 179
Abbildung 30 Zeitplan Fusionsprojekt Lunis 199
Abbildung 31 Organisationsform nach allen Gesetzesreformen 200
Abbildung 32 Wirkungsmodell der Kooperationsprozesse 207

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Definition der Kooperationsformen 12
Tabelle 2 Interaktionsformen und institutioneller Kontext 19
Tabelle 3 Kompetenz- und Rollenverteilung in der Gesundheitspolitik 24
Tabelle 4 Governance-Strukturen der kantonalen Spitäler in der Schweiz 37
Tabelle 5 Akutsomatische Spitäler nach Trägerschaft (2007) 38
Tabelle 6 Politische Grundsituationen des Vollzugsföderalismus 52
Tabelle 7 Unterschiede in Analyseeinheit und Erkenntnisinteresse in den Teilen 75
Tabelle 8 Interviewübersicht nach Art der Gesprächspartner 81
Tabelle 9 Hypothesen und ihre Operationalisierung 92
Tabelle 10 Interkantonale Vereinbarungen nach Regelungsbereich Stand 2006 95
Tabelle 11 Kooperationsarten (2009-2018) 98
Tabelle 12 Summe der Kooperationsarten 99
Tabelle 13 Kooperationshäufigkeit nach Kanton 101
Tabelle 14 Variablenübersicht 130
Tabelle 15 Resultate für die verschiedenen Kooperationsstufen 133
Tabelle 16 Übersicht über die Ergebnisse 138
Tabelle 17 Ausgewählte Kennzahlen zu Luzern, Nidwalden, Obwalden und der Schweiz 177
Tabelle 18 Kennzahlen der Kantonsspitäler im Jahr 2009 180

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
Fn.	Fussnote
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
GP	Grüne Partei
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 (intergouvernmental arrangements)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
JU	Kanton Jura
JUG	Joined-up-government
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
KSNW	Kantonsspital NW
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
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
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

I. Einleitung und Problemstellung

1 Einleitung

Das übergeordnete Thema dieser Arbeit ist die Zusammenarbeit von Gliedstaaten in föderalen Systemen. Formen von Horizontalföderalismus gibt es in allen föderalen Systemen (Behnke und Mueller 2017: 508). Die Gründe für horizontale Zusammenarbeitsbeziehungen sind vielfältig. So ist es für Gliedstaaten teilweise günstiger, zusammen Dienstleistungen anzubieten und damit Skaleneffekte zu nutzen. Manchmal entsprechen funktionale Räume nicht den administrativen Räumen oder es bestehen andere Interdependenzen. In der Schweiz überschreiten die Menschen im Alltag dauernd Gemeinde- und Kantonsgrenzen, 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 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.

Verglichen mit den vertikalen Beziehungen in föderalen Systemen ist die horizontale Zusammenarbeit weiterhin weniger erforscht (Bowman 2004: 535; Gerken und Holtzblatt 2014: 60). In jüngerer Zeit werden allerdings vermehrt Arbeiten zu *intergovernmental relations* (Benz 2009; Bolleyer 2006a, 2006b; Bolleyer und Börzel 2010; Bowman 2004; Johns, O'Reilly und Inwood 2007, Poirier, Saunders und Kincaid 2015a, 2015b), *intergovernmental councils* (Behnke und Mueller 2017; Bowman 2017; Schnabel und Mueller 2017) und *intergovernmental cooperation* (Bochsler 2008, 2009; Bolleyer 2009; Füglister 2012) publiziert. Die vorliegende Arbeit bewegt sich im Forschungsfeld des Horizontalföderalismus. Sie trägt zur Debatte über *intergovernmental relations* (IGR) im Sinn von horizontaler Zusammenarbeit innerhalb eines Staates bei. Wie der englischsprachige Begriff nahelegt, geht es dabei um die Zusammenarbeitsbeziehungen von gliedstaatlichen Regierungen und ihnen zugehörigen Administrationen. In der Literatur liegt der Fokus auf intergouvernementalen institutionalisierten Vereinigungen (Schnabel und Mueller 2017) – in der Schweiz sind dies bspw. die kantonalen Direktorenkonferenzen – oder es werden Verträge und Vereinbarungen untersucht (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. Das 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 kaum empirisch untersucht. Die vorliegende Arbeit nimmt sich dieser Lücke an.

Die Forschungsfrage dieser Studie lautet: *Was beeinflusst die Kooperation zwischen Gliedstaaten auf den verschiedenen Kooperationsstufen und wie kommt sie zustande?* Ich untersuche sie am Beispiel des archetypischen Föderalstaats Schweiz (Elazar 1993: 190), dem grundsätzlich gute Voraussetzungen für horizontale intergouvernementale Beziehungen attestiert werden (Bolleyer 2006b, 2009). Besonders interessant ist es, diese Frage an einem politisch umstrittenen Politikfeld zu erforschen. Die kantonale Aufgabe der Spitalversorgungsplanung ist so ein Bereich. Einerseits sind die Kantone seit 2009 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 Regionalspitälern zwecks wohnortsnaher Versorgung in abgelegenen, ländlichen Regionen. Regionalspitäler sind zudem als Arbeitgeber und für eine Reihe von Zulieferbetrieben typischerweise 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 Akutsomatik eine Art *least-likely-case* (Blatter 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.

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. Meine Datenerhebung erlaubt einen umfassenden Überblick über die Kooperationslandschaft der Kantone im Bereich der stationären akutsomatischen Versorgung nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (in Kraft seit 2012) und der Koordinationspflicht (in Kraft seit 2009).

Die Studie analysiert die Frage nach der interkantonalen Kooperation und den stufenabhängigen Unterschieden mit zwei verschiedenen Herangehensweisen im Rahmen eines *multi-method design*. Der eine Zugang zu den Daten ist ein varianzorientierter Ansatz (Sektion II). Es werden Hypothesen aus der Föderalismusliteratur diskutiert und einem quantitativen Hypothesentest unterzogen. Dabei werden zuerst die Kooperationsdaten in einem Mapping präsentiert, das sowohl auf quantifizierten Kooperationsdaten als auch auf Expertenaussagen beruht. Anschliessend wird mit Hilfe einer Netzwerkanalyse die Stärke der Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Kantonen untersucht. Die zweite Herangehensweise an das Thema verfolgt einen historisch-institutionalistischen Ansatz, der die querschnittsorientierten Ergebnisse um eine prozessuale Perspektive erweitert und kausale Erklärungen anstrebt (Sektion III). Anhand von zwei zeitlich nachgelagerten Fällen wird der Prozess nachgezeichnet, wieso die Spitalkooperation zwischen Nidwalden und Obwalden scheiterte und wie dies danach zur gelungenen Kooperation zwischen den Kantonen Luzern und Nidwalden führte und was die Motive der Akteure[1] sind. Das Process-Tracing der beiden Fälle erlaubt es, in einem diachronen Vergleich mögliche Erklärungen zu bewerten und die Ergebnisse des quantitativen Vergleichs zu perspektivieren.

Der erste Beitrag der vorliegenden Arbeit ist, dass sie ein breites Kooperationsverständnis propagiert und empirisch umsetzt. Nebst den formellen Arten der intergouvernementalen Beziehungen besteht ein Geflecht an vielfältigen gelebten und informellen Zusammenarbeitsbeziehungen, denen eine beachtliche Bedeutung zukommt (Johns, O'Reilly und Inwood 2007; Opeskin 2001: 131f.; Pfisterer 2015: 379; Poirier und Saunders 2015a: 8). Dazu gehören beispielsweise Projekte, Arbeitsgruppen, (ad hoc) Austausch und anderes. Um die festgestellte Diskrepanz zwischen dem theoretisch angenommenen erhöhten Kooperationsbedarf von kleineren Gliedstaaten und deren geringeren Kooperationsaktivitäten näher zu ergründen, müssen diese in Analysen des Kooperationsverhaltens von Gliedstaaten mit einfliessen.

Der zweite Beitrag ist die Konzeptionalisierung von Kooperation als einem mehrstufigen Phänomen. In der Literatur wird eine Vielzahl verschiedener Begriffe für Zu-

[1] An dieser Stelle möchte ich eine Anmerkung über meine Praxis hinsichtlich gendergerechter Sprache anbringen. Die unterschiedlichen Richtlinien zum inkludierenden und gendergerechten Sprachgebrauch sind teils sehr umfassend und tragen nicht immer zu einer besseren Verständlichkeit bei. Mit der festen Absicht, alle Menschen einzuschliessen und niemanden ausschliessen zu wollen, verwende ich in dieser Arbeit konsequent die ausgeschriebene Doppelform (Politikerinnen und Politiker), wenn es sich um Menschen handelt. Handelt es sich hingegen um Organisationen, Firmen, politische Einheiten (Kantone) oder andere Formen abstrakter oder kollektiver Akteure, verwende ich das generische Maskulinum. Im Fall von Komposita (Experteninterviews, Patientenströme, Fussgängerstreifen) verwende ich ebenfalls das generische Maskulinum, da wiederum nicht Menschen gemeint sind.

sammenarbeitsbeziehungen zwischen Gliedstaaten verwendet, ohne dass die Bedeutungsunterschiede immer klar wären. 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 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.[2]

Der dritte Beitrag ist ein empirischer und politikfeldspezifischer. Während Einflüsse der neuen Spitalfinanzierung bspw. auf die Entwicklung der Patientenströme bereits untersucht wurden (Huber 2015), ermöglicht die Erhebung im Rahmen dieser Arbeit nun ein nuanciertes Bild von den Kooperationsbeziehungen zwischen den Kantonen seit Inkrafttreten der Koordinationspflicht und deren Motivationen und Herausforderungen.

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Das nachfolgende Kapitel präsentiert die Problemstellung zuerst konzeptionell, indem Kooperation als ein dreistufiges Phänomen unterschiedlicher Intensität konzeptionalisiert 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 der Arbeit in drei übergeordnete Sektionen aufgeteilt und trägt in der Struktur dem Multi-Method-Design Rechnung. Der dazugehörige Forschungsstand und die Methode werden jeweils in den einzelnen Sektionen behandelt. Sektion II nähert sich dem Untersuchungsgegenstand in einer varianz- und querschnittorientierten Weise. Sektion III verfolgt eine historisch-institutionalistische, prozessorientierte Herangehensweise. Sektion IV schliesst mit einer Konklusion ab.

[2] 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 6.6 zur Bedeutung der Kooperationsstufe.

2 Problemstellung

Das Thema interkantonale Zusammenarbeit im Spitalbereich dient in dieser Arbeit 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. Der Fokus der Arbeit liegt dabei auf der horizontalen Kooperation als Instrument zur Bewältigung politischer Koordinationsprobleme, wenn die Steuerungsfähigkeit von oben eingeschränkt ist, wie dies im Schweizer System für die Spitalversorgung der Fall ist. Dies ist eine verbreitete Problematik beim Politikvollzug in Mehrebenensystemen, wobei der Fokus auf der Kooperation und weniger auf dem Vollzug liegt. Hierbei argumentiere ich, dass Kooperation ein Phänomen mit mehreren, unterschiedlich weit gehenden Stufen ist. Um zu verstehen, warum einige Kantone mehr oder weniger kooperieren als andere, muss auch dieser Aspekt der unterschiedlichen Kooperationsebenen berücksichtigt werden. Dazu wird in einem ersten Teil das zu erklärende Phänomen, also der Untersuchungsgegenstand, definiert und theoretisch hergeleitet. Dazu entwickle ich ein Begriffskonzept für (interkantonale) Kooperation, das sich auf diverse Forschungsarbeiten stützt. Es geht darum zu klären, was genau unter interkantonaler 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 werden die Problemlage und Akteurskonstellation mit Hilfe von Scharpfs Kategorien aus dem akteurzentrierten Institutionalismus analysiert. Anhand dieses stärker Rational-Choice-orientierten Ansatzes wird demonstriert, was die widersprüchlichen Interessen von einzelnen Akteuren sind, wenn sie sich für oder gegen eine weitergehende Kooperation im Spitalbereich entscheiden müssen.

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 zur empirischen Umsetzung der Messung des zu erklärenden Phänomens finden sich in den Kapiteln 5.2 Datenerhebung und 5.2.1 Indexbildung.

Kooperation ist keine Ausnahmeerscheinung. 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 umfasst. Kooperation zwischen Gliedstaaten ist auch deshalb eine plausible Verhaltensweise, weil „states often share common problems or wish to pursue a common agenda and, therefore, build alliances and networks with other states" (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 etc.), 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, bspw. 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 selbstständig Politiken zu harmonisieren, um damit einer Zentralisierung vorzubeugen (Bolleyer 2006b: 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 bspw. 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; Füglister 2012) oder *horizontal cooperation* bzw. *horizontal cooperative federalism* (Benz 2009; Fischer, Sciarini und Traber 2010; Gress 1996) verwendet. Und neben Kooperation, Interaktionen und Beziehungen wird auch von Koordination gesprochen, bspw. von *horizontal coordination* als Zweck intergouvernementaler Organisationen (Schnabel und Mueller 2017). Die Begriffsvielfalt ist beachtlich. Wenngleich es gewisse Bedeutungsunterschiede gibt (Zusammenarbeit vs. Beziehungen vs. 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 z. T. 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 der Arbeit 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 dieser Arbeit allerdings als eine Form von Kooperation unter mehreren verstanden.

2.1.1 Koordination und Co. – Verschiedene Definitionen aus der Literatur

Während einige 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):

> Self-coordination denotes a non-hierarchical process of (one-sided or mutual) adjustment of activities in one jurisdiction to activities in another jurisdiction which cannot be imposed by one government on the other. While cooperation presupposes the direct, mutual interaction of governments and presupposes coordination, the latter can also result from unilateral adaptation and emulation.

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: „Self-coordination is non-hierarchical and in federal systems primarily occurs in areas of competence in which lower-level governments have the guaranteed right to decide autonomously. By definition, their engagement in such coordination cannot be centrally or otherwise imposed." 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.[3] 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 ganz 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 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 Autoren klare Gegenseitigkeit. So lässt Webb (1995: 11) erst als Koordination gelten, wenn Akteure ihre Handlungen als Resultat von Verhandlungen gegenseitig anpassen. Er definiert sie als „negotiated mutual adjustment that causes states to pursue different policies than that they would have chosen had policy-making been unilateral" (Webb 1995: 11). Sein *Koordinations*verständnis entspricht wiederum recht gut dem, was Bolleyer (2013) in obigem Zitat als *Kooperation* bezeichnet. Damit wird deutlich, dass es

[3] In der Umsetzungsverordnung wird lediglich spezifiziert, dass die Kantone insbesondere die Patientenströme auswerten und die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen austauschen müssen (BAG 2016).

verschiedene Auffassungen von Koordination gibt, die bspw. der Gegenseitigkeit unterschiedliches Gewicht beimessen. Für die vorliegende Studie ist Bolleyers Koordinationsverständnis insofern relevant, als einige Interviewpartner zum Ausdruck brachten, dass sie sich zwar gegenseitig informierten und sich auch über Prozesse und Vorgehensweisen austauschten, letztlich aber jeder Kanton selbständig und hoheitlich entscheide (Interview TO12). Gleichzeitig ist es bei dem rege stattfindenden Informationsaustausch nur bedingt vorstellbar, dass es sich bei den kantonalen Entscheidungen um vollkommen „self-contained individual decisions" (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 wird eine genauere Abgrenzung im Rahmen des Kooperationsstufenmodells vorgenommen.

Während sich einige 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 bspw. 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 Lö-

sungen 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.).

2.1.2 Definition der verschiedenen Kooperationsstufen – ein Begriffskonzept

Die vorherige Begrifssdiskussion verdeutlicht erneut, 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, Graf und Trampusch (2019) verwende ich Kooperation als Überbegriff für verschiedene Arten der Zusammenarbeit.[4] 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. Fn. 1). So kann ein Informationsaustausch (tiefste Kooperationsstufe) auf ministerieller Ebene formalisiert sein, während informelle und formlose Kontakte auf Fachebene zu koordinierten Lösungen führen können.[5] Auf die interkantonale Zusammenarbeit bezogen, lassen sich die drei Kooperationsstufen wie folgt definieren (vgl. Tabelle 1):

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.

---

[4] Dies widerspricht zwar etwas dem alltäglichen Sprachverständnis von Kooperation als Zusammenarbeit zwischen zwei oder mehr 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 bspw. auch ein Informationsaustausch üblicherweise als kooperatives Verhalten bewertet.

[5] 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 kantonale und teils Bundes-Verantwortliche in zahllosen formellen und informelle Gremien austauschen (siehe auch Balthasar 2003).

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 kann Kanton A den Leistungsauftrag aufgrund der zu tiefen Fallzahlen streichen und stattdessen das Spital aus Kanton B beauftragen. Beides entspricht Bolleyers (2013) Definition 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 Spitallisten 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 Patienten aus Kanton A liessen sich dann für orthopädische Eingriffe im nahe gelegenen Spital aus Kanton B behandeln, die 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 interkantonales Spital, wie bspw. das interkantonale ‚Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais'.

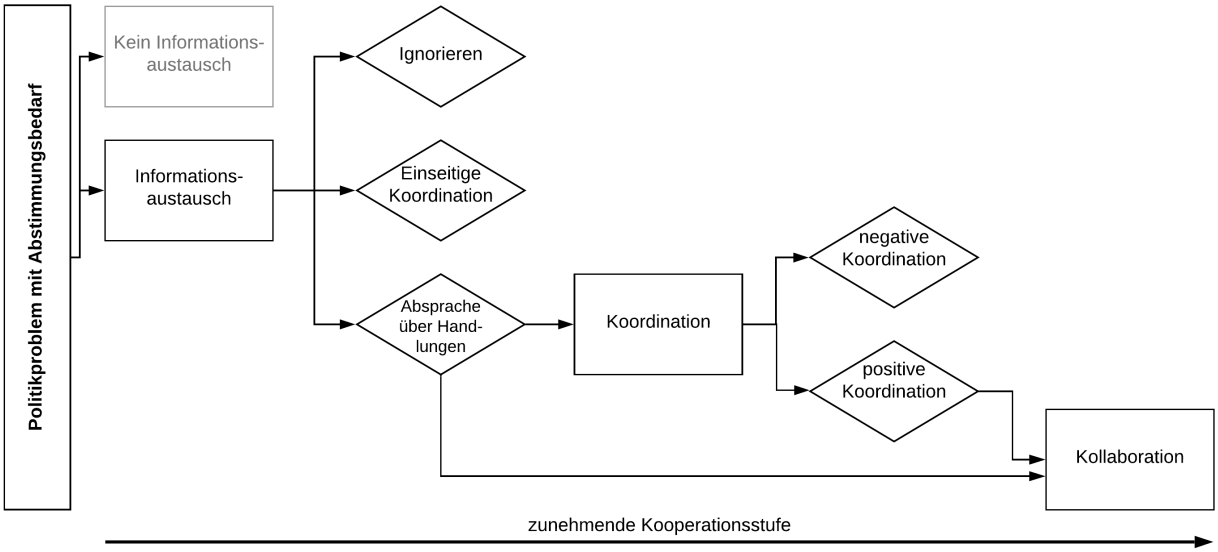
Tabelle 1 Definition der Kooperationsformen

Kooperationsstufe	Definition	Beispiel
Informationsaustausch	Min. 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

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 auszublenden, 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 1) eindeutig Koordination. Als Kollaboration gelten bspw. 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. Die nachfolgende Abbildung 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 1 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.

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 relativ klein. Im Zusammenhang mit der Spital-

planung 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 leiten insbesondere die Messung der interkantonalen Kooperation im Rahmen der Datenerhebung (Kapitel 5.2) und die Ausführungen zur Kooperationslandschaft in Kapitel 6.

2.1.3 Akteurskonstellationen in Kooperations- und Entscheidungssituationen

Für das Zusammenspiel der Akteure bietet der von Scharpf und Mayntz entwickelte akteurzentrierte Institutionalismus (AZI) einen geeigneten Analyserahmen. Er wurde dazu entwickelt, um zu verstehen, wie verschiedene kollektive Akteure zusammenwirken, wenn sie unter bestimmten institutionellen Bedingungen nach verbindlichen Lösungen suchen (Treib 2015), nota bene im Kontext des deutschen Föderalismus und der Politikprozesse im Zusammenspiel von Bund und Ländern, weshalb die Anwendung auf die Schweiz besonders lohnenswert scheint. Beim AZI handelt es sich nicht um eine Theorie, sondern um einen Analyserahmen bzw. eine „Heuristik zur Rekonstruktion wichtiger Entscheidungssituationen“ (Treib 2015: 399), die sich nicht als Theorie eignet, um quantitativ überprüfbare Hypothesen abzuleiten. Scharpf selbst befürwortet die Verwendung von Rational Choice und Spieltheorie, um Hypothesen aufzustellen und empirische Studien zu strukturieren. Gleichzeitig anerkennt er aber, dass die reale Welt vielschichtiger ist und es für die Verbindung der einzelnen Spielsituationen Narrative braucht (Scharpf 1997: 32; Thelen 1999: 380f.). Ganz in diesem Sinn wird der AZI in dieser Studie verwendet, 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 Entscheidqualität zu richten.

Der Ansatz verbindet zwei gegensätzliche Schulen, nämlich das Paradigma rationaler Akteure und das Paradigma einer sozial konstruierten Realität (Scharpf 1997: 20ff.). Erst die Verbindung von rationalen Akteuren mit dem konkreten institutionellen Umfeld, das die Handlungsmöglichkeiten strukturiert und einschränkt, erlaubt Rück-

schlüsse auf die tatsächlichen Absichten (Scharpf 1997: 21f.). Scharpf (1997: 19) anerkennt, dass die Akteure keine reinen homines oeconomici sind. Unter anderem sind sie normgeleitet und handeln unter begrenzter Rationalität. Er geht von intentionalen Akteuren aus, die unterschiedliche (Handlungs-)Fähigkeiten, Wahrnehmungen und Präferenzen haben. Diese sind massgeblich vom institutionellen Kontext ihrer Organisation geprägt (Treib 2015: 280f.).

Eine Leistung des AZI ist die Verknüpfung von Interaktionsformen mit dem institutionellen Rahmen. 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.

Mit Verhandlungen bzw. koordinierten Lösungen können Wohlfahrtseinbussen vermieden werden, die bei einseitigem Handeln fast zwangsläufig auftreten (Scharpf 2000: 197). Laut Coase-Theorem sind in freiwilligen Verhandlungen sogar Wohlfahrtsgewinne möglich. Das setzt 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 Verhandlungsteilnehmer mit einer Reihe von Problemen konfrontiert, bevor sie überhaupt Ergebnisse erreichen können, die dem Coase-Theorem entsprechen. Einerseits müssen sie Vereinbarungen erst aushandeln, andererseits müssen sie sicherstellen, dass die Verhandlungsergebnisse tatsächlich umgesetzt werden (Scharpf 2000: 199).[6] Um für das Problem eine Einigung zu erzielen, stehen folgende vier Interaktionsmodi zur Verfügung und werden an dieser Stelle gemäss Treibs (2015: 288–291) konziser Zusammenfassung wiedergegeben:

(1) Einseitiges Handeln. Die beteiligten Akteure können grundsätzlich je ihre egoistischen Entscheidungen umsetzen, ohne die Interessen der anderen Teilnehmer 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 Verhandlungs-

[6] 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 (bspw. reduziert nur eine Seite ihre Umweltemissionen, 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: 199ff.).

situation die Form eines Assurance-Spiels, Battle of the Sexes oder sogar Gefangenendilemmas annimmt. 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 Verhandlungsdilemma[7] zu entschärfen.

(3) *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 u. U. Schwierigkeiten verursachen (Scharpf 2000: 199-201).

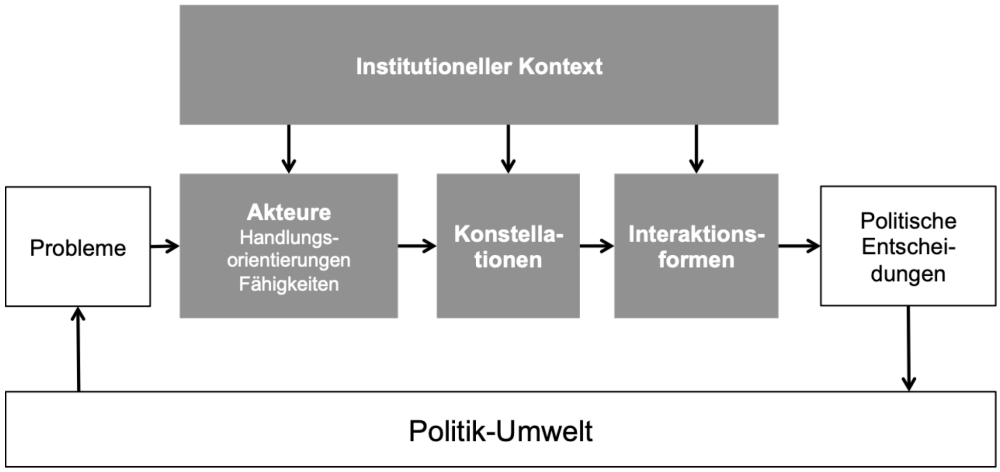
(4) *Hierarchische Steuerung*. Ihre institutionellen Anforderungen sind am höchsten. Einseitige Entscheidungen müssen von allen akzeptiert werden (Legitimation) und notfalls mit Zwang durchgesetzt werden können (staatliche Herrschaftsgewalt). Grundsätzlich ist die hierarchische Steuerung auch in sehr konfliktiven Situationen zu verteilungsgerechten Lösungen fähig, sofern die staatlichen Akteure gemeinwohlorientiert handeln und Verteilungsgerechtigkeit anstreben.

Als eine Art fünfte Interaktionsform kann das ‚Verhandeln im Schatten der Hierarchie' bezeichnet werden (ausführlich dazu Börzel 2008). Der AZI bezeichnet damit 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: 290f.).

Scharpf selbst skizziert den AZI wie folgt:

[7] 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)?

Abbildung 2 Akteurzentrierter Institutionalismus



Anmerkung. Quelle: Scharpf 2000: 85.

Der *institutionelle Kontext* meint einerseits den internen, organisationalen Kontext eines Akteurs. Bei kollektiven Akteuren sind dies bspw. die organisationsinternen Institutionen wie Willensbildungsprozesse, Wahl- und Entscheidungsregeln. Sie bilden den institutionellen Kontext, der die Akteure, ihre Handlungsorientierungen und Fähigkeiten mit prägt (Treib 2015: 281). Andererseits ist damit der organisationsexterne Kontext gemeint, der die Akteurskonstellationen sowie die Interaktionsformen beeinflusst. Es können kollektive oder individuelle *Akteure* auftreten, z. B. 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 sie, im Sinn von ‚welche Strategien können sie verfolgen'? Und wie schätzen sie die Erreichbarkeit möglicher Ergebnisse ein, im Sinn einer Gewinnausschüttung? Allgemeiner und weniger spieltheoretisch ausgedrückt geht es darum, das Konfliktniveau zu erfassen und zu eruieren, wie kompatibel die jeweiligen Strategien und präferierten Ergebnisse sind. Die *Interaktionsformen* wurden bereits vorgestellt. Den institutionellen Kontext bezogen auf die Interaktionsformen reduziert Scharpf (2000: 91) auf die vier Situationen (1) anarchische Felder und minimale Institutionen, (2) Netzwerke, Regime und Zwangsverhandlungssysteme, (3) Verbände und repräsentative Versammlungen und (4) hierarchische Organisationen und der Staat. Diese erachtet er als Vorbedingung für verschiedene Interaktionsformen. 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 (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 Interaktionsformen und institutioneller Kontext

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

Anmerkung. Eigene Darstellung nach Scharpf (2000: 91).

Bezogen auf die drei Kooperationsstufen sehen wir im Spitalbereich diverse Interaktionsformen. Einseitiges Handeln finden wir v. a. 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 Gesundheitspolitiken ist formell ein Verband, der mit einfacher Mehrheit entscheidet. In Bezug auf die interkantonale horizontale Kooperation im Spitalbereich hat die GDK 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 bzgl. der 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).

In der Spitalplanung der Kantone geht es v. a. um die horizontale Kooperation im institutionellen Setting des Schweizer Föderalismus. Es stellt sich beispielsweise 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.[8]

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 durchaus 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 4 weitere Literatur hinzugezogen, die sich mit anderen Determinanten von Kooperation beschäftigt.

2.2 Die Spitalplanung und ihr Kontext

Zum Schweizer Gesundheitssystem, dem Krankenversicherungsgesetz, den Gesundheitskosten usw. gibt es zahlreiche wissenschaftliche Studien oder Evaluationsberichte (z. B. Rüefli et al. 2005; Sager, Rüefli und Mandioni 2001). Verschiedene gesundheitsökonomische Studien setzen sich mit dem Schweizer Gesundheitssystem, den Gesundheitsausgaben und weiteren Aspekten des Spitalwesens auseinander. Der Gesundheitsökonom Luca Crivelli beschäftigt sich zusammen mit verschiedenen Autoren bspw. mit dem Einfluss von Föderalismus auf die regional unterschiedlichen Gesund-

[8] Hinweise darauf liefert die Expertenempfehlung, dass die Spitalversorgungsplanung regional erfolgen müsse (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 2020).

heitskosten (Crivelli, Filippini und Mosca 2006), auf Effizienz, Gerechtigkeit und Kostendämmung (Crivelli und Salari 2014) bzw. Finanzierungsgerechtigkeit und gleichen Zugang (Crivelli et al. 2007).[9] Doch auch politikwissenschaftliche Studien haben sich mit den kantonalen Gesundheitskosten auseinandergesetzt (Vatter und Rüefli 2003). Wiederum eine andere Kategorie von Arbeiten beschäftigt sich vor allem mit der empirischen Beschreibung interkantonaler Patientenströme und deren Ursachen (Huber 2015; Pellegrini und Luyet 2012).

Die Dissertation „Kantonale Spitalplanungen und Spitallisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen“ von Ortrud Biersack (2005) analysiert, ob die mit dem KVG von 1996 eingeführten Instrumente Spitalplanung und Spitalliste tatsächlich zum Ziel bzgl. Abbau von Überversorgung im Spitalsektor und Kosteneindämmung führen. Sie stellt der staatlichen Planung ein ziemlich schlechtes Zeugnis aus. Die Mischung aus einem planwirtschaftlichen und marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem macht sowohl staatliche Eingriffe als auch die Regulierung durch den freien Markt schwierig. In ihrem Fazit spricht sich Biersack für ein möglichst marktwirtschaftliches Modell aus. Sie folgert, die Kantone seien durch Rollenkonflikte als Regulatoren, Spitalbetreiber sowie Planungs- und Schlichtungsinstanz nur bedingt an einer funktionierenden interkantonalen Zusammenarbeit, an einer restriktiven Bedarfsermittlung sowie an einem reellen Kapazitätenabbau interessiert (Biersack 2005: 201ff.).

Die Dissertation liefert insbesondere in den empirischen Kapiteln einen ausgezeichneten Überblick über die Spitalplanungen und die verschiedenen Verfahren, welche die Kantone Stand 2005, also vor der KVG-Reform von 2007, anwenden. Ihr kursorischer Überblick über die interkantonale Zusammenarbeit erfolgt im Hinblick auf das Ziel der Kapazitätskontrolle bzw. Beschränkung des Überangebots. Die Kantone nehmen hier aber oft eher die Rolle von Interessenvertretern ‚ihrer‘ Spitäler wahr und sorgen für Freizügigkeitsabkommen in Grenzregionen, anstatt weitergehende restriktive Kapazitätsabsprachen zu treffen (Biersack 2005: 90). Mit der KVG-Reform von 2007 und der 2012 neu eingeführten Spitalfinanzierung hat sich die Ausgangslage seither klar verändert, zudem liegt der analytische Fokus auf Arten der interkantonalen Zusammenarbeit.

Um nun die *interkantonale Zusammenarbeit* in der Spitalplanung und -versorgung zu verstehen, ist es wichtig, den weiteren Kontext in den Grundzügen zu kennen. Wie

[9] Anders als der Titel "Federalism versus social citizenship: investigating the preference for equity in health care“ vermuten lässt, wird im Artikel v. a. der Einfluss von Faktoren wie Einkommen, Durchschnittsalter der Bevölkerung, Sterberaten, Bevölkerungs-, Spitalbetten- und Ärztedichte sowie direkte Demokratie auf die Gesundheitsausgaben und -finanzierung untersucht. Welche Rolle der Föderalismus dabei spielt, wird streng genommen nicht untersucht. Vielmehr wird er als Voraussetzung für interkantonale Unterschiede aufgefasst.

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.[10] 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 Kleinräumigkeit 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 besonderen Mix aus wettbewerblichen und planwirtschaftlichen Elementen aufweist. Auf diesen Grundlagen aufbauend stellt Kapitel 2.3 die Komplexität der Kooperationssituation mit Hilfe des akteurzentrierten Institutionalismus dar.

2.2.1 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 „health insurance model that has atypical characteristics and lies somewhere between private and social insurance" mit starker Dezentralisierung als zweiter Säule. 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

[10] Einen detaillierten Überblick über die Akteure und verschiedenen Facetten des Gesundheitssystems bietet das regelmässig überarbeitete Buch „Gesundheitswesen Schweiz" (Kocher und Oggier 2010; Oggier 2015a).

mit vielen kleinen, über das ganze Land verteilten Spitälern. Gemäss PWC (2017: 8) fallen die Schweizer Spitalstandorte in der Akutsomatik 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 Akutsomatik 163 Betriebe an 235 Standorten (PWC 2017: 8). Die obligatorische Krankenversicherung übernehmen private Krankenversicherungsanbieter in einem System des regulierten Wettbewerbs (OECD und WHO 2011; Rüefli 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. [11]

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 einkommensunabhängige 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 des Patienten hinausgehen (siehe Fn. 11). 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 bzw. der Patientin zusätzlich zur Franchise (ambulant und stationär zusammengenommen) ist gesetzlich plafoniert auf aktuell 700 Schweizerfranken für Erwachsene und 350 Schweizerfranken für Kinder (Art. 103 KVV).

[11] 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 selber. 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 2'500 CHF. Bei Behandlungen, die die Franchise übersteigen, kommen sie für einen Selbstbehalt von typischerweise 10 % auf. Zahnärztliche Leistungen deckt die OKP nicht.

2.2.2 Kompetenzverteilung

Die kleinräumige Struktur des Schweizer Gesundheitswesens ist stark durch den Föderalismus geprägt (Kocher 2010: 133f.; OECD und WHO 2011: 12). Tabelle 3 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 v. a. 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 3 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 etc. – 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

Anmerkung. Nach Rüefli et al. (2015: 118ff.), Aufzählung zu Bund und Kantonen wörtlich übernommen.

Diese Übersicht (vgl. Tabelle 3) verdeutlicht, dass Bund und Kantone in vielen Bereichen sich überschneidende Aufgaben haben. 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 Gegentand [sic] kantonaler 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 (ibid.).

Insgesamt sind die Zuständigkeiten im Schweizer Gesundheitswesen stark zwischen den drei Ebenen verflochten. Die kantonalen Kompetenzen sind sehr umfassend, 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 etc., 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 Medizin[12]
- medizinische Grundversorgung: neue Versorgungsmodelle, Notfalldienst, Praxisassistenz
- 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, bspw. 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 2009 nahmen die KVG-Änderungen aus der Revision zur Spitalfinanzierung von 2007 auf. Eine totalrevidierte Fassung erschien 2018 (GDK 2018), um die ersten Erfahrungen und Gerichtsurteile zu berücksichtigen. Damit zeichnet sich bereits an dieser Stelle ab, dass die GDK mit ihrer Arbeit einen Beitrag zur Harmonisierung des Spitalplanungsvorgehens in den Kantonen leistet.

Nichtstaatliche Akteure spielen im schweizerischen, liberal geprägten, Gesundheitssystem eine ausnehmend wichtige Rolle (Achtermann und Berset 2006: 38ff.), denn in

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

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: 121f.).[13] Die Spitalplanung hingegen stellt einen hoheitlichen Bereich dar, in dem private Akteure eher eine untergeordnete Rolle spielen und vor allem im Vernehmlassungsverfahren berücksichtigt werden.[14] In anderen Bereichen sind sie hingegen am Vollzug von Bundesaufgaben beteiligt, bspw. in der Finanzierung, der Tarifsetzung, der Berufsbildung oder in der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (Rüefli et al. 2015: 121). Die Krankenversicherer bspw. finanzieren das ambulante Gesundheitsangebot und 45 Prozent der stationären Gesundheitskosten. Sie verhandeln mit den Leistungserbringern (z. B. Ärztinnen, Apothekern, Chiropraktorinnen, Spitälern, Pflegeheimen etc.) 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: 430f.).

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:

> 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)* [...]

[13] 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: 395f.; LU 2005: 2f.).

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

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: 74f.; Passagen in Kursiv 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 Entscheidfindung. 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.

2.2.3 Die gesetzlichen Grundlagen der Spitalplanung seit der Reform von 2007 – eine kantonale Aufgabe

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.

Das KVG und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) geben gewisse übergeordnete Kriterien vor (Indra et al. 2015: 230). Die Planung soll bspw. periodisch überprüft (Art. 58a Abs. 2 KVV) und – wie bereits mehrfach erwähnt – zwischen den

Kantonen koordiniert werden (Art. 39 Abs. 2 KVG). Art. 58b KVV regelt verschiedene Aspekte der Versorgungsplanung, bspw. 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 Spitallisten 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.

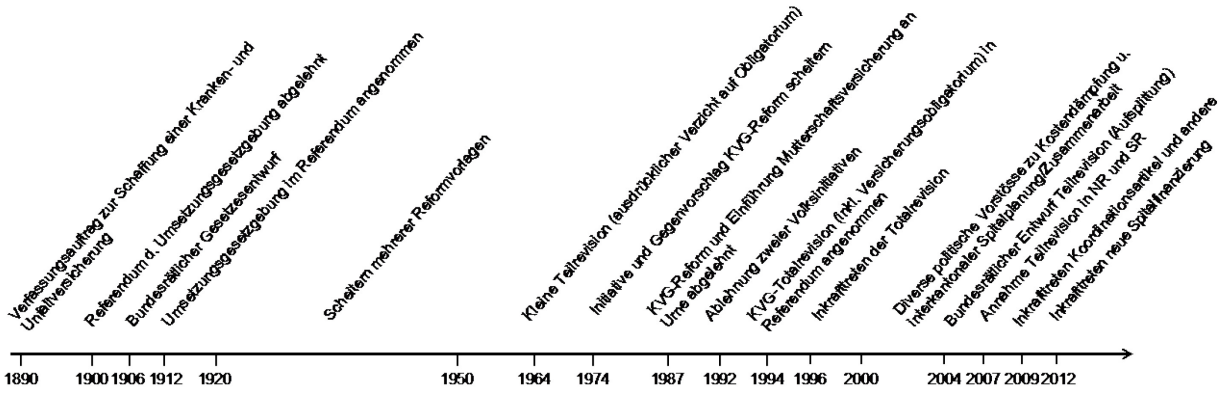
Zusammenfassend verschiebt sich mit der Gesetzesrevision von 2007 der Fokus von der Kapazität auf die Leistung. Und ab 2009 wird die Koordination unter den Kantonen verlangt. Hinzu kommt der Wechsel zu den Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung, die in Kapitel 2.2.5 ausführlicher behandelt 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 durchaus rege Gebrauch gemacht, wie eine Übersicht der GDK über die Spitalplanung betreffende Gerichtsverfahren zeigt, und zwar sowohl von Gesundheitsdienstleistern als auch von Kantonen selber.[15]

[15] Siehe https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht, zugegriffen: 8.5.2020.

2.2.4 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. Allerdings war 1995 die vollständige Abdeckung der Bevölkerung auf freiwilliger Basis beinahe erreicht.[16] 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.

Abbildung 3 Zeitliche Entwicklung des KVG bis Inkrafttreten der Teilrevision 2007



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

[16] 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 z. T. auch nicht in der Schweiz lebende Personen in der Schweiz versichert sind.

der Umsetzungsgesetzgebung überantwortet (Leimgruber 2008: 31), womit die eigentlichen Knacknüsse erst folgen. Die erste Umsetzungsvorlage sieht ein Kranken- und Unfallversicherungsobligatorium 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 liberalkonservative 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). Was nach dem ersten gescheiterten Entwurf einer Sozialversicherung nach Bismarck'schem Vorbild und nach den parlamentarischen Beratungen ab 1906 bleibt, ist „a liberal skeleton law with little state intervention" (Obinger 1998: 253). Als Resultat bleibt die Krankenversicherung freiwillig, Kantone und Gemeinden können sie aber voll oder teilweise obligatorisch erklären. Krankenkassen, die sich freiwillig der Bundesaufsicht unterstellen, erhalten Bundesbeiträge, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllen. Diese Vorlage ist in der Bundesversammlung 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 v. a. 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) wie folgt:

> After 1912, successive attempts to extend the scope of federal intervention in health insurance and to introduce universal, compulsory coverage was either prematurely aborted or resulted in minor revisions that did not challenge the architecture of the system. On all these occasions, the entrenchment of private health providers and the resistance of the medical profession proved to be insuperable obstacles for overhauling health insurance.

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 bzw. 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 848'072 klar höher ausfallen als die geschätzten doppelten Nein-Stimmen von 5-600'000. Entsprechend rasch nach der Abstimmung werden neue Reformvorstösse angekündigt und eingereicht.

Im Jahr 1987 kommt erneut eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes vor das Volk, die u. a. auch eine Einführung der Mutterschaftsversicherung bringen soll.[17]

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

Nebst der Einführung einer Mutterschaftsversicherung für erwerbs- und nichterwerbstätige Mütter sollen die Änderungen der Krankenversicherung v. a. 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 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 gespaltene 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 Japarole 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, v. a. 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 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.[18]

[18] https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20000079#/AffairSummary, zugegriffen: 20.5.2020.

Die Reformbemühungen gehen nahtlos weiter. Um ein erneutes Scheitern der Änderungen zu verhindern, trennt der Bundesrat die Vorlage in die Teile Gesamtstrategie, Risikoausgleich und Plegetarife (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.[19] Für diese Untersuchung 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[20], Postulat Wirz-von Planta 03.3042[21], Motion Meyer-Kälin 10.3449[22], Postulat Lehmann 12.3564[23]). 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 (Antwort des Bundesrates zur Motion Leuthard 02.3042[24]). Erst aufgrund dieser parlamentarischen Interventionen wird in der KVG-Revision von 2007 der Art. 39 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die

[19] 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.
[20] https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20023545, zugegriffen: 28.5.2020.
[21] https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20033042, zugegriffen: 28.5.2020.
[22] https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103449, zugegriffen: 28.5.2020.
[23] https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20123564, zugegriffen: 28.5.2020.
[24] Für die Quelle siehe Fn. 20.

Krankenversicherung (KVG) für den Spitalbereich eingefügt: „Die Kantone koordinieren ihre Planung.“ Im bundesrätlichen Entwurf hiess es noch:

> 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 2004, p. 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 (vgl. auch Kapitel 2.3.1). In diesen Beispielen zeigt sich bereits eine deutliche Pfadabhängigkeit in der Entwicklung des Schweizer Gesundheitssystems. Auf das Phänomen der Pfadabhängigkeit wird im Rahmen von Sektion 3 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 etc.) für die Spitäler und Kantone bedeuten.

2.2.5 Spitäler und ihre Finanzierung nach der KVG-Reform

2012 trat die neue Spitalfinanzierung in Kraft mit dem übergeordneten Ziel der Kostendämpfung (BBl 2004: 5555). Die Reform beinhaltete 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.[25] Die Kantone haben aber die Möglichkeit, Spitäler für die Erbringung sogenannter gemeinwirtschaftlicher Leistungen (gwL) zu entschädigen. Typischerweise sind das Beiträge für die praktische Ausbildung von Gesundheitspersonal. Das Gesetz sieht zudem die Möglichkeit von gwL aus regionalpolitischen Gründen vor. Das kann bspw. 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).[26] 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, Bienlein, Schürch und Wegmüller 2015: 395). Berger et al. (2015: 396) konstatieren weiter, dass die Verselbständigungen

[25] 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).
[26] 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.

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 4).

Tabelle 4 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

Anmerkung. 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 bspw. im Tessin die Hälfte der zwölf akutsomatischen Spitäler privat getragen war (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 Akutsomatische Spitäler nach Trägerschaft (2007)

	Privatspitäler	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 nach Krankenhausstatistik, Standardtabellen 2007 (BFS 2009a).

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 Standortkantons[27] steht, oder (c) die Behandlung aufgrund

[27] 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.

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.

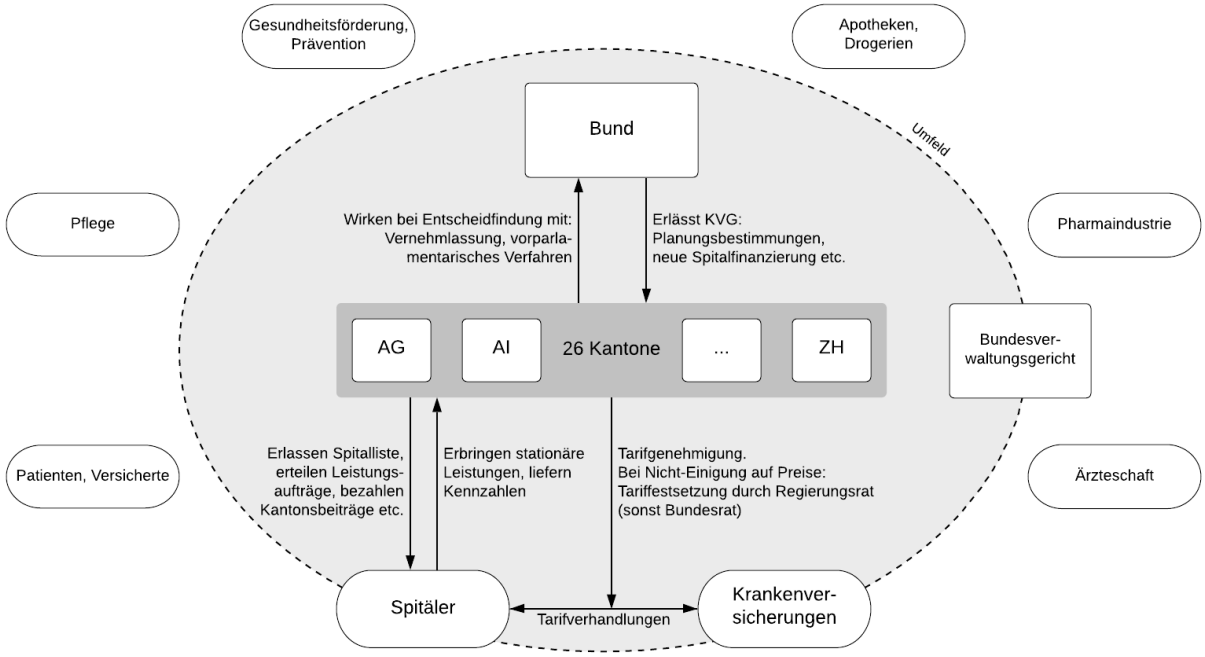
2.3 Die Kooperationssituation der Kantone im Spitalbereich

An dieser Stelle soll nun dargestellt werden, wie sich die spitalversorgungspolitische 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 (Kapitel 2.3.2). 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 4 stellt einerseits das Verhältnis von Bund und Kantonen bzgl. 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 Spitalplanung selbst ist eine

hoheitliche Aufgabe, weshalb private Akteure hierbei keine bedeutende Rolle spielen und nachfolgend weitestgehend aussen vor bleiben.[28]

Abbildung 4 Die Akteure der stationären Versorgung und ihr Umfeld



Anmerkung. Im Kreis sind die zentralen Akteure der stationären Gesundheitsversorgung abgebildet. Ovale kennzeichnen nicht-staatliche Akteure, die mehrheitlich dem Umfeld zuzurechnen sind. Quelle für die Akteure: Rüefli et al. 2015: 123.

2.3.1 Das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen in der Spitalplanung

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 Kantonsregierungen, 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 selber 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

[28] Zu erwähnen ist, dass Spitäler gelegentlich als Kläger gegen Zuteilungsentscheide auftreten und Versicherungsverbände als Mitfinanzierer bei Vernehmlassungen als Interessierte berücksichtigt werden.

über die kantonalen Anliegen orientieren (Strebel 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: 681ff.).[29] Damit ist die Situation höchstens eine abgeschwächte ‚Politikverflechtungsfalle' (Fischer, Schiarini und Traber 2010: 750f.; 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 verantwortlich und folglich werden auf Kantonsebene die Bedingungen für die Kooperation verhandelt.

2.3.2 Das Verhältnis unter den Kantonen bei Kooperationen im Spitalbereich

Die 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)

[29] Die Referendumsdrohung ist ein bedeutendes Instrument in der Schweizer Politik (ausführlich s. Linder und Mueller 2017: 312ff.; 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).

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 Geburtenabteilung 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 Politiker von einem solchen Schritt gelegentlich absehen. Sie schätzen ihn dann als politisch nicht machbar ein.

Abbildung 5 Interkantonale Kooperationssituation in der Spitalplanung

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3">Kanton B</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Kooperieren
(Kapazität
reduzieren/anpassen)</td><td>Nicht kooperieren
(Patienten anziehen,
investieren)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Kanton A</td><td>Kooperieren
(Kapazität
reduzieren/
anpassen)</td><td colspan="2">Kapazitätsauslastung ↗
Fallkosten ↘
Medizinische Qualität ↗</td><td>Patienten ↘
Jobs ↘
ökonomische
Folgen ?</td><td>Patienten ↗
Kapazitätsaus-
lastung ↗</td></tr>
<tr><td>Nicht
kooperieren
(Patienten
anziehen,
investieren)</td><td>Patienten ↗
Kapazitätsaus-
lastung ↗</td><td>Patienten ↘
Jobs ↘
ökonomische
Folgen ?</td><td colspan="2">Überkapazitäten
Steigende Kosten</td></tr>
</table>

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.

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 5). Die Entscheidungssituation gemäss Abbildung 5 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 bspw. 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, Bettentrakt etc.).[30] Hierbei drohen teure Überkapazitäten geschaffen zu werden, was zu steigenden Gesundheitskosten führt.

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.[31] 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 bspw. 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 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 2.2.5 geschilderten Finanzierungsmechanismen den Anreiz der Kantone zu kooperieren. Die meisten Kantone ziehen es vor, möglichst viele 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: 83ff.), die bspw. als

[30] 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. Denn bisher tun sich die Kantone mit einer Bereinigung der Spitallandschaft (wie Spitalschliessungen) schwer.

[31] Es gibt allerdings auch Stimmen, die hervorheben, dass Zentrumsspitäler teurer sind als Regionalspitäler und deshalb die Kostenwirkung nicht so klar ist.

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, Gutjahr und Scherer 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 selber 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 ganz grundsätzlich eine gesetzliche Verpflichtung, sich bzgl. der Spitalplanungen zu koordinieren. Ob in einer konkreten Kooperationssituation die Anreizstruktur 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.[32]

Nach Scharpf (2000: 323ff.) 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 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 bspw. im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung[33] 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 zeigte mit den zahlreichen Vorstössen, dass die Bundespolitikerinnen und -politiker eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit erwarten. Neue Gesetzesbestimmungen sind nicht ausgeschlossen und Regelungen wie in der hochspezialisierten Medizin (Art. 39 Abs. 2bis KVG)[34] 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 quali-

[32] 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).

[33] 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).

[34] 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.

tativ 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.

II. Varianzorientierte Betrachtung

3 Einleitung zu Sektion II

Die Herangehensweise an den vorliegenden varianzorientierten Teil ist primär deduktiv und theorietestend.[35] 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 varianzorientierte Analyse nicht eines einzigen theoretischen Paradigmas. Vielmehr versucht sie, verschiedene Erklärungsansätze für das Phänomen zu berücksichtigen, um so möglichst viele der Einflussfaktoren abzudecken und der komplexen Wirklichkeit gerecht zu werden. Oder wie es Tetlock (2005: 214, zit. nach Sil und Katzenstein (2010: 12)) ausdrückt: „[...] a single analytic framework confers the benefits of closure and parsimony but desensitizes us to nuance, complexity, contingency, and the possibility that our theory is wrong." Ganz im Sinne dieses analytischen Eklektizismus sollen die berücksichtigten Erklärungsansätze nicht von vornherein entweder auf strukturelle oder Agency- bzw. materielle oder ideelle Ansätze begrenzt werden (Sil und Katzenstein 2010: 21). Entsprechend lassen sich die im folgenden Kapitel beschriebenen Hypothesen auch nicht in einem einzigen Paradigma oder in einer Literatur verorten. Beispielsweise sind zwar die meisten Hypothesen eher den Strukturen und weniger der Agency zuzuordnen, dafür betreffen sie sowohl die materielle als auch die ideelle Dimension.

[35] Eine frühere Fassung von Teilen der varianzorientierten Sektion (insbesondere Kapitel 4 und 7) 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.

4 Theorieteil I: Unterschiede in der horizontalen Zusammenarbeit

Intergouvernementale Beziehungen – sowohl horizontal als auch vertikal – sind „an integral and significant part of every federal system; a form of oil or friction in any federal machine“ (Poirier und Saunders 2015a: 2), welche laut ihnen noch viel zu wenig verstanden werden. Mit der Frage, warum und wie zusammengearbeitet wird, beschäftigen sich hingegen bspw. 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 am Beispiel der schweizerischen Spitalplanung steht, warum gewisse Kantone mehr kooperieren als andere und warum gerade zwei bestimmte Kantone dies 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 Varianz in der Kooperationsintensität erklären sollen.

4.1 Erklärungsansätze für horizontale Kooperation – eine Literaturübersicht

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 zueinander stehen,

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 m. E. eine stärkere Affinität zu Politics während klassische Föderalismus einen Hang zur Polity-Dimension hat.[36]

Die Föderalismusforschung liefert denn auch zum einen Studien, die mehrere Nationalstaaten miteinander bspw. in Bezug darauf vergleichen, inwiefern ihr System die horizontale Zusammenarbeit und Abstimmung begünstigt oder behindert (Bolleyer 2006a; Gress 1996). Zum anderen gibt es zahlreiche Studien und ganze Handbücher zu den Systemen einzelner Länder in Bezug auf verschiedenste Aspekte föderaler Systeme (Ahmad und Brosio 2005; Detterbeck und Hepburn 2018; Loughlin, Swenden und Kincaid 2013; Watts 2013). Hinzu kommen quantitative (und z. T. qualitative) Studien, welche den Zusammenhang von föderalen Institutionen mit *policy outcomes* wie Steuern, wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben oder Leistungen untersuchen (Biela, Hennl und Kaiser 2012; Obinger 1998; Obinger, Leibfried und Castles 2005; Wachendorfer-Schmidt 2000).

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 Politikverflechtungsfalle (Scharpf 1988). Laut der droht es zu gegenseitigen Blockaden der Ebenen zu kommen, wenn für einen Bereich gemeinsame Zuständigkeiten mehrerer politischer Ebenen bestehen, insbesondere wenn die nationalstaatliche Ebene von der Zustimmung der Gliedstaaten abhängig ist und die Zustimmung (fast) einstimmig erfolgen muss (Scharpf 1988: 254). Nebst den

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

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: 258ff.).[37] Der Fokus der Multilevel Governance liegt, wie es der Name sagt, auf der Steuerung in Mehrebenensystemen. Scharpfs eben beschriebene Politikverflechtungsfalle ist ein klassisches Beispiel dafür. Benz (2004: 130) wiederum bezeichnet als eine Besonderheit von Multilevel Governance, dass sie verstärkt auch nichtstaatliche Akteure berücksichtigt.

In den konkreten Forschungsagenden verlaufen die Grenzen zwischen diesen verwandten Disziplinen nicht so klar. Denn auch Föderalismusforschende interessiert, wie bspw. 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, Scharpf und Zintl 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 bzw. welche Koordinationsformen angewandt werden (Bakvis und Brown 2010; Benz 2009; Bolleyer 2006a, 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 2006b: 22, 2009), scheint sie die Fragen weit weniger zu beachten, wer mit wem kooperiert und warum bzw. 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, Schenkel und Leresche 2003; Ostrom, Tiebout und Warren 1961; Sager 2005; Schafran 2013; Scherer und Zumbusch 2011).

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

Ein weiteres Feld ist die Vollzugsforschung, die sich u. a. damit beschäftigt, wie nationale Politiken auf gliedstaatlicher Ebene umgesetzt werden (vgl. auch Scharpfs Politikverflechtungsfalle bzgl. Entscheidungsfähigkeit), warum es zu Vollzugsunterschieden kommt, welchen Zusammenhang es zwischen Policy-Designs und der politischen Situation bzw. 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, Andereggen und Boggio 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 6). 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 6 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

Anmerkung. Eigene 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 Koordinationspflicht besteht (vgl. die zahlreichen politischen Vorstösse, die in Kapitel 2 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), v. a. 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.

4.1.1 Motive für Kooperation

Klassiker der Kooperationsliteratur verorten den Ursprung von Kooperation im Bestreben der Gesellschaften, Probleme des kollektiven Handelns zu lösen (Olson 1965; Ostrom 1998). Es geht bspw. darum, eine Übernutzung von Allmenden (Weideland, Fischgründe) durch Einzelne zu verhindern und sicherzustellen, dass nicht kurzfristige Eigeninteressen das längerfristige Wohlergehen einer Gemeinschaft gefährden. Als Grundannahme wird den Menschen unterstellt, dass sie eigennutzorientiert sind (z. B. Axelrod 1984).[38] Daraus lässt sich im Sinne von Rational Choice ableiten, dass dann kooperiert wird, wenn es sich lohnt. Doch sind zusätzlich soziale Normen wie Reziprozität sowie Vertrauen und Reputation eminent wichtig, 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 stellt Bowman (2004: 536) in ihrem Artikel „Horizontal Federalism: Exploring Interstate Interactions" für die USA eingangs fest, dass horizontale Föderalismustheorien meist von einem kompetitiven Verhältnis zwischen den Gliedstaaten ausgehen. Sie hingegen sieht durchaus Potential für kooperatives Verhalten zwischen Gliedstaaten:

> Cooperation, perhaps best thought of as the antithesis of rivalrous competition, is a plausible state-to-state behavior in a federal system. States often share common problems or wish to pursue a common agenda and, therefore, build alliances and networks with other states. Thus cooperative behaviors typically involve states working together toward a common end such as the joint pursuit of a particular objective. (Bowman 2004: 536)[39]

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

[38] In Axelrods (1984) Klassiker der Spieltheorie „The Evolution of Cooperation" beschreibt er, wie in einem wiederholten Gefangenendilemma selbst unter eigennutzorientierten Spielern sich kooperative Spielstrategien durchsetzen. Die Erkenntnisse beruhen auf zwei Computertournieren. Als erfolgreichste Strategie erwies sich die einfache *tit for tat*-Strategie.

[39] 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.

Vorteile, wenn Gliedstaaten bspw. 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 „National Conference of Commissioners on Uniform State Laws", ein professionelles 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 das folgende Unterkapitel erläutert.

4.1.2 Kooperationsfreundliche Institutionen im 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 bspw. der partei- und machtpolitische Wettbewerb, in stärker fragmentierten Systemen (z. B. Präsidentialismus, Föderalismus) Willensbildungsprozesse bspw. in Verhandlungen (siehe Benz 2004: 133).[40] Dem geht auch Bolleyer in verschiedenen Forschungsbeiträgen nach (Bolleyer 2009; Bolleyer und Börzel 2010, 2014; Bolleyer und Bytzek 2009). Im Vordergrund stehen im Buch „Intergovernmental Cooperation" (Bolleyer 2009) die Fragen, 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 EU[41] zeigen, wie vielfältig Institutionen sein können, die Staaten für die horizontale Kooperation einrichten. Bolleyer (2009: 227) kommt namentlich

[40] 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 m. E. 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 Republikanern. Ein Argument, weshalb diese sich punkto Kooperationsbereitschaft unterscheiden sollten, liefert Bowman nicht.

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

zum Ergebnis, dass das Verhältnis zwischen Legislative und Exekutive auf gliedstaatlicher Ebene die Institutionenbildung (Grad der Integration) und die von den Regierungen gewählten Kooperationsstrategien bzw. das Repertoire hinsichtlich Verbindlichkeit massgeblich prägt (Bolleyer 2009: 227). weil sie unterschiedlich sensibel auf Autonomieverlust reagieren. Zentrale Kenngrössen sind die internen Machtstrukturen in den Gliedstaaten. Diese reichen von Machtkonzentration (Kanada) über obligatorische Machtteilung, wie z. B. 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: 137ff.). 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 (Glied-)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 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 etc. funktioniert. Analog dazu wirken in der Schweiz Richtlinien und Empfehlungen von mehr oder weniger stark institutionalisierten, politikspezifischen Direkto-

renkonferenzen auf vergleichbare Weise harmonisierend und koordinierend. Schliesslich steht wiederum allen die Policy-Nachahmung bzw. die einseitige Anpassung zur Verfügung (Bolleyer und Börzel 2010: 177f.).

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.

4.1.3 Aus der regionalwissenschaftlichen Literatur

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 Akteurskonstellation 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 selber 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. In der vorliegenden Studie hingegen liegt der Schwerpunkt zwar ebenfalls auf interorganisationaler bzw. 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 die vorliegende Arbeit 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 bspw. 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 Arbeit ein politischer nationaler Diskurs zur Zusammenarbeit bzw. 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 Grenzre-

gionen grenzüberschreitend nach Verbündeten suchen; vielmehr seien es meistens florierende Regionen, und dies vor allem in Phasen wirtschaftlichen Wohlergehens. Das deckt sich mit Carr, Gerber und Lupher (2007), laut denen es einen gewissen Grad an Ressourcenausstattung braucht, damit Lokalregierungen 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 auch die Bildung von Institutionen auf übergeordneter Ebene wie z. B. die Europäische Union. Dieses Resultat steht etwas im Gegensatz zu Bochsler und Sciarini (2006: 31ff.), welche für die Schweiz die gemeinsame Tradition weiterhin als kooperationsfördernd identifizieren. Blatters (2000: 274f.) 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.

4.1.4 Aus der Public-Management-Literatur

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 bzw. 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 Zu-

sammenarbeit 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, Zhang und Faerman (2014: 23f.) 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* (JUG) 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, Fimreite und Lægreid 2007: 390).

Ein Artikel von Christensen und Lægreid (2008) zu Koordination in Norwegens nationaler Verwaltung untersucht beispielsweise die Erfahrungen der Verwaltungsangestellten mit Koordination. Hintergrund dafür ist, dass auch in Norwegen mit der Einführung von NPM eine stärkere Fragmentierung der Dienststellen etc. 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 bzw. -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, v. a. wenn man sie mit der horizontalen internen Abstimmung zwischen verschiedenen Dienststellen, Ministerien etc. 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 Kollegen in anderen, regierungsferneren Behörden und Ämtern. Die Autoren argumentieren, dies liege u. a. an der Rolle der Ministerialbeamten, die im Allgemeinen als die Koordinatoren auftreten, während die Kollegen in untergeordneten Behörden und Ämtern die Koordinierten seien (Christensen und Lægreid 2008: 107). Nebst solchen strukturellen Faktoren erweisen sich insbesondere kulturelle Aspekte als wichtig (ibid.: 114). Die Logik der Angemessenheit spielt dabei eine entscheidende Rolle und die Wahrnehmung davon, was angemessen sei, geschehe über Sozialisierung (ibid.: 103). Für die Koordination bedeutet dies, dass „if civil

servants and their leadership are sharing common norms and values, such a common culture may facilitate actual coordination“ (ibid.). Die statistischen Ergebnisse bestätigen denn auch, dass gegenseitiges Vertrauen sehr wichtig ist für eine positive Wahrnehmung von Koordination (ibid.: 110, 114).

Nun befassen sich die 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 ausserhalb ihres Forschungsinteresses. Die Resultate von Christensen und Lægreid (2008) basieren auf der persönlichen Einschätzung verschiedener Dimensionen von Koordination der befragten Beamten. Auch wenn nicht ganz klar wird, was die Autoren unter Koordination verstehen, gleichen ihre Ergebnisse einiger Resultate aus der Föderalismusforschung. Dass gegenseitiges Vertrauen die Kooperationsbereitschaft fördert, wird auch von anderen Forschungsbeiträgen verschiedentlich angeführt. Teilweise bringen sie dies in Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur gleichen Partei (Gilardi und Füglister 2008) oder zur gleichen regionalen Direktorenkonferenz (Füglister 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 ganz 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. Füglister

(2012: 333f.) hingegen fand empirische Evidenz für ihre Hypothese, dass die Angehörigkeit zur gleichen regionalen Direktorenkonferenz die Policy-Diffusion erfolgreicher Politiken fördert.[42]

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 Vernehmlassungen 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 vorliegende Arbeit 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.

4.1.5 Aus der Literatur zur Policy-Diffusion

Die Diffusionsforschung hat einige interessante Studien zur Schweiz zu bieten (Füglister 2012; Gilardi 2010; Gilardi und Füglister 2008; Gilardi, Füglister und Luyet 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 heranzuzuziehen.

[42] Für die vorliegende Arbeit 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.

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 bzw. 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 bzw. 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: 438f.) zum Ergebnis, dass Diffusion v. a. dann stattfindet, wenn zwei Kantone sich ähnlichen Problemlagen ausgesetzt sehen, sich geografisch nahe stehen, die Beispielpolitik erfolgreich ist und die Gesundheitsminister der gleichen Partei angehören. Letzteres scheint insbesondere für die CVP zu gelten (Gilardi und Füglister 2008: 432ff.). Hingegen hat die gemeinsame Sprache offenbar keinen von der Zugehörigkeit zur gleichen Region unabhängigen Einfluss.[43]

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 bzw. im Vorstand der nationalen GDK teil, ist die Wahr-

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

scheinlichkeit 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 interkantonaler Kooperationen ausserhalb der institutionalisierten Gremienzusammenarbeit zu berücksichtigen.[44]

4.1.6 Aus der Schweizer Föderalismusforschung

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 von 2008 (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 beschäftigt. Sie erstellten eine Datenbank mit rund 760 Konkordaten von den Anfängen des schweizerischen Bundesstaates bis ins Jahr 2005. Auf dieser Basis haben sie diverse Forschungsbeiträge publiziert. Weil diese teils in eine ähnliche Richtung gehen wie die vorliegende varianzorientierte Betrachtung von horizontaler Zusammenarbeit, bespreche ich ihre Beiträge ausführlicher. Sie sind eine wesentliche Inspirationsquelle punkto Erklärungsfaktoren (Kapitel 4.2), 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

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

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: 31ff.; 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 interkantonaler Kooperationen und unterscheidet nach verschiedenen Politikbereichen. Dabei grenzt er sich von Bolleyers (2006, 2009) Ansatz ab, der das vergleichsweise hohe Ausmass an horizontaler Kooperation der Schweiz vor allem mit Zügen der Konkordanzdemokratie zu erklären sucht. Bochsler (2008: 147f.) 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 Politiker den Autonomieverlust bzw. das Anpassen-

müssen 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: 152-6).

4.2 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 Kantons*paar* bzw. Dyade, also Eigenschaften der Konstellation.

4.2.1 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). Grosse Grössenunterschiede „may cause wide discrepancies in their ability to perform their functions“ (Watts 2013: 28). In der Schweiz variiert die Kantonsgrösse von 16'000 Einwohnern in Appenzell Innerrhoden bis 1.5 Mio. Einwohner in 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 bspw. 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 interkantonaler 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 Verwaltungsstufe 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 (ibid.: 326). Es seien auch diese mittelgrossen Kantone, welche der interkantonalen Kooperation besonders viel Bedeutung beimässen, 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 v. a. 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 expertise-intensiven 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 Ressourcen-intensiv ist. 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.[45] So findet sie, dass leistungsfähige Gliedstaaten sich eher an gemeinsamen Klagen beteiligen (die USA sind bekannt für langwierige, aufwändige und kostspielige Gerichtsverfahren), während es umgekehrt v. a. administrativ weniger leistungsfähige Staaten sind, die sog. *Uniform State Laws* umsetzen, d.h. sie stützen sich dankbar auf Gesetzesentwürfe, die von einer interstaatlichen Kommission (der ‚National Conference of Commisioners on Uniform State Laws') ausgearbeitet wurden, weil dies zu erfolgreicheren 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 bzw. Kantonsgrösse unterscheiden sich demnach nach Kooperationsstufe:

Hyptohese 1a: Kleine Kantone kooperieren häufiger als grosse auf tieferen Kooperationsstufen wie dem Informationsaustausch.
Hypothese 1b: Kleine Kantone kooperieren seltener als grosse Kantone auf fortgeschrittenen Kooperationsstufen wie Koordination und Kollaboration.

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 bspw. beim horizontalen Finanzausgleich Nettozahler sind (Eidg. Finanzverwaltung 2019). Es sind allerdings weniger die finanziellen Ressourcen pro Kopf als bspw. die administrativen Kapazitäten, welche die Ressourcen für Kooperationsaktivitäten ausmachen. Diese lassen sich m. E. über die Bevölkerungsgrösse besser erfassen als über ökonomische Indizes (siehe auch die Überlegungen zur Operationalisierung in Kap. 5.3.2).[46]

[45] Im Index werden bspw. die Grösse von Parlamenten, teils in Relation zur Bevölkerung, die Ressourcenausstattung von Legislative und Exekutive (Personal, Budget, Entschädigungen), die Professionalisierung usw. berücksichtigt. Für Details zum Indikator siehe Bowman und Kearney (1988).
[46] So wies der Kanton Zug 2012 mit rund 151'000 Schweizerfranken gegenüber dem Kantone Bern ein rund doppelt so hohes Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Kopf auf (BFS 2018b), aber seine kantonale Zentralverwaltung um-

Grösse spielt allerdings auch in einem relationalen Sinn eine Rolle, wie bspw. die Ergebnisse von Carr et al. (2007) nahelegen. Folgt man der 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 spezialisiertere 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 wett zu machen, 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 bzw. die Kleinheit aufgrund des Grössenunterschieds zwischen den Partnern auch innerhalb der gleichen Staatsebene kompensiert werden. Der kleinere Partner profitiert von einem verbesserten Zugang zu Infrastruktur und bspw. Fachwissen, der grössere Partner kann idealerweise seine Auslastung (bspw. der Spitalinfrastruktur) verbessern oder seine Dienstleistungen gegen eine Entschädigung anderen Anbieten.[47] 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.

4.2.2 Ökonomischer Problemdruck im Gesundheitsbereich

Ein funktionalistisches Argument ist, dass schierer Problemdruck als Anreiz zusammenzuarbeiten wirke. Vertreter des Fiskalföderalismus sehen bspw. eine ideale Ordnung der öffentlichen Aufgaben so, dass sich der Nutzerkreis eines öffentlichen Guts mit dem

fasste 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 Korrelationskoeffizient nach Pearson von 0.96 ausserordentlich stark (eigene Berechnungen, vgl. Anhang F).

[47] 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.

Kreis der Finanzierer 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 and competing jursidictions,* aufgabenspezifische 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. Entsprechend lautet die Hypothese:

Hypothese 3: Kantone unter gesundheitspolitischem Problemdruck kooperieren häufiger.

4.2.3 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 sind andere Aspekte wie die Zusammenarbeit bzgl. der Spitalplanungsmethodik etc. nicht beschränkt durch gemeinsame Grenzen oder ge-

ografische Nähe. Doch auch hier ist es so, dass die Akteure von nahe gelegenen Kantonen einander tendenziell besser kennen, weil sie bspw. 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.

4.2.4 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; Füglister 2012; Gilardi 2010; Gilardi und Füglister 2008).[48] 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 Allgemeingut, dass Westschweizer staatsgläubige Etatisten seien, während die Deutschschweizer viel stärker auf Eigenverantwortlichkeit pochten (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 Demokratiemodellen 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 (zum Kulturkampf siehe Bischof 2008). Im 19. Jahrhundert

[48] 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).

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 (bspw. im ‚Aargauer Klosterstreit', in der ‚Jesuitenfrage' oder in Bezug auf die konfessionelle Erziehung und Bildung; für Details zum ‚Sonderbund' siehe bspw. 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 Kräften, 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, v. a. 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).[49] 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 (vgl. auch Kapitel 5.3.2). 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 sprachliche Kommunikation und eine ähnliche Auffassung von Staatsaufgaben eine Zusammenarbeit vereinfachen. Letzteres kann auch als Indikator für vergleichbare Normen verstanden werden, was gemeinhin als vertrauens- bzw. kooperationsfördernd gilt (Christensen und Lægreid 2008; Füglister 2012; Gilardi und Wasserfallen 2008; Ostrom 1998). Daraus folgt die Annahme:

Hypothese 5: Kulturell ähnliche Kantone kooperieren häufiger.

[49] 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 mit der Bürgerlich-demokratischen Partei (BDP) fusionieren (SRF 2020).

4.2.5 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 u. a. ein ähnliches Problemverständnis hilfreich ist, um voneinander zu lernen (Füglister 2012). Ein solches kann bspw. in geteilten Werthaltungen und Normen bestehen, welche näherungsweise über die parteipolitische Zugehörigkeit ermittelt werden können. Aber auch die persönliche Ebene ist wichtig.

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 Parteienzugehörigkeit 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 „if the partisan conflict becomes important, concordats can become politically delicate. As the policy field that needs to be harmonized or coordinated becomes increasingly politically relevant, the cost of the political agreement will rise“ (ibid.). 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 Füglister 2008) anstatt auf zusammengesetzten Akteuren wie den Gesamtregierungen. Denn es sind die Ressortverantwortlichen und ihre Verwaltung, welche Kooperationen in ihrem Zuständigkeitsbereich anregen.[50] Die Gesamtregierung und allenfalls das Parlament müssen diese Aktivitäten erst später genehmigen.

[50] Um Bochsler gerecht zu werden, sei auf Fussnote 6 (2009: 367) hingewiesen, wo 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.

Letztlich sind es nämlich Menschen, welche 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 Gesundheitsminister der gleichen politischen Partei angehören, weil dies eine ähnliche Sichtweise auf politische Probleme impliziert.

In ähnlicher Art hebt Füglister (2012: 321) die Bedeutung von gemeinsamen Normen für *policy learning* hervor, die 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-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 und eine gute Zusammenarbeitsbeziehung einerseits aufgrund von geringen politischen Differenzen und andererseits durch Kontinuität in der Arbeitsbeziehung vereinfacht werden. Daraus folgen die beiden Hypothesen:

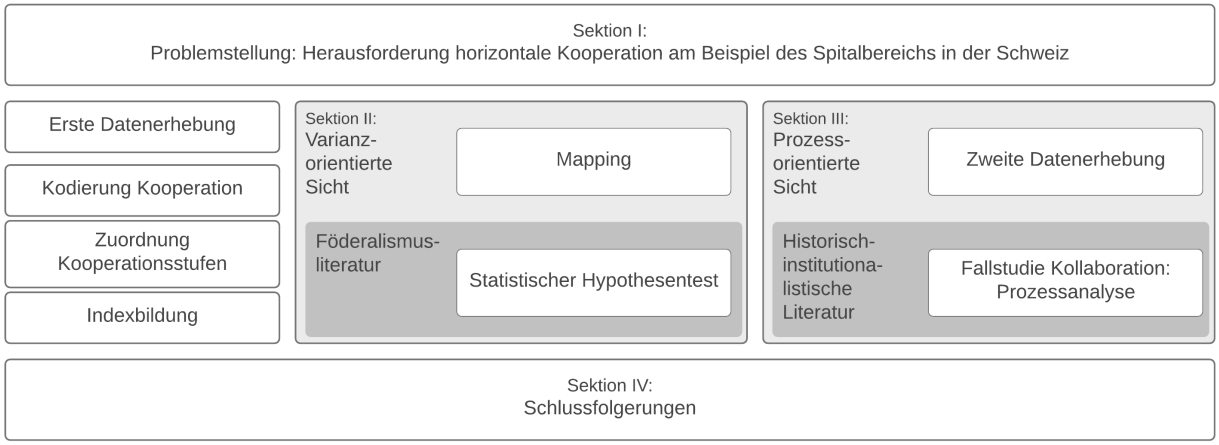
Hypothese 6: Politische Differenzen zwischen Kantonen behindern Kooperation.

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

5 Forschungsdesign und -methode

Die Studie besteht aus übergeordnet zwei Analyseteilen, den Sektionen II und III (vgl. Abbildung 6). Sie basieren auf einer eigenen Datenerhebung durch Experteninterviews. Die Arbeit verfolgt einen methodenpluralistischen Ansatz, indem, angelehnt an Blatter und Haverland (2012: 206, 209), ein varianzorientierter Ansatz mit *causal-process tracing* kombiniert wird. Damit folge ich in der Arbeit den 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).

Abbildung 6 Studiendesign



In der vorliegenden Arbeit gibt es eine klare Rollenverteilung zwischen den verschiedenen Studienteilen. Der erste Teil folgt dem varianzorientierten, statistischen Ansatz. Er ist als Hypothesentest angelegt, der den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Intensität der Kooperationsbeziehungen im Bereich der akutsomatischen Spitalplanung zwischen jeweils zwei Kantonen klären soll. Bekannte und weiterentwickelte Hypothesen werden anhand neuer Daten überprüft und auf ihre Gültigkeit für die verschiedenen Kooperationsebenen 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 7. 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 Teil vervollständigt (Sektion III), 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

zischen Obwalden und Nidwalden. Diese Doppelfallstudie ermöglicht es unter anderem, die statistischen Ergebnisse und vermuteten Mechanismen anhand der beiden Fälle zu validieren und allenfalls weitere Erklärungsfaktoren aufzudecken (Blatter und Haverland 2012: 210f.). Vor allem aber soll die Fallstudie ermöglichen, 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 Analyseeinheiten (siehe Tabelle 7). Der erste, statistische Teil, hat als Analyseeinheit die Intensität des Kooperationsverhältnisses zwischen 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 (Blatter und Haverland 2012: 88f.). Um die Handlungsstrategien der kantonalen Regierungen herauszuarbeiten, nutze ich in dieser Arbeit historisch-institutionalistische Kategorien aus der wohlfahrtsstaatlichen Retrenchment-Literatur, die in einem zweiten Theorieteil präsentiert wird. Ein solcher Ebenenwechsel der Analyseeinheit ist notwendig, um fallinterne Prozesse nachzeichnen und damit wiederum Rückschlüsse auf die Ebene der statistischen Analyse ziehen zu können (Lieberman 2005: 440).

Tabelle 7 Unterschiede in Analyseeinheit und Erkenntnisinteresse in den Teilen

	Analyseeinheit	Erkenntnisinteresse
Teil 1: Varianzorientierte 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“	Wie konnte Lunis gelingen? Welche Kombination von Faktoren und Kette von Ereignissen führte dazu?

Die folgenden Unterkapitel beleuchten weitere methodische Aspekte der Studie. Zuerst werden die Überlegungen zur Fallauswahl präsentiert (Kapitel 5.1), bevor auf die einzelnen Elemente der Studie gemäss Abbildung 6 eingegangen wird. Kapitel 5.2 legt dar, wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden, einmal für die statistische Auswertung und einmal für die inhaltliche Auswertung der Expertenaussagen. Kapitel 5.3 widmet sich der gewählten Methode für die statistische Analyse und der Operationalisierung der Hypothesen. Die methodischen Überlegungen zur Fallstudie werden in Sektion III präsentiert.

5.1 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 bzw. 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. Diese dritte Fallauswahl erläutere ich näher zusammen mit den methodischen Ausführungen zur Fallstudie, die als Ansatz das *process tracing* verwendet. Die Überlegungen hinter den ersten beiden Fallauswahlen erklären die beiden folgenden Unterkapitel.

5.1.1 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,[51] stellt Bolleyer (2006b: 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 2006b: 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 (ibid.). 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 2200 Gemeinden (Stand 1.1.2021[52]) 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.

5.1.2 Das Politikfeld der kantonalen Spitalplanung – eine Begriffsklärung

Das zu erklärende Phänomen dieser Forschungsarbeit ist die interkantonale Kooperation. Untersucht wird sie anhand der stationären, akutsomatischen Versorgungsplanung. In den folgenden Absätzen definiere ich als erstes den Spitalplanungsbegriff. Anschliessend begründe ich die Wahl und Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes – die eigentliche Fallauswahl.

Unter Spitalplanung werden je nach Kontext verschiedene Aktivitäten und Aufgaben verstanden. Nach Gesetz haben die Kantone den 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 KVV). Darauf

[51] 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.
[52] https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/karten.assetdetail.15144517.html, zugegriffen: 29.12.2020.

aufbauend verstehe ich in dieser Forschungsarbeit 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.

5.1.3 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 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.[53] 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 Kooperationssituation kompliziert, wie ich in der Problemstellung (Kapitel 2) darlege. Über das Ausmass des Ko-

[53] Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens 2018, siehe https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html, zugegriffen: 10.1.2021.

operationsbedarfs 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 bspw. 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.

5.1.4 Warum die Akutsomatik?

Eine weitere Präzisierung des Untersuchungsgegenstandes ist vonnöten. Diese Forschungsarbeit untersucht die Kooperation von kantonalen Behörden in der Spitalplanung in der Akutsomatik.[54] 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.[55] Zudem sind die Finanzierungsmechanismen in der Akutsomatik innerhalb und zwischen den Kantonen klar geregelt, während für die Psychiatrie erst seit 2018 ein gemeinsamer Standard gilt und ein solcher für die Rehabilitation aktuell erarbeitet wird (Morger et al. 2018: 3-6).[56] 2012 wechselte die Finanzierung von einer Bezahlung pro

[54] 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.

[55] 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 (https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin, zugegriffen: 21.4.2020).

[56] Der gemeinsame Standard ST Reha ist für 2022 geplant (https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/st-reha, zugegriffen: 10.1.2020), für die Psychiatrie gilt die gemeinsame Tarifstruktur TARPSY erst seit 2018 (https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy, zugegriffen: 10.1.2021).

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.

5.2 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 2006a) 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 Arbeit 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 untersuchendes 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 A) bezüglich ihrer Aussagen zu interkantonalen Massnahmen ausgewertet. Ausserdem werden die früheren Übersichten (Achtermann und Berset 2006; GDK 2006a; Huber 2015) als Quelle verwendet und deren Inhalte auf Relevanz für die Fragestellung der vorliegenden Studie überprüft.

Tabelle 8 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 B) einzeln gelistet.

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 8, für die Interviewtenliste siehe Anhang B). 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 C). Einige der Angeschriebenen 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 schärften 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 selber 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 immer 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. Um den Ursprung einer Aussage trotz zugesicherter Anonymität nachvollziehen zu können, wird eine verschlüsselte Quellenangabe verwendet, die auf das jeweilige Expertengespräch bzw. den entsprechenden E-Mail-Austausch verweist.[57] 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.

5.2.1 Indexbildung – Operationalisierung der abhängigen Variable

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 2006a; 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.[58] 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

[57] Punktuell wird auch auf diese anonymisierte Quellenangabe verzichtet, weil durch Querbezüge mit anderen Stellen eine Zuschreibung möglich wäre.

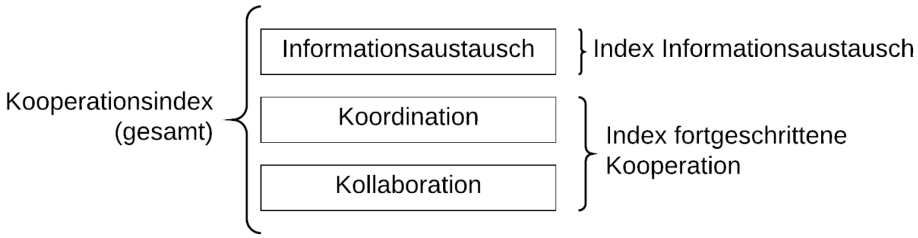
[58] Es wird hier grundsätzlich von einer symmetrischen Beziehung ausgegangen im Sinne davon, dass es keine Sender und Empfänger einer Kooperation gibt. In der Diffusionsforschung ist dies anders. Gilardi und Füglister (2008) unterscheiden bspw. zwischen einem zuerst handelnden Kanton (Sender) und einem Empfänger-Kanton, welcher eine bestimmte Politik nachahmt.

zu.[59] 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) 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 1) 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 Kooperation 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 bspw. 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.

[59] Es zeigte sich, dass die Interviewangaben der Fachverantwortlichen sehr umfassend waren und in den übrigen Quellen kaum neue Aktivitäten identifiziert werden konnten. Dies werte ich als positives Zeichen für die Zuverlässigkeit der durchgeführten Datenerhebung.

Abbildung 7 Stufenabhängige Kooperationsindices



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 7). 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.[60] Dafür geht die Fallstudie im Detail auf ein Beispiel von Kollaboration ein.

5.2.2 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 7).

[60] Bei 26 Kantonen wären theoretisch bis zu 325 Kollaborationsbeziehungen möglich (siehe auch Fn. 61). Damit ist Kollaboration für sich alleine genommen ein seltener Fall, was bei der Durchführung statistischer Analysen zu Problemen führen kann.

5.3 Methode für die quantitative Analyse

5.3.1 Valued Exponential Random Graph Models als netzwerkanalytischer Ansatz für Kooperation

Um die geeignete statistische Methode für die Analyse auszuwählen, müssen verschiedene Dinge berücksichtigt werden. Die vorliegenden Kooperationsdaten zu den Kantonen sind vorwiegend relationaler Art und beziehen sich auf ein Kantons*paar,* d. h. sie sind dyadisch. Dyadische Daten wiederum verletzen offensichtlich die Annahme der Unabhängigkeit, die gewöhnlichen Regressionsmodellen zugrunde liegt (Krackhardt 1988, Lubell et al. 2012: 358). So beeinflussen individuelle Eigenschaften der Akteure (hier Kantone) die Entstehung von Beziehungen, aber zudem gilt für Netzwerke ganz allgemein, dass „the very presence or absence of other ties also affects whether network ties are initiated, maintained, or destroyed" (Scott 2016: 220f.). Oder wie Wang, Robins und Matous (2016: 125) es ausdrücken: "Exponential random graph models (ERGMs) posit network structure as endogenous based on the assumption that network ties are conditionally dependent, in other words, the existence of a network tie depends on the existence of other network ties conditioning on the rest of the network." Als Beispiel: Obwaldens Entscheidung, bei einem bestimmten Thema mit Luzern zusammenzuarbeiten, hängt wahrscheinlich von der Kooperationssituation zwischen dem benachbarten Nidwalden und Luzern ab. 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 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.[61]

Ein Netzwerkansatz berücksichtigt oben erwähnte Abhängigkeiten in den Beziehungen explizit. Frühere Arbeiten verwendeten bspw. das quadratische Zuweisungsverfahren (QAP-Regression), da andere Netzwerkansätze nur binäre Verbindungen berücksichtigen konnten (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: 238ff., Lubell et al. 2012: 359f.). ERGMs liegt die implizite Annahme zugrunde, dass Netzwerke eine Akkumulation verschiedener Substrukturen bzw. individueller Bindungen sind, die sich hin

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

zu Mustern entwickeln (Lusher et al. 2013: 10, 16). Wie sich solche (sozialen) Bindungen bilden, folgt verschiedenen Prozessen. Dazu gehören bspw. 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 (Lusher et al. 2013: 16-28): erstens die Netzwerkselbstorganisation, zweitens Akteursattribute und drittens exogene Kontextfaktoren. Während erstere typischerweise die bereits erwähnten Prozesse umfassen, fällt unter die Akteursattribute bspw. 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 bspw. auch die Hypothesen bzgl. der kulturellen Ähnlichkeit (gemeinsame Sprache, H5), politischer Vertrautheit aufgrund gleicher Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren (H6) oder dass sich beim Informationsaustausch ähnlich grosse Kantone häufiger austauschen (H2b). Räumliche Distanz wiederum ist ein Beispiel für einen exogenen Kontextfaktor.

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 erhobenen 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:

> An ERGM facilitates statistical inference on the processes that drive network structure by considering the set of all possible network configurations, and comparing the observed configuration (the network as revealed by the data) to this theoretical set (placing extra weight on possible configurations that bear increased similarity to the observed configuration).

Dem liegt die Annahme zugrunde, dass das beobachtete Netzwerk eine Stichprobe aus einer Verteilung von Netzwerk-Graphen (network graphs) darstellt (ibid.: 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 (ibid.; siehe auch Lusher et al. 2013: 142ff.). 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: 161ff.; Pilny und Atouba 2018: 252f.).

Der ERGM-Ansatz war lange auf binäre Anwendungen beschränkt, doch Forschende haben die ERGMs laufend weiterentwickelt (Handcock, Hunter, Butts 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, 2019a, 2019b). Diese Anwendungen für gewichtete Netzwerkbeziehungen kommen in der vorliegenden Arbeit 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. Die Umsetzung dieser neuen gewichteten ERGMs bleibt vorerst anspruchsvoll, weil „valued networks, or networks with non-binary ties, are still very much an exploratory area within statistical network analysis“ (Scott 2016: 221). Es gibt inzwischen durchaus 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 vorerst der binären Variante vorbehalten.[62] Trotz dieser Widrigkeiten ist ein klarer Vorteil von ERGMs, 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-

[62] So sind z. B. im aktuellen R-Paket für *count data* keine *goodness of fit*-Schätzungen möglich (Stand Herbst 2020), die es erlauben würden zu überprüfen, wie gut das spezifizierte Modell die beobachteten Daten repräsentiert (Lusher et al. 2012: 179ff.).

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 bspw. 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 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 bspw. 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, 72f., 89). Weil es sich bei dem interkantonalen Kooperationsnetzwerk um ein volles und ungerichtetes Netzwerk handelt, ist die Auswahl an möglichen Termen allerdings begrenzt.[63] Welche strukturellen Netzwerk-Parameter im vorliegenden Beispiel in die Modellspezifikation einfliessen, wird im Analyseteil näher ausgeführt.

5.3.2 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 gleichmässigere 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 Erwar-

[63] 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 20 in Kapitel 7).

tung 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, vgl. Anhang F) 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. 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, ein Standortkanton einer Universität zu sein. Der Grund dafür ist, dass Kantone mit Universitätsspitälern typischerweise grosse Kantone sind. Einerseits bieten sie medizinische Spezialitäten an, die kleineren Kantonen fehlen. Andererseits haben Standortkantone von Universitätsspitälern eine spezialisiertere Verwaltung, an die sich kleinere Kantone um Rat bzgl. der Spitalplanungsmethoden etc. wenden[64]. Dies wird als monadisches Attribut berücksichtigt. Die gesundheitspolitische 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

[64] 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 193'000 Einwohnerinnen und Einwohnern (BFS 2018a) ist Basel eines der wichtigsten urbanen Zentren der Schweiz mit einer leistungsfähigen öffentlichen Verwaltung (Bochsler et al. 2004: 118f.).

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 bspw. in der öffentlichen Verwaltung stärker hervorzuheben, die auf die Sprache zurückgeführt werden. [65]

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 1 (was bedeutet, dass beide Kantone im ganzen Zeitraum denselben Gesundheitsdirektor bzw. dieselbe Gesundheitsdirektorin hatten) bis zu 5 (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 9. Sie fasst die Hypothesen, deren Operationalisierung und Quellen der Daten zusammen.

[65] 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 (rhätoromanische Minderheit von rund 18 Prozent, italienischsprachige Minderheit von rund 11 Prozent) (eigene Berechnungen basierend auf der Strukturerhebung 2017, BFS 2019).

Tabelle 9 Hypothesen und ihre Operationalisierung

	Hypothesen	Operationalisierung	Ebene	Quelle
H1	a) Kleine Kantone kooperieren häufiger als grosse auf tieferen Kooperationsstufen wie dem Informationsaustausch. b) Kleine Kantone kooperieren seltener als grosse Kantone auf fortgeschrittenen Kooperationsstufen wie Koordination und Kollaboration.	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 Universitätsspitälern kooperieren häufiger.	Standortkanton eines Universitätsspitals (ja/nein)	Knoten	Universitäre Medizin Schweiz*
H3	Kantone unter gesundheitspolitischem Problemdruck kooperieren häufiger.	Durchschnittliche öffentliche Spitalausgaben pro Kopf (Nettobelastung der Kantone, 1996-2008)	Knoten	Berechnung basiert auf Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS 2018c) und STATPOP (BFS 2018a)
		Prämienanstieg seit Einführung des Obligatoriums der Krankenversicherung 1996 bis 2008	Knoten	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)	Dyade	maps.google.com (zugegriffen: 19.4.2019)
		Gemeinsame Landgrenze (Flussgrenzen eingeschlossen, Seegrenzen ausgeschlossen)	Dyade	BFS 2009b
H5	Kulturell ähnliche Kantone kooperieren häufiger.	Gleiche Hauptsprache	Dyade	Strukturerhebung 2017 (BFS 2019)
H6	Politische Differenzen zwischen Kantonen behindern Kooperation.	Anteil Jahre (2007-2017), in denen die Gesundheitsdirektoren zweier Kantone der gleichen politischen Partei angehörten	Dyade	Berechnung basiert auf Jahresberichten der GDK 2007-2017, kantonalen Websites und weiteren Online-Recherchen
H7	Je höher die personelle Kontinuität in zwei Gesundheitsministerien, desto mehr kooperieren diese beiden Kantone.	Anzahl verschiedener ‚Paare' kantonaler Gesundheitsdirektoren für die Periode 2007 bis 2017	Dyade	Berechnung basiert auf Jahresberichten der GDK 2007-2017, kantonalen Websites und weiteren Online-Recherchen

Anmerkung. K steht für Kontrolle. *https://www.unimedsuisse.ch/de/ueber-uns/traegerschaft, zugegriffen: 13.11.2019.

6 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 etc. erscheinen und andererseits als qualifizierende Interviewaussagen einfliessen.

Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: Zuerst wird ein Blick zurück auf interkantonale Kooperationen vor der KVG-Reform geworfen (Kapitel 6.1). Anschliessend zeigt Kapitel 6.2 auf, was die KVG-Reform von 2007 für bestehende Vereinbarungen bedeutet. Kapitel 6.3 behandelt die Kooperationslandschaft nach Einführung der Koordinationspflicht und der neuen Spitalfinanzierung samt Patientenfreizügigkeit. Einerseits erfolgt eine räumliche Darstellung, andererseits wird der vielschichtige Zusammenhang von Kantonsgrösse und Kooperationshäufigkeit beleuchtet. Kapitel 6.4 stellt die Kooperationslandschaft räumlich dar. Kapitel 6.5 stellt die kantonalen Kooperationsaktivitäten in Bezug zur Bevölkerungsgrösse. In Kapitel 6.6 wird die Bedeutung der Kooperationsebene analysiert. Kapitel 6.7 beleuchtet anhand der Expertengespräche, wie die Kantone die Koordinationspflicht wahrnehmen und umsetzen. In Kapitel 6.8 werden Schlussfolgerungen aus dem Mapping gezogen.

6.1 Rückblick – Kooperationslandschaft vor der KVG-Reform von 2007

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 2006b: 7). Entsprechend ist der Stellenwert etwas geringer und der Leitfaden weniger verbindlich als im Plenum aller kantonaler Gesundheitsdirektoren verabschiedete Empfehlungen, dafür erlaubt er mehr materielle Tiefe (Interview BO27).

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.[66] 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 2006a). Es gibt vor der KVG-Reform zahlreiche Abkommen, um die Freizügigkeit von 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 bspw. 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 (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).[67]

[66] Weitere Details regelt das Bundesgesetz über das Vernehmlassungsverfahren (VlG).

[67] 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.

Ein Abgleich der Kooperationsübersichten von Achtermann und Berset (2006) und der GDK (2006a) ergibt, dass es zwischen den Kantonen vor der KVG-Reform von 2007 rund 65 Vereinbarungen gibt (eigene Auswertung, vgl. Tabelle 10). Diese betreffen zu einem grossen Teil die Patientenfreizügigkeit und (regionale) Versorgungssicherheit und den damit verbunden 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 bzw. Beteiligung an Leistungen geht. Schliesslich existieren drei Spitalvereinbarungen, bei denen es sich entweder um gemeinsame Dienstleistungen oder eine gemeinsame Trägerschaft handelt.[68]

Tabelle 10 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. Eigene Zusammenstellung basierend auf Achtermann und Berset (2006) und GDK (2006a). *Das Resultat insgesamt entspricht nicht der Summe aller Vertragskategorien, weil ein Vertrag zwei Kategorien zugeordnet wird (vgl. Fn. 68).

Die Anzahl von 65 interkantonalen Vereinbarungen im Bereich der akutstationären Spitalversorgung ist beachtlich. Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der damit verbundenen Patientenfreizügigkeit[69] verlieren ab 2012 viele dieser Verträge ihre Bedeutung, wie im folgenden Unterkapitel erläutert wird.

[68] 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.

[69] 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 oder eine entsprechende Zusatzversicherung die Kostendifferenz übernehmen.

6.2 Veränderte Bedeutung interkantonaler Vereinbarungen infolge der KVG-Reform von 2007

Mit der Gutheissung der KVG-Reform aus dem Jahr 2007 änderte sich die Bedeutung der interkantonalen Verträge in den beiden zahlenstärksten Bereichen (Patientenfreizügigkeit bzw. Abgeltung der Inanspruchnahme einerseits und den Spitalkooperationsvereinbarungen in medizinischen Bereichen andererseits). 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) machten die meisten bestehenden interkantonalen Verträge zur Abgeltung überflüssig. Zum anderen führten die 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 verselbständigten. 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 10) 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 verselbständigten 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 regeln, ist nicht auszuschliessen, dass sie mit der neuen Spitalfinanzierung anderweitig geregelt sind.[70]

[70] Eigene Analyse basierend auf den 65 identifizierten Verträgen im akutsomatischen, stationären Bereich bei Achtermann und Berset (2006) und GDK (2006a) 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.

Die Daten für die Zeit vor und nach der KVG-Reform sind nur schwer zu vergleichen. Den identifizierten 65 interkantonalen Vereinbarungen im akutsomatischen 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.

6.3 Kooperationslandschaft nach Einführung der Koordinationspflicht und der neuen Spitalfinanzierung in Zahlen

Eine zentrale Erkenntnis aus dem Austausch mit 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 immer auch auf Fachebene Treffen zu unterschiedlichen Themen der Gesundheitsversorgung bzw. -politik gibt, an denen oftmals die Spitalversorgung und -planung zur Sprache kommen.

Zur Illustration: Sowohl SG als auch AR sind in der GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung vertreten, die sich durchschnittlich zweimal pro Jahr trifft. Beide Kantone gehören der 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 11 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 11 Kooperationsarten (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 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
	Informeller persönlicher Austausch zu Spitalplanung	1	bilateral	2
	Gedankenaustausch zu Zusammenarbeitsmöglichkeiten (Region Châteaux-d'Oex-Zweisimmen)	1	bilateral	2
Koordination	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 (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

Stufe	Art der Kooperation	Anzahl	Ausrichtung	Beteiligte Kantone
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. Eigene Auswertung. Quelle: Expertengespräche. 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.

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 12). 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 teils deutlich höher als für die Arten.

Tabelle 12 Summe der Kooperationsarten

	Informationsaustausch	Koordination	Kollaboration	Kooperation insgesamt
Verschiedene Arten	14	21	4	39
Anzahl verschiedene Kooperationen	29	80	5	114

Wie häufig sich die Kantone nun an diesen 114 Kooperationsaktivitäten beteiligen, zeigen die nachfolgenden Betrachtungen. Nicht jeder Kanton ist gleich aktiv, wie Abbildung 8 verdeutlicht.

Abbildung 8 Kantonale Kooperationsaktivitäten

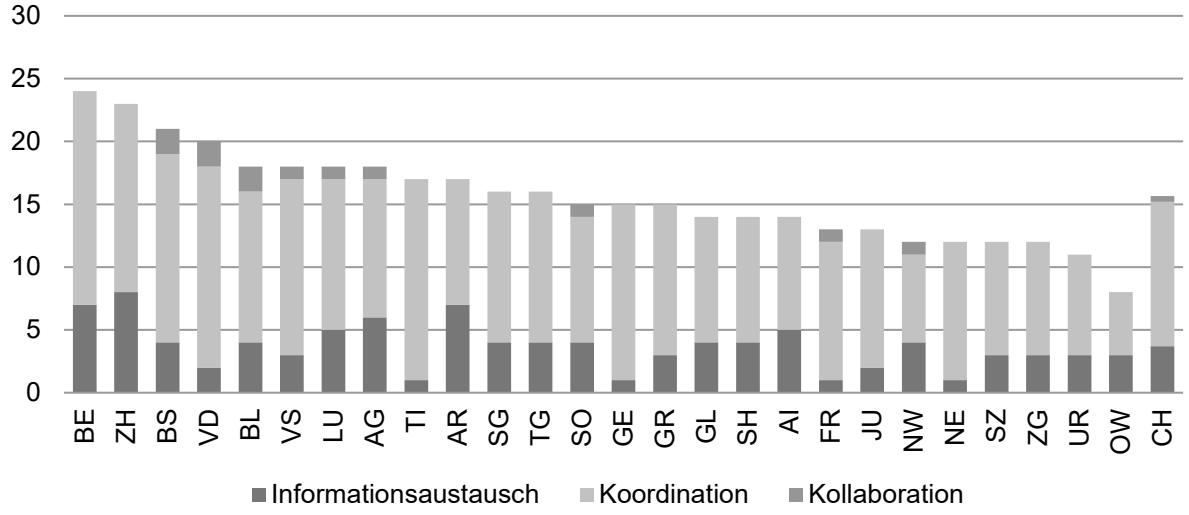


Tabelle 13 zeigt in Zahlen, an wie vielen Kooperationen ein Kanton teilnimmt. Der Kanton St. Gallen beispielsweise nimmt an vier Informationsaustauschen und zwölf Koordinationsaktivitäten teil. Mit seinen 16 Kooperationen bewegt er sich im Mittelfeld. Der Kanton Bern weist mit insgesamt 24 Kooperationen 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 haben.[71] Damit entfallen einige Kooperationsbereiche, in denen sich die 24 anderen Kantone koordinieren.

[71] Der Kanton Obwalden verwendet weiterhin nicht das SPLG-Konzept zur Spitalplanung (Stand Januar 2021). Der Kanton Genf hingegen verwendet in seiner jüngsten Spitalplanung für die Phase 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.

Tabelle 13 Kooperationshäufigkeit nach Kanton

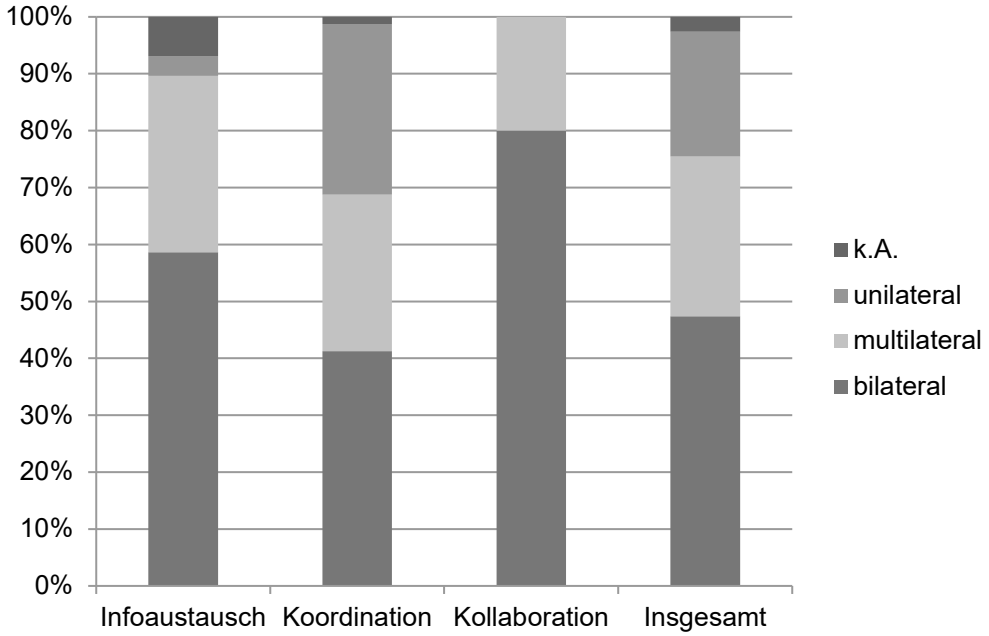
Kanton	Informations-austausch	Koordination	Kollaboration	Kooperationen insgesamt
AG	6	11	1	18
AI	5	9	0	14
AR	7	10	0	17
BE	7	17	0	24
BL	4	12	2	18
BS	4	15	2	21
FR	1	11	1	13
GE	1	14	0	15
GL	4	10	0	14
GR	3	12	0	15
JU	2	11	0	13
LU	5	12	1	18
NE	1	11	0	12
NW	4	7	1	12
OW	3	5	0	8
SG	4	12	0	16
SH	4	10	0	14
SO	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. Eigene Daten. 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.

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 13). Durchschnittlich beteiligt sich ein Kanton an drei bis vier reinen Informationsaustauschen, gut 11 Koordinationsaktivitäten und knapp einer halben Kollaboration. Betrachtet man diese 114 Kooperationen genauer, kann man sie in

39 verschiedene Spielarten von Kooperation einteilen (darunter Informationsaustausch: 14; Koordination: 21; Kollaboration: 4). Alle diese Zahlen verdeutlichen, dass sich die Kantone im Spitalbereich rege austauschen und 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.

Abbildung 9 Verteilung der Kooperationsbeziehungen auf den drei Stufen



Es zeigt sich, dass 47 Prozent der Kooperationsaktivitäten zwischen zwei Kantonen stattfinden (vgl. Abbildung 9). An 28 Prozent der Kooperationen beteiligen sich mindestens drei Kantone. Bei den rund 20 Prozent unilateraler Kooperationen 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

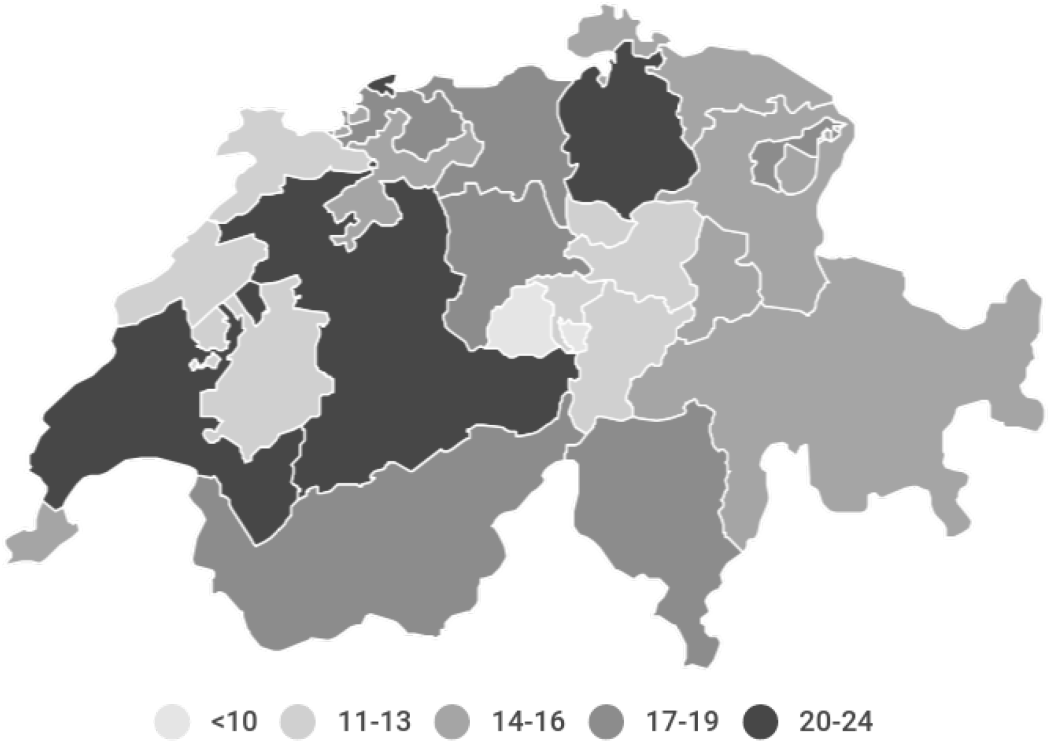
gemeinsamen Planungsgrundlagen, Spitalträgerschaften oder gar Gesundheitsregion bzw. Spitalverbünden (vgl. Tabelle 11).

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.

6.4 Kooperationslandschaft räumlich dargestellt

Die Abbildungen 10 bis 13 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 10) in fünf Kategorien unterteilt.

Abbildung 10 Räumliche Verteilung von Kooperationen



Anmerkung. Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf Expertengesprächen.

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 Einwoh-

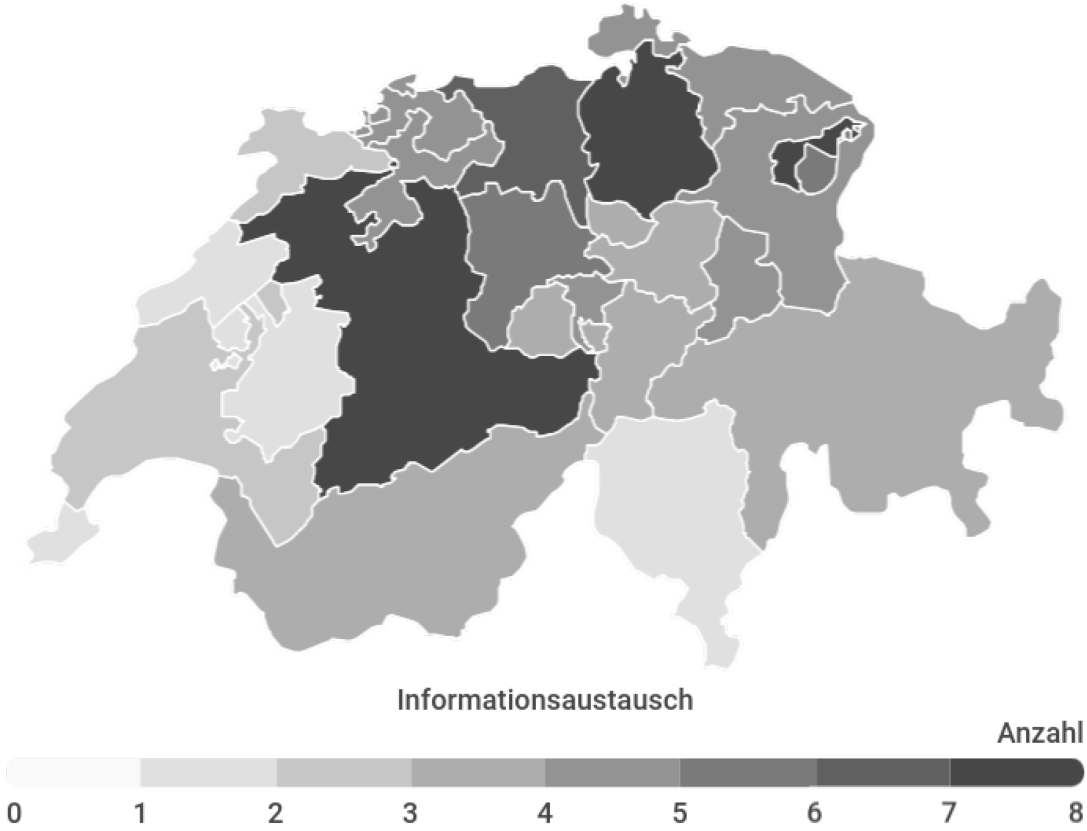
nern handelt es sich um einen mittelgrossen Kanton an der Sprachgrenze. In der Mittekategorie liegen so unterschiedliche Kantone wie Genf, Solothurn, Schaffhausen und ein Grossteil der Ostschweiz. Der Kanton Tessin erscheint etwas überraschend in der zweithöchsten Kategorie zusammen mit Aargau, Basel-Landschaft, Luzern, Wallis und Appenzell Ausserrhoden. 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: 147f.). Der hohe Wert von Kooperationen spiegelt allerdings ev. auch nicht die tatsächliche Situation wider. Der Kanton Tessin ist 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.[72] Am kooperationsfreudigsten zeigen sich die Kantone Basel-Stadt, Bern, Waadt und Zürich. Eine auffällige Gemeinsamkeit ist, dass alle über ein Universitätsspital 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 6.5 vertieft.

Beim Informationsaustausch (Abbildung 11) für sich genommen ist die Bandbreite weniger gross und reicht von der Beteiligung an einem Informationsaustausch (FR, GE, NE und TI) bis zu acht (ZH). Danach folgen Appenzell Ausserrhoden und Bern mit je sieben Austauschen, Aargau mit sechs Austauschen und Appenzell Innerrhoden sowie Luzern mit je fünf. Es sticht ins Auge, dass die 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 eine Rolle spielen, insbesondere die Einführung des SPLG-Konzepts. So haben sich bspw. 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

[72] 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 CLASS als in die ZGSDK involviert sei, bringe er sich in letztere aus Ressourcengründen weniger intensiv ein.

Wallis Zürich. Jura wandte sich wiederum ans Wallis, um sich Unterstützung bei der Einführung der neuen Planungsmethode zu holen (Quelle: Interviewaussage).[73]

Abbildung 11 Räumliche Verteilung von Informationsaustausch



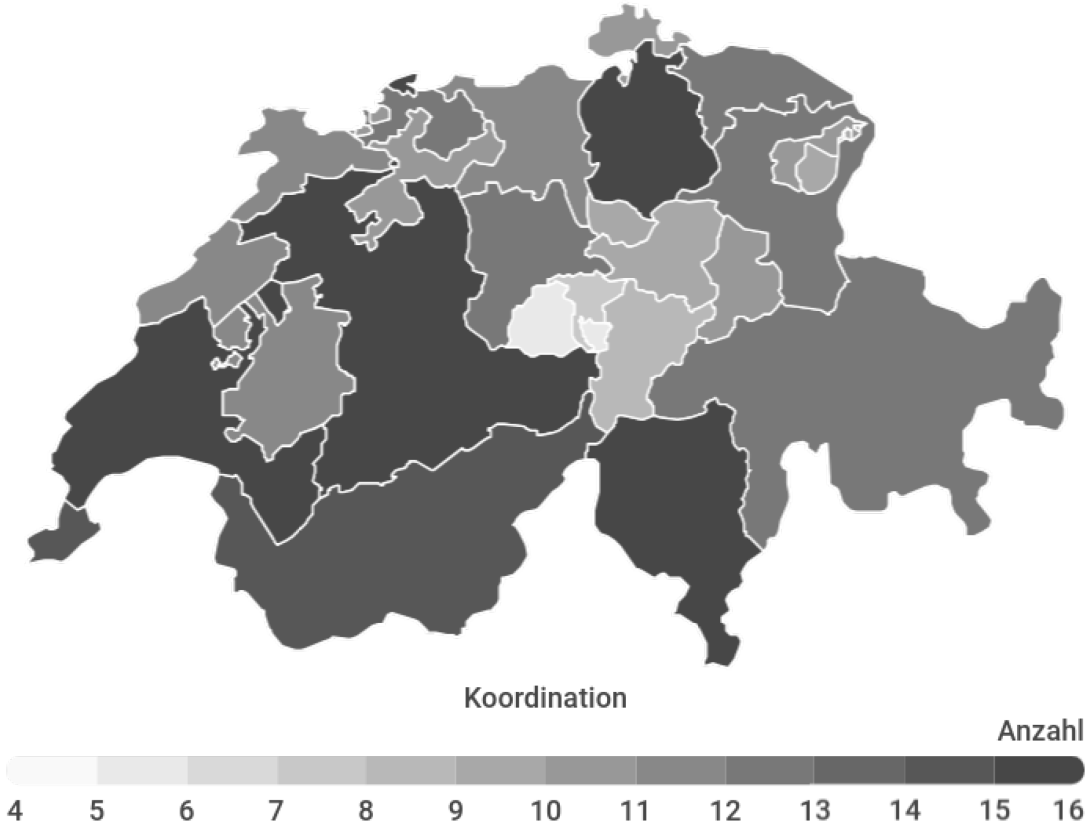
Anmerkung. Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf Expertengesprächen.

Die Kantone sind im Spitalbereich besonders aktiv auf Stufe der Koordination (Abbildung 12). Alle Kantone zusammengenommen beteiligen sich fast 300-mal an insgesamt 80 verschiedenen Koordinationsmöglichkeiten (Tabellen 12 und 13). 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 v. a. 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 relativ aktiven Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) zusammen. So stellen Achtermann und Berset

[73] Aufgrund der Zusicherung von Anonymität kann hier – und an einigen nachfolgenden Stellen – nicht auf die entsprechende Interview-Nummer verwiesen werden, weil ein Rückschluss auf den/die Befragte möglich wäre.

(2006: 73) bereits vor der KVG-Reform eine „besonders enge Zusammenarbeit“ innerhalb der CLASS (damals noch CRASS)[74] fest, die sie auf die gemeinsame Kultur zurückführen.

Abbildung 12 Räumliche Verteilung von Koordination

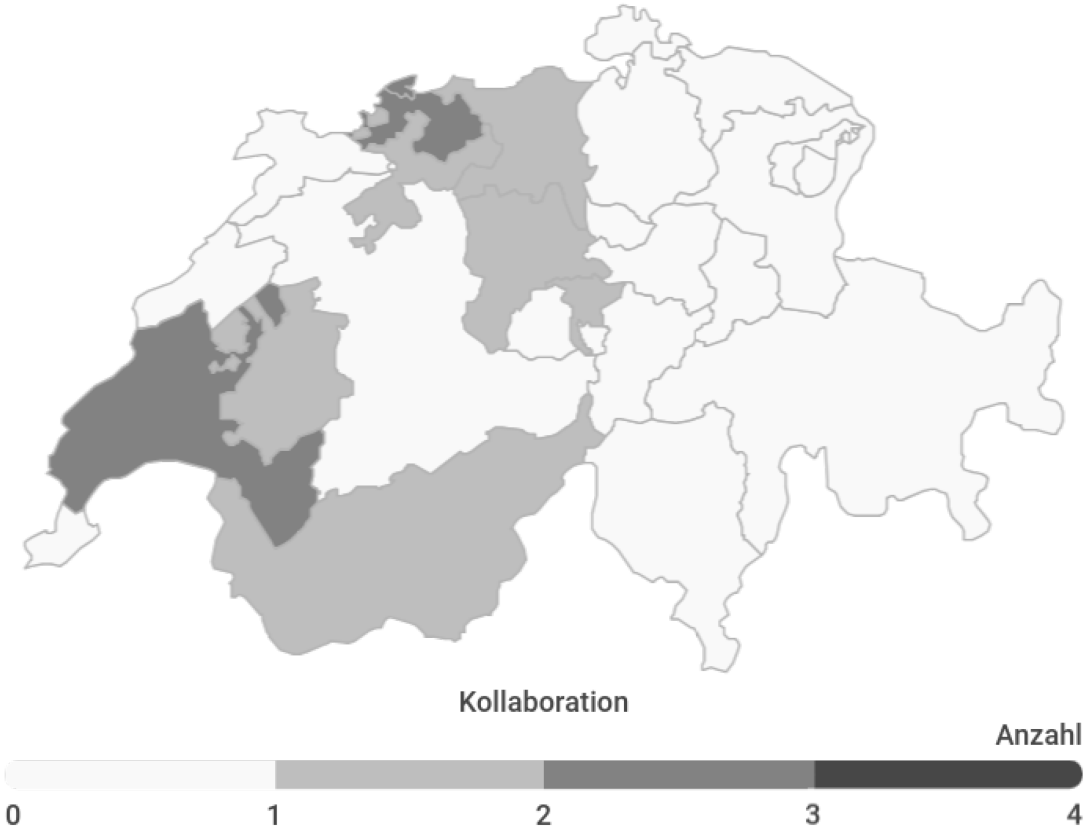


Anmerkung. Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf Expertengesprächen.

Im Hinblick auf die Kollaboration (Abbildung 13) 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 interkantonale 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.

[74] CRASS steht für Conférence romande des affaires sanitaires et sociales.

Abbildung 13 Räumliche Verteilung von Kollaboration



Anmerkung. Eigene Darstellung mit Infogram, basierend auf Expertengesprächen.

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).[75] Die CLASS gilt allgemein als eine äusserst aktive Konferenz mit einem ständigen Sekretariat und einer vergleichsweise hohen Sitzungsfrequenz aufgrund ihrer diversen Subkommissionen bzw. Arbeitsgruppen. Der Austausch ist im gesamten Politikbereich intensiv, konkrete Projekte laufen aber eher bilateral (z. B. zwei interkantonale Spitäler). Politische Realitäten bzw. 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 (Interview CW91). Insgesamt identifizieren sich die lateinischen Kantone stark mit ihrer (Sprach-)Region, insbesondere aufgrund der eigenen Sprache und Kultur.

[75] 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 ständiger Gast.

Die CLASS wird ausdrücklich als Organ erwähnt, um auf nationaler Ebene die regionale Sichtweise einbringen zu können (Achtermann und Berset 2006: 74, siehe auch Interview WJ13). Die Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK-NWCH) ist aktuell v. a. auf Fachebene aktiv. Die Kantone Bern und Luzern sind jeweils noch in der CLASS bzw. in der Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz (ZGSDK)[76] 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 mitten im Projekt der Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsregion stecken.[77] 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 relativ starke 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 (Interview AM31). Projekte im Spitalbereich finden aber v. a. bilateral statt, wie bspw. Lunis. Die GDK-Ost wird von mehreren aussenstehenden Kantonen als recht aktiv wahrgenommen. Mit der Ostschweizer Spitalvereinbarung war sie Vorreiter bzgl. 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.

6.5 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.

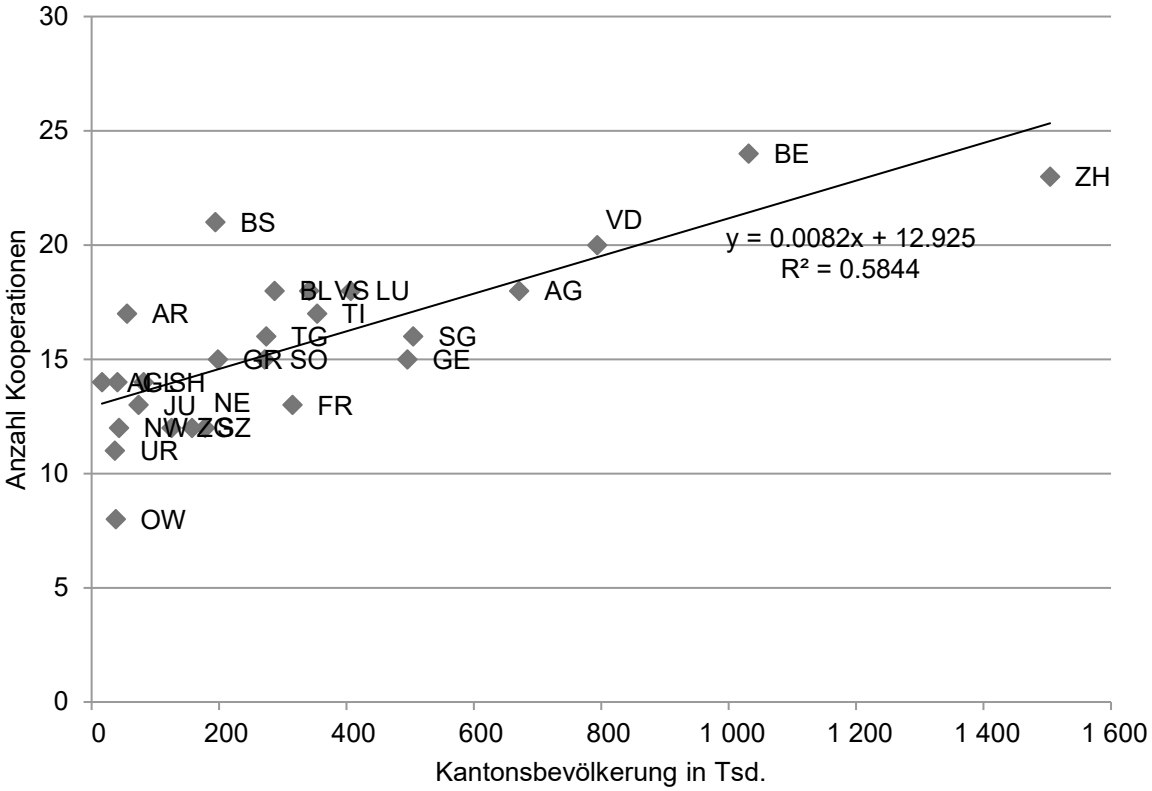
Über alle drei Kooperationsstufen gemeinsam gesehen, nimmt die Zahl der Kooperationen mit wachsender Bevölkerungsgrösse zu (Abbildung 14). Während es durchaus

[76] 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.

[77] Die Schaffung eines gemeinsamen Spitalverbunds wurde im Februar 2019 von der basel-städtischen Stimmbevölkerung abgelehnt, eine gemeinsame Gesundheitsregion hingegen angenommen.

kleine Kantone gibt, die relativ viele Kooperationen pflegen (z. B. AR), gibt es umgekehrt keine grossen Kantone, die wenig kooperieren.

Abbildung 14 Kooperationen nach Bevölkerung



Anmerkung. Eigene Daten und BFS (2018a).

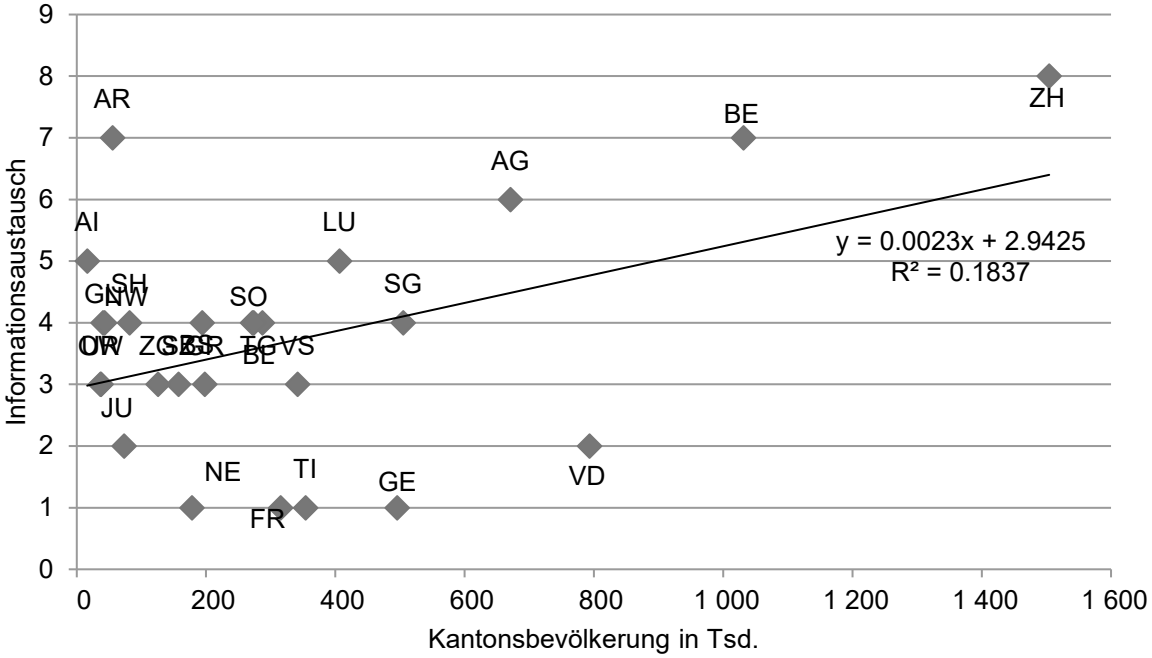
Die Trendlinie, ein bivariates lineares Regressionsmodell, weist einen klaren Zusammenhang zwischen Bevölkerungsgrösse und Kooperationshäufigkeit aus. Mit einem Bestimmtheitsmass R^2 von 0.58 kann dieses simple Modell Kooperation erstaunlich gut mit der Bevölkerungsgrösse erklären.[78] Es besteht also statistisch ein klarer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsgrösse und Kooperationshäufigkeit, die als Umsetzung der Koordinationspflicht verstanden werden kann.

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 15). Hier ist der Steigungskoeffizient für die Bevölkerung deutlich kleiner, ebenso der Wert für das R^2. Die reellen Datenpunkte der Kantone streuen dementsprechend stärker rund um die Trendlinie. Für die Koordinationsaktivitäten (vgl. Abbildung 16) ist der Zusammenhang wieder klar

[78] 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.).

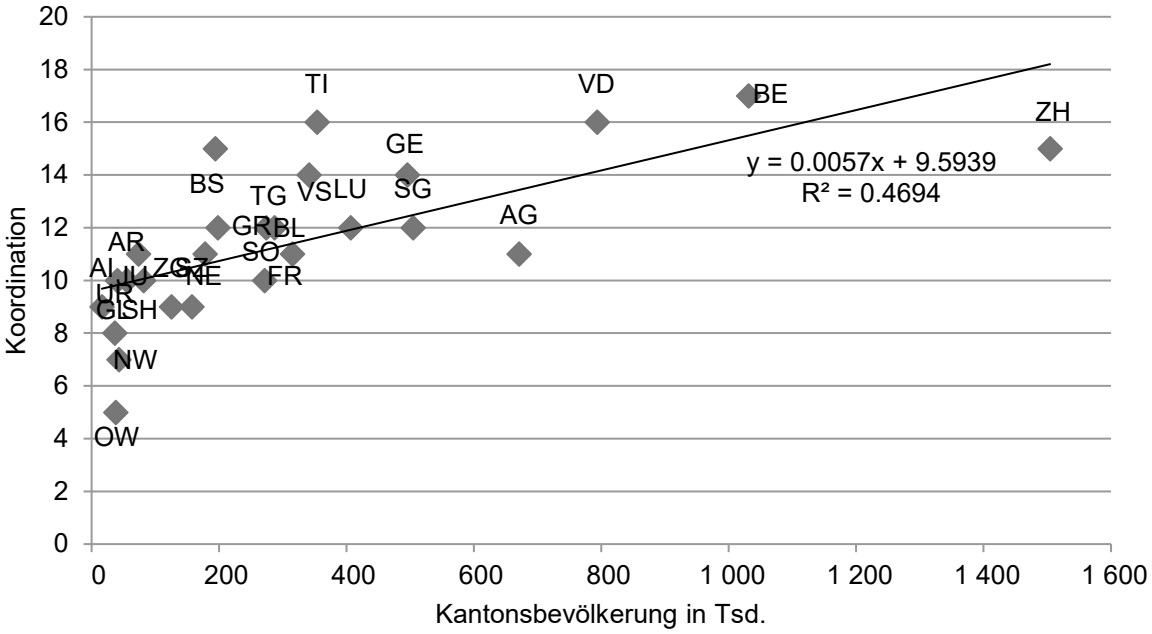
stärker und der Steigungskoeffizient steiler. Mit 0.47 ist R^2 respektabel hoch, wie im Fall aller Kooperationsformen zusammengenommen.

Abbildung 15 Informationsaustausch im Verhältnis zur Bevölkerung



Anmerkung. Eigene Daten und BFS (2018a).

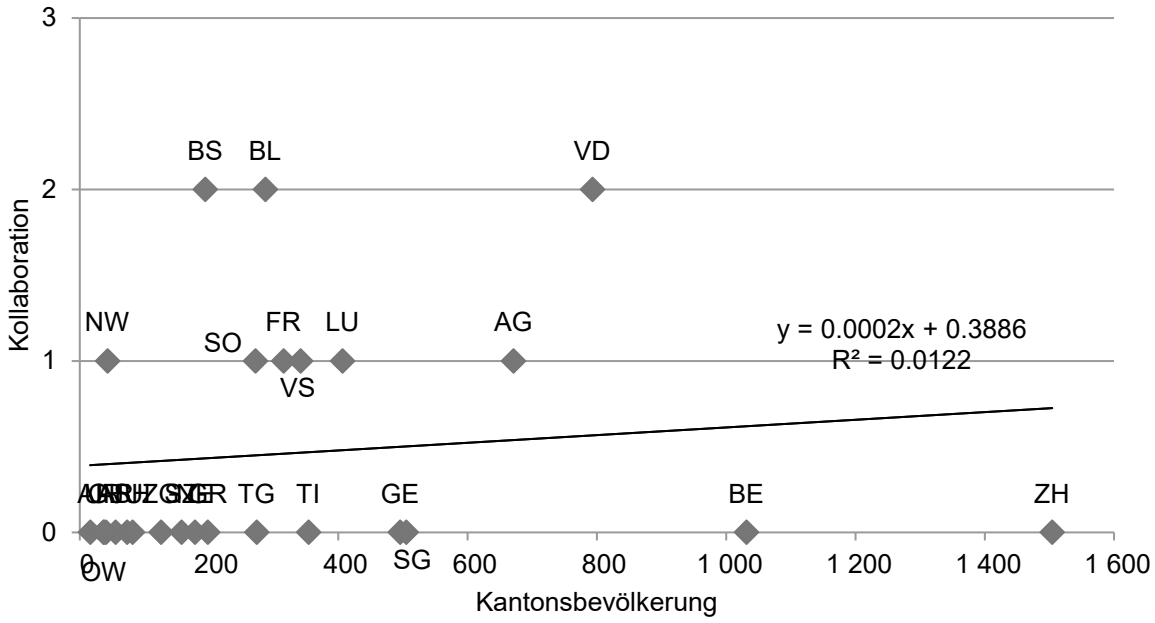
Abbildung 16 Koordination im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung



Anmerkung. Eigene Daten und BFS (2018a).

Für die Kollaboration (Abbildung 17) 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 Einwohnern tendenziell häufiger mindestens eine Kollaboration aufweisen als die Kantone mit weniger als 190'000 Einwohnern und die beiden grössten Kantone mit über einer Million Einwohner. So kollaborieren acht von dreizehn Kantonen in dieser ‚Mittekategorie', während bei den Kantonen mit unter 190'000 Einwohnern einer von elf Kantonen mindestens einmal kollaboriert. Bern und Zürich, als einzige Kantone mit über einer Million Einwohner, kollaborieren beide nicht.

Abbildung 17 Kollaboration im Verhältnis zur Kantonsbevölkerung



Anmerkung. 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. So schliesst Bochsler (2009: 362), überrascht von seinem Ergebnis, dass grosse Kantone häufiger kooperieren als kleine, „that larger cantons more

often formalize their co-operation in treaties, while smaller cantons sometimes co-operate informally." Die Ergebnisse der vorliegenden simplen bivariaten Analyse legen nahe, dass auch beim Informationsaustausch die Kantonsgrösse eine Rolle spielt, allerdings eine kleinere, wie der geringere Steigungsgrad zeigt. Der Unterschied zwischen grossen und kleinen Kantonen wird 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.

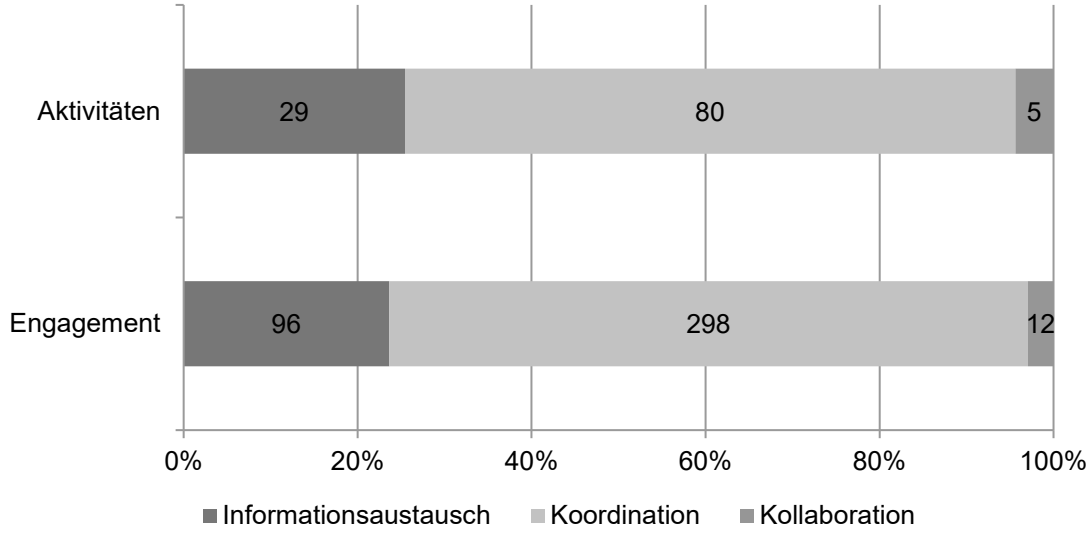
Auf der höchsten Kooperationsstufe, bei den Kollaborationen, präsentiert sich das Bild anders. Hier sind es vor allem mittelgrosse Kantone, die häufiger zusammenarbeiten. Kollaborationen sind im Allgemeinen am stärksten formalisiert, werden meist durch interkantonale Vereinbarungen festgehalten und sind 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 selber 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 selber 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 selbst lösen und stemmen könnten. Folglich sind sie potenziell an Kollaborationen interessiert und erscheinen möglicherweise den kleineren Kantonen aufgrund geringerer Grössenunterschiede als weniger bedrohlicher Zusammenarbeitspartner bzgl. der Autonomiewahrung als wesentlich grössere Partner. So entspricht die Nidwaldner Bevölkerung immerhin rund 10 Prozent der Einwohner des Kantons Luzern und fällt in der gemeinsamen Spitalregion Lunis stärker ins Gewicht, als sie dies bspw. 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 weitreichende Schlüsse gezogen werden, sollten die Ergebnisse der multivariaten statistischen Analyse berücksichtigt werden.

6.6 Die Bedeutung der Kooperationsstufe

Das Gros der kantonalen Kooperationsaktivitäten spielt sich auf Koordinationsstufe ab, wie dies Abbildungen 18 und 19 veranschaulichen. Das gilt sowohl für die Anzahl verschiedener Kooperationen, die zwischen den Kantonen existieren (Abbildung 18, erste Säule), als auch dafür, wie oft sich die Kantone an den bestehenden Formaten beteiligen (Abbildung 18, zweite Säule).[79]

Abbildung 18 Verteilung von Engagement und Aktivitäten auf die Kooperationsstufen

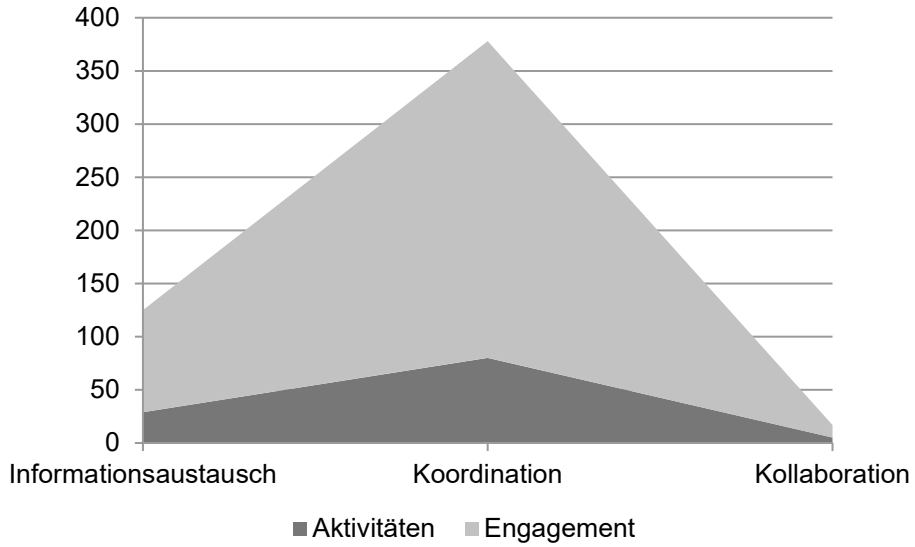


Anmerkung. Die Zahlen in der Säule geben die absoluten Werte wider.

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 13).

[79] 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.

Abbildung 19 Häufigkeit des Engagements und der Kooperationen insgesamt nach Kooperationsstufe



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.[80] Eher offenbart Abbildung 19 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.

Vielmehr 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 bzw. 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 2.1.2 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,

[80] 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.

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 bzw. -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 (Interview UX36): Gespräche und Austausch mit einigen Nachbarn finden sehr rege statt. Die gemeinsame Erarbeitung von Planungsgrundlagen ist 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 (Interview BO27). Aktuell nehmen die GDK-Ost-Kantone einen neuen Anlauf für eine gemeinsame Rehaplanung.

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 o. Ä. 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 Kantonsvertreter die GDK-Empfehlungen als wichtig und hilfreich erachten (Interviews YU47, CW91,

IO19, LF35 MV26, WJ13, ZK03), schätzen sie einen Ermessensspielraum bzw. erachten ihn als notwendig. Verschiedene Befragte äussern, man übernehme die GDK-Empfehlungen oder das SPLG-Konzept mit Augenmass bzw. man behalte sich vor, eigene Entscheidungen zu treffen (Interviews BO27, CW91, GW82, IZ26, KW02, LF35, VJ17). Typischerweise werden Empfehlungen nicht befolgt, wenn man die regionale und wohnortsnahe Versorgung nicht sicherstellen könnte, 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 bzgl. Spitalplanung haben (Interviews AM31, HM17, HT25, MO09, KW02, TO12, BO27). 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.[81] Ansonsten sei es fast unmöglich, die kantonalen Eigeninteressen zu überwinden (Interview BO27, ähnlich bzgl. Eigeninteressen LQ07, UX36).

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 v. a. um die Tragweite der Entscheidungen. Insbesondere der mögliche Autonomieverlust ist heikel. Hinzukommen aber auch potenzielle finanzielle Konsequenzen für die eigenen Kliniken

[81] 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 Vertreter des HSM-Beschlussorgans (bestehend aus zehn Gesundheitsdirektorinnen 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 https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606&L=prusyhuyj, zugegriffen: 12.3.2019.

oder ein Verlust an Standortattraktivität, wenn Leistungsaufträge ausserkantonal 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 aber politisch schwer durchsetzbar. Eine Fachperson kommentierte dazu sinngemäss, dass die verantwortlichen Regierungsrätinnen und -räte trotz sachlicher Einsicht die Wählerreaktion oder jene der Legislative fürchteten (Interview IO19).

Auf Stufe des Informationsaustauschs geschieht sehr viel und vermutlich weit mehr, als die quantifizierten Daten abbilden, insbesondere auf der Fachebene. 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 bedarfsorientiert sei (Interviews CW91, IZ26, MV26, NV11, TO12, TV03, UP05, VH17, VJ17). 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 bzgl. der besten Vorgehensweise und (neuen) Methode nach SPLG-Konzept sehr intensiv gewesen (z. B. Interview TV03). Nebst den bereits erwähnten Vorgehensweisen, Methoden und Kriterien orientiert man sich gegenseitig über laufende Beschwerden oder Gerichtsverfahren mit den Kolleginnen und Kollegen in anderen Kantonen (z. B. Interview CW91). Zudem erwähnt ein Befragter, dass man sich gegenseitig über Tarifstreitigkeiten informiere, die ebenfalls Konsequenzen für die Spitalplanung haben können (Interview HM17). Wiederum andere Kantonsvertreterinnen und -vertreter erwähnen, dass sie bei geplanten Spitallistenänderungen möglicherweise betroffene Nachbarn informell auf Fachebene vorabinformieren (z. B. Interviews IO19, TO12). Dieser informelle Austausch zu alltäglichen Fragen rund um die Spitalplanung spielt sich unterhalb des politischen 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 formelleren Wegen ein gegenseitiges Lernen statt. Es wirkt sich zusätzlich zu den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und der Gremienarbeit (formeller Weg) auf die Verwaltungspraxis aus. Für dieses Phänomen der Annäherung der kantonalen Politikformulierung und Umsetzung, bspw. über informellen

Austausch, haben Kissling-Näf und Knoepfel (1992) den Begriff der ‚sekundären Harmonisierung' geprägt, wodurch Unterschiede im Schweizer Vollzugsföderalismus ausgeglichen werden können (Sager 2003).

Die vorangehende Diskussion stützt die eingangs geschilderte Grundannahme bzgl. der Bedeutung von Verbindlichkeit und Sichtbarkeit für Kooperationen in weiten Teilen. Es hat sich aber gezeigt, dass die Kooperationsebene kein geeignetes Mass für die Verbindlichkeit und Sichtbarkeit ist. Die Kooperationsaktivitäten nehmen nicht einfach mit zunehmender Kooperationsstufe ab, sondern konzentrieren sich, wie eingangs geschildert, auf die Koordinationsebene. 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 bspw. 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 bzw. 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 bzw. wie sehr die Kooperation mit ihren Präferenzen übereinstimmt. Ohne starke Anreize bleibt es bei folgender Feststellung: „Koordination funktioniert dort, wo unstrittige Situationen geregelt werden" (Interview HM17).

6.7 Umsetzung des Koordinationsartikels

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 bspw. aus geografischen Gründen oder weil der Markt dies mit der freien Spitalwahl alleine regle und kaum steuerbar sei (Interviews HM17, LQ07, VJ17).

Die Kantone selbst sind vielfach unsicher, wie die Koordinationsanforderungen aus Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV erfüllt werden sollen, weil Gesetzestext und Verordnung als zu offen wahrgenommen werden (Interviews CW91, FK33, LQ07). 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)

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.[82] Die Kantone geben denn auch an, dass drohende Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht eine intensivere Koordination zur Folge hätten (Interviews CP01, CW91, IZ26). 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 Müller (2017) 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 4.1). Aber noch mehr als das ist es ein Ausdruck der Kompetenzverteilung im föderalen System der Schweiz. Denn die Spitalplanung liegt aktuell eindeutig inner-

[82] So klagte bspw. der Kanton Zürich erfolgreich gegen den Regierungsrat des Kantons Thurgau und die Klinik Aadorf AG wegen ungenügender interkantonaler Koordination, allerdings betreffend die psychiatrische Versorgungsplanung (siehe BVGer C-1966/2014).

halb der kantonalen Kompetenz. Mehrfache Bestrebungen, kantonsübergreifende Planungsregionen einzuführen (Motion Leuthard 02.3042, Postulat Wirz-von Planta 03.3042, Motion Meyer-Kälin 10.3449)[83], wurden mit Verweis auf die bestehende Kompetenzordnung vom Bundesrat zurückgewiesen (Stellungnahme des Bundesrats vom 18.12.2002 zur Motion Leuthard 2002[84]). Es ist also naheliegend anzunehmen, die Offenheit der Formulierungen solle den Kantonen ausreichend Spielraum lassen oder aus 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 (Interviews CW91, FK33, LQ07). 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 alleine zu planen, sondern über die Kantonsgrenzen hinaus zu schauen. 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 etc.) 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 o. Ä. notwendig sei (Interviews BO27, GW82, IZ26, LF35,

[83] Siehe Fussnoten 19-21 für den exakten Verweis auf Curia Vista.
[84] Siehe https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20023545, zugegriffen: 31.12.2020.

VJ17). 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.

6.8 Schlussfolgerungen

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 bzgl. 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 kantonal unterschiedlich eingeschätzt. Die einen empfinden es 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 fussen 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 angekoppelt.

Die Hypothese, dass v. a. 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 Ko-

operationspartner, insbesondere für Kantone ab einer gewissen Grösse, die selber 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 z. B. zur Umsetzung des KVG. Zum anderen wurden auch vorher schon Kollaborationen angestrebt. 2005 scheiterte ein gemeinsamer Spitalverbund zwischen dem Zürcher Spital Männedorf 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- bzw. Kompensationshypothese formuliert wurden, wirft die statistische Analyse 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.

7 Varianzorientierte Analyse

7.1 Vorüberlegungen zur Modellspezifikation von ERGMs

Um die in Kapitel 4.2 hergeleiteten Hypothesen (vgl. Übersicht in Tabelle 9) bezüglich der Einflussfaktoren auf die interkantonale Zusammenarbeit im Spitalbereich zu überprüfen, schätzte ich im Sinn eines sozialen Netzwerkansatzes mehrere Exponential Random Graph Models (ERGMs).[85] 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 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).

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). Das kantonale Spitalkooperationsbeziehungsnetz ist vermutlich nicht ganz so dynamisch wie 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.

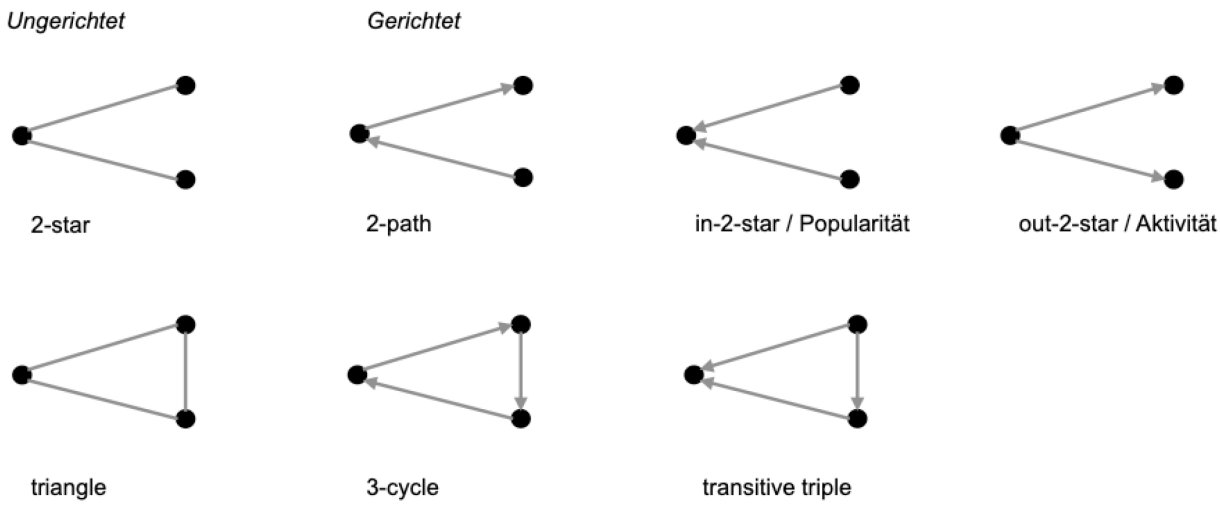
Bei der Datenanalyse mithilfe von ERGMs geht es zuerst darum, ein passendes Ausgangs-Modell (baseline model) anzupassen, welches die grundlegenden netzwerkendogenen Effekte erfasst. Das Ziel ist es, dabei möglichst nahe an die Eigenschaften des beobachteten Netzwerks zu kommen (ibid.: 226). Erst dann werden andere interessierende Variablen (Attribute auf Knoten- oder Kantenebene) 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 v. a. 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

[85] 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 bspw. Lusher et al. (2013: 1) an.

Verteilung konvergieren (ausführlich siehe Scott 2016: 241ff.; Lusher et al 2013: 142ff.; Taboga 2017). Die MCMC-Traceplots zu den einzelnen Modellen werden in Anhang E ausgewiesen.

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 unterschieden wird. Dies illustriert Abbildung 20, 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 bzw. 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 20 Netzwerkkonfigurationen mit drei Knoten



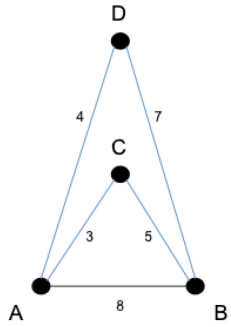
Anmerkung. Nach Lusher et al. (2013: 18, 68).

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 bspw. das Vorhandensein eines Universitätsspitals. Teils

geht es aber auch auf Netzwerk-endogene Effekte zurück, weshalb diese modelliert werden müssen (ibid.). 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 20). 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 *nodesqrtcovar*,[86] der es ermöglicht, in ungerichteten und gewichteten Netzwerken diese Heterogenität von Akteuren zu erfassen (Krivitsky 2012: 1117).

Ein zweites verbreitetes Phänomen in sozialen Netzwerken ist die Tendenz zu *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 *triad-closure bias* zu modellieren (Krivitsky 2012: 1118). Der Term zählt die Anzahl Dyaden, welche über mindestens einen *2-path* – bzw. *2-star* bei ungerichteten Netzwerken – verbunden sind (d. h. sie haben eine Verbindung via einen dritten Knoten, siehe Abbildung 21), und berücksichtigt zudem die Stärke der Beziehung.[87] 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 21 stellt dar, wie man sich diese transitiven Beziehungen vorstellen kann:

Abbildung 21 Transitive Beziehungen in ungerichteten Netzwerken

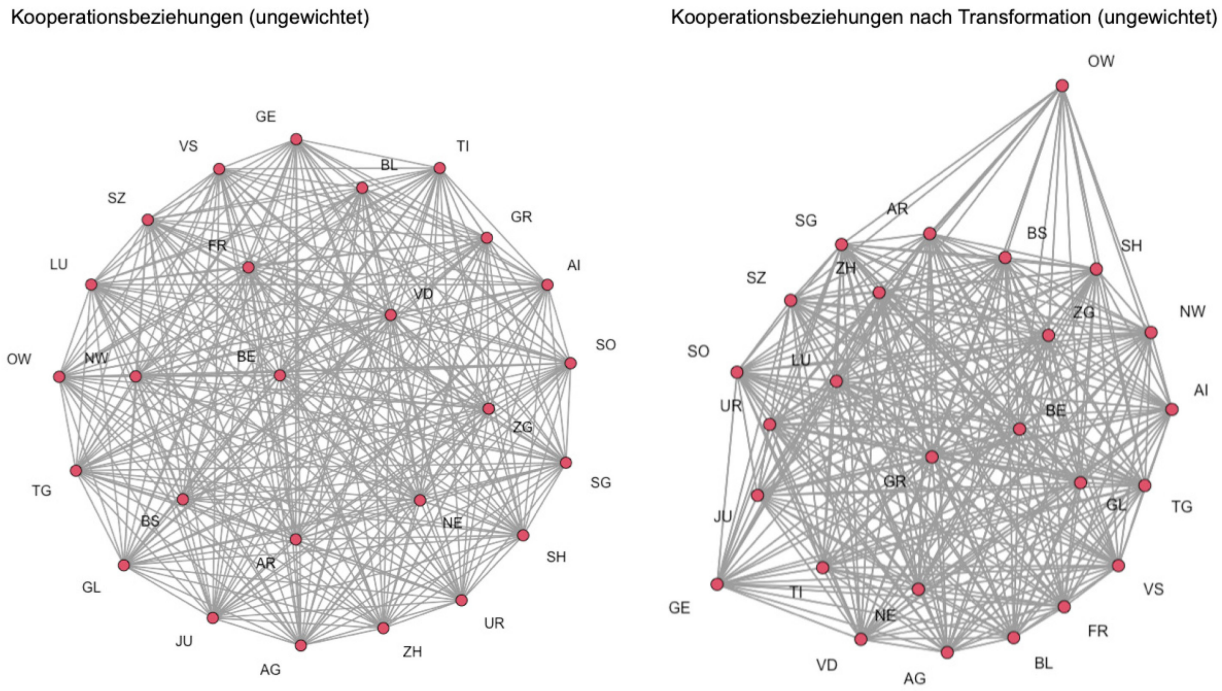


Für die Dyade A-B in Abbildung 21 bestehen gleich zwei sogenannte *2-paths*, also indirekte Verbindungen der Schrittlänge zwei, so dass die Bedingung einer transitiven Beziehung gleich doppelt erfüllt ist. Wird ein Schwellenwert eingeführt, wird ein *2-path*

[86] Nodesqrtcovar steht für „covariance of square roots of dyad values incident on each actor“ (https://cran.r-project.org/web/packages/ergm/vignettes/ergm-term-crossRef.html, zugegriffen: 17.12.2020).
[87] 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.

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 22 Netzwerke der interkantonalen Kooperationsbeziehungen vor und nach der linearen Transformation



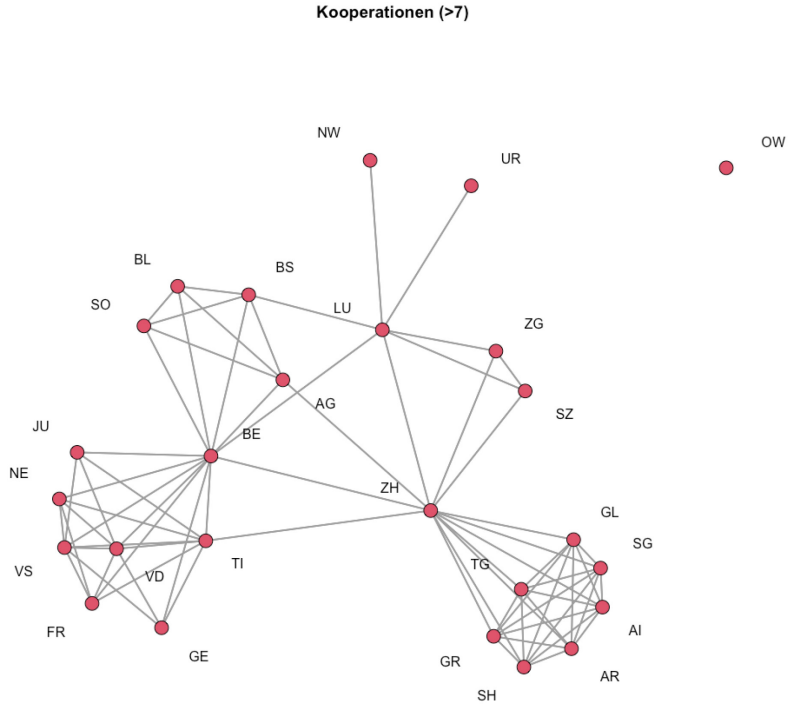
Hinsichtlich der Netzwerkstruktur gilt es einen weiteren Punkt zu berücksichtigen. Das beobachtete Kooperationsnetzwerk der Kantone ist ein volles Netz, bei dem es keine nicht-realisierten Beziehungen gibt. Jedes Kantonspaar weist mindestens zwei gemeinsame Kooperationsaktivitäten auf (siehe Tabelle 14). 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). 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.[88] Für

[88] Es handelt sich hierbei sozusagen um eine Umkehrung der Problematik zur Analyse von *rare events*, welche bspw. in der logistischen Regressionsanalyse eine gewisse Bekanntheit geniesst (King und Zeng: 2001a, 2001b).

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.[89] 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 der Nicht-Berücksichtigung zweier Kooperationen, an denen sich alle Kantone beteiligen.[90] Die Abstände zwischen den einzelnen Datenpunkten bzw. Dyaden bleiben damit unverändert. Tabelle 14 listet die Variablen, die in der statistischen Analyse verwendet werden, und zeigt deren maximale und minimale Ausprägung sowie Varianz. Und wie die Abbildung 22 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 14). Die Abbildungen 23 bis 25 visualisieren, wie die Netzwerke pro Kooperationsstufe aussehen, wenn man die Schwellenwerte berücksichtig.[91] Auf dieser Grundlage ermittelt die Software den Term für die Tendenz zu geschlossenen Triaden bzw. den Freundschaftseffekt (transitiveties).

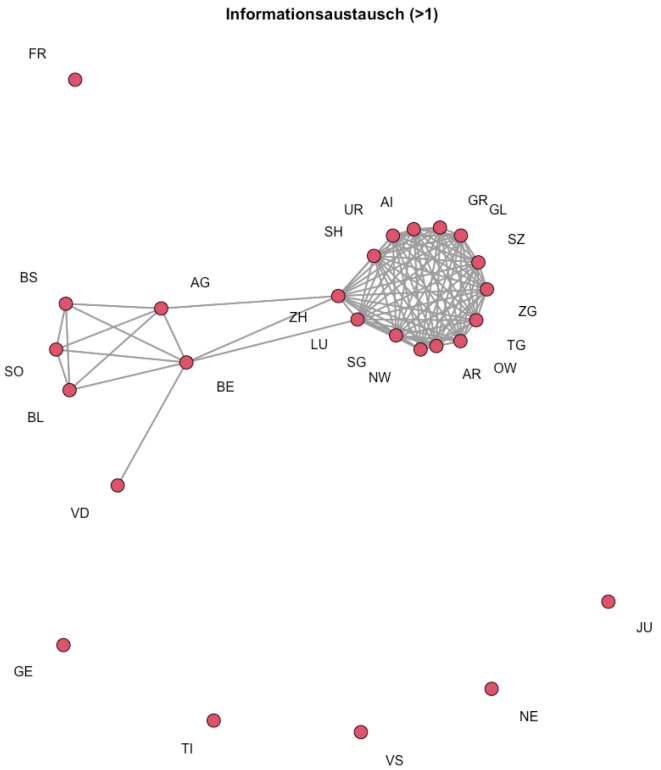
[89] Ich danke an dieser Stelle sehr herzlich Dr. Mario Angst für den wichtigen Hinweis auf die ‚Null-Problematik' bei Poisson-Verteilungen und sein grosszügiges Teilen seiner Expertise bei der Schätzung von ERGMs.
[90] Bei den zwei Kooperationsaktivitäten handelt es sich um die beiden Koordinationen GDK-Treffen und die Anwendung der GDK-Empfehlungen (eigene Erhebung).
[91] Die Netzwerke beziehen sich auf die Situation nach Transformation der abhängigen Variablen, welche für Kooperation und fortgeschrittene Kooperation durchgeführt wurde.

Abbildung 23 Netzwerk der Kooperationsbeziehungen grösser als 7



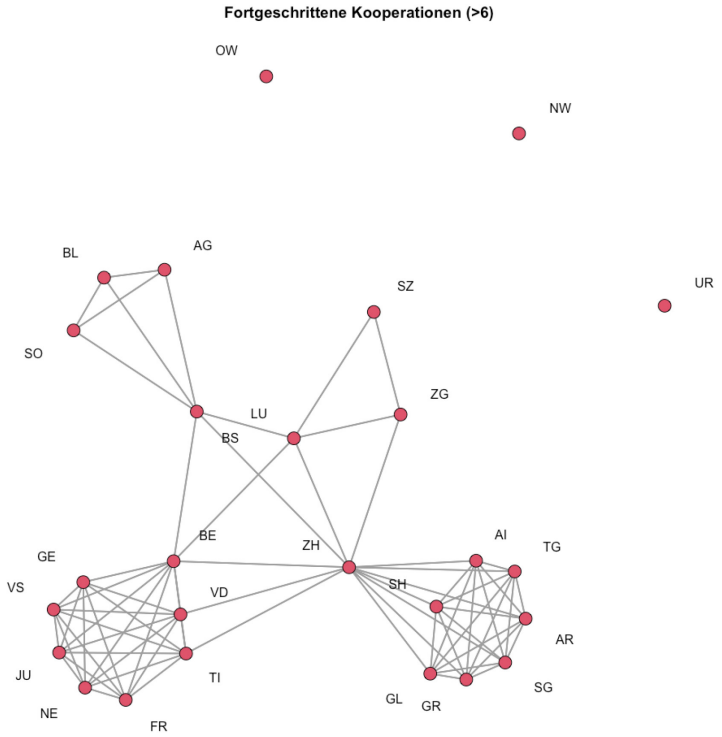
Anmerkung. Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket ‚ergm'. Transitive Beziehungen (mit Schwellenwert = 7) bestehen dann, wenn zwei Kantone mit mindestens einem weiteren Kanton ein geschlossenes Dreieck bilden. Zum Beispiel besteht zwischen BS und LU eine transitive Beziehung, weil beide mit BE ebenfalls 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.

Abbildung 24 Netzwerk der Informationsaustausch-Beziehungen grösser als 1



Anmerkung. Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket ‚ergm'.

Abbildung 25 Netzwerk der fortgeschrittenen Kooperationsbeziehungen grösser als 6



Anmerkung. Eigene Daten, dargestellt mit dem R-Paket ‚ergm'.

Bereits von blossem 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 25) sind dies einerseits die Kantone Bern und Zürich, aber auch die Waadt und das Tessin und Basel-Stadt sowie in etwas bescheidenerem Umfang Luzern. Deutlich erkennbar sind auch die regionalen Kooperationscluster mit dem Kanton Bern als Brückenkanton zwischen der lateinischen Schweiz und der Deutschschweiz und Zürich als Bindeglied zwischen den Ostschweizer Kantonen und der übrigen Schweiz. Auffällig ist zudem, dass die Westschweizer Kantone kaum reinen Informationsaustausch betreiben, sondern direkt auf höheren Stufen aktiv sind. Dies wird deutlich, wenn man die Abbildungen 23 und 25 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 Analyse im Anschluss zeigt auf, ob die netzwerkendogenen Faktoren (Freundschaftseffekt, Akteursheterogenität) Bestand haben, wenn exogene Faktoren (auf Knoten- oder Dyaden-Ebene) berücksichtigt werden, um die Kooperationsbeziehungen zu erklären.

Tabelle 14 Variablenübersicht

Variablenname	Minimum	Maximum	Arithm. Mittel	Standard-abweichung
Abhängige Variable: Anzahl Kooperationsaktivitäten				
Kooperation (alle Stufen)	2	17	6.59	3.77
Kooperation (transformiert)	0	15	4.59	3.77
Informationsaustausch	0	4	0.86	1.16
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	10.7	396	145.28	78.00
Gemeinsame Grenze	0	1	0.16	0.37
Gemeinsame Hauptsprache	0	1	0.57	0.49
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren (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	1.17
Universitätsspitalstandort	0	1	0.19	0.40
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf	567.4	1871.6	944.7	301.15
Prämienanstieg	0.41	0.97	0.68	0.15
Strukturelle Netzwerkparameter				
Sum				
Transitiveties (threshold)*				
Nodesqrtcovar				

Anmerkung. *Für den Informationsaustausch wird der Schwellenwert (threshold) 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. Für die Verteilung (Histogramme) der abhängigen und unabhängigen Variablen siehe Anhang D.

7.2 Resultate

Tabelle 15 rapportiert die Resultate der Schätzungen mit *poisson-referenced valued* ERGMs nach MCMC-MLE-Verfahren.[92] Ausgewiesen werden jeweils drei Modelle pro abhängige Variable, d. h. für Kooperation insgesamt, für Informationsaustausch als

[92] 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 Maximum-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 aufweist. Die so ermittelten Schätzer der unabhängigen Variablen werden dann als Resultat ausgewiesen (Aerne 2019: 185f.). Siehe auch Kapitel 5.3.1.

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 Paars von Akteuren), während das dritte Modell alle Variablen gleichzeitig berücksichtigt. Auf diese Weise kann überprüft werden, ob gleichzeitig 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 und den Traceplots in Anhang E ausgewiesen. 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 besser an die empirischen Daten angepasst sind als die jeweiligen Null- und Baseline-Modelle (vgl. Tabellen in Anhang E). 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.).[93]

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 v. a. darum geht, Schub- und Bremskräfte für Kooperationsbeziehungen zu identifizieren, ist das Vorzeichen am wichtigsten. Der marginale Effekt gibt einen Hinweis auf die substanzielle Bedeutung 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 bzw. 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 ($p \leq 0.05$) bzw. 99 Prozent ($p \leq 0.01$) von Null verschieden ist. Wie in der sozialwissenschaftlichen Forschung

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

durchaus gängig, werden auch jene Schätzer hervorgehoben, welche das 90-prozentige Signifikanzniveau erreichen ($p \leq 0.1$).

Betrachtet man die Resultate in Tabelle 15 (für als Boxplots visualisierte Resultate siehe Anhang E.4), zeigt sich, dass für alle Modelle unabhängig der Kooperationsstufe die zwei Netzwerkparameter *transitiveties* und *nodesqrtcovar* 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 (nodesqrtcovar), 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 23 bis 25 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 allein der wachsenden Komplexität der Aufgaben 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 v. a. 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

Tabelle 15 Resultate für die verschiedenen Kooperationsstufen

	Kooperation insgesamt			Informationsaustausch			Fortgeschrittene Kooperation		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Sum	1.666**	-0.207**	0.272**	-1.783**	-1.629**	-1.375**	1.107**	0.735**	0.548**
	(0.012)	(0.010)	(0.010)	(0.034)	(0.040)	(0.040)	(0.009)	(0.010)	(0.011)
Transitiveties††	0.702**	0.705**	0.707**	0.411**	0.414**	0.413**	0.899**	0.893**	0.890**
	(0.111)	(0.113)	(0.113)	(0.133)	(0.136)	(0.133)	(0.093)	(0.100)	(0.099)
Nodesqrtcovar	0.370**	0.269**	0.250**	1.822**	1.836**	1.829**	1.279**	1.170**	1.148**
	(0.027)	(0.027)	(0.026)	(0.057)	(0.064)	(0.061)	(0.023)	(0.022)	(0.019)
Bevölkerungsgrösse (ln)		0.058**	0.072**		-0.037	-0.029		0.031**	0.029*
		(0.008)	(0.014)		(0.027)	(0.048)		(0.007)	(0.013)
Universitätsspital-standort	0.414**	0.228**	0.313**	0.278†	0.265†	0.310*	0.006	-0.005	-0.029
	(0.058)	(0.056)	(0.059)	(0.156)	(0.146)	(0.155)	(0.044)	(0.046)	(0.047)
Öff. Spitalausgaben pro Kopf	-0.0002**	-0.0001	-0.0002†	-0.00003	0.00001	-0.00004	-0.0001	-0.0001	-0.00004
	(0.0001)	(0.0001)	(0.0001)	(0.0002)	(0.0002)	(0.0002)	(0.0001)	(0.0001)	(0.0001)
Prämienanstieg	0.484**	0.369**	0.395**	0.348	0.395	0.414	0.016	-0.024	-0.032
	(0.115)	(0.124)	(0.124)	(0.336)	(0.362)	(0.357)	(0.091)	(0.101)	(0.101)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)	-0.042**		-0.063**	-0.049		-0.034	0.024*		0.018
	(0.014)		(0.023)	(0.043)		(0.076)	(0.011)		(0.022)
Distanz	-0.002**	-0.003**	-0.003**	-0.004*	-0.004*	-0.004**	-0.0001	-0.0001	-0.0001
	(0.001)	(0.001)	(0.001)	(0.002)	(0.002)	(0.002)	(0.0004)	(0.0004)	(0.0004)
Gemeinsame Grenze	0.380**	0.359**	0.357**	0.467*	0.483*	0.480*	0.076	0.072	0.071
	(0.075)	(0.074)	(0.075)	(0.217)	(0.213)	(0.218)	(0.079)	(0.083)	(0.082)
Gemeinsame Hauptsprache	0.160*	0.218**	0.222**	1.005**	0.976**	0.976**	-0.050	-0.013	-0.014
	(0.067)	(0.068)	(0.071)	(0.291)	(0.286)	(0.282)	(0.059)	(0.062)	(0.064)
Gleiche Parteizuge-hörigkeit d. Gesundheits-direktoren	0.050	0.057	0.061	0.386	0.382	0.370	-0.378**	-0.386**	-0.383**
	(0.075)	(0.077)	(0.075)	(0.250)	(0.242)	(0.254)	(0.086)	(0.089)	(0.086)
Anzahl „Gesundheits-direktoren-Paare“	-0.085**	-0.095**	-0.095**	0.078	0.089	0.088	-0.064**	-0.072**	-0.074**
	(0.028)	(0.028)	(0.029)	(0.073)	(0.076)	(0.077)	(0.021)	(0.023)	(0.023)
Interkantonale Patienten-ströme (in Tsd.)	0.046**	0.037*	0.036*	-0.001	0.005	0.006	0.039*	0.030	0.029
	(0.014)	(0.014)	(0.014)	(0.044)	(0.044)	(0.042)	(0.020)	(0.020)	(0.021)
AIC	-2'675	-2'679	-2'684	-232.0	-232.5	-231.0	-1'328	-1'330	-1'328
BIC	-2'626	-2'630	-2'631	-182.8	-183.3	-178.0	-1’279	-1’281	-1’275

Anmerkung. †p≤0.1, *p≤0.05, **p≤0.01; Standardfehler in Klammern; †† Der Schwellenwert (threshold) für transitive Beziehungen 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.[94] AIC: Akaike-Informationskriterium; BIC: Bayes-Informationskriterium; für beide gilt: je kleiner die Zahl vgl. mit dem jeweiligen Nullmodell, desto besser.

[94] Für die Schwellenwerte (thresholds) siehe https://rdrr.io/github/statnet/ergm/man/ergm-terms.html, zugegriffen: 22.7.2020.

das Ergebnis nicht signifikant.[95] 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 genau so häufig Informationen austauschen, wie es grössere Kantone tun und auf Stufe des Informationsaustauschs nicht benachteiligt sind. Über die Kooperation insgesamt betrachtet, ist hingegen keine Kompensation der Kleinheit durch Kooperation erkennbar.

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 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 o. Ä. 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 der eben begründeten Erwartungen hat die Differenz 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 – d. h. ohne Informationsaustausch – 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 *nodesqrtcovar*-Term mit Werten grösser als 1 stark positiv ist. Damit läuft die vorhandene Akteursheterogenität dem Bevölkerungsunterschied möglicherweise etwas den Rang ab, da es insbesondere Zürich und Bern sind, die besonders viele Kanten auf sich vereinigen. Während bei den Koope-

[95] 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.

rationen 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 Unispital 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 Kooperation verglichen bspw. mit ideellen Faktoren tatsächlich ist (Blatter 2000, 2004). Doch folgt man der rational-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 durchwachsen. Der Einfluss der beiden Kenngrössen für den gesundheitspolitischen Problemdruck (öffentliche Spitalausgaben und Prämienanstieg) erweisen sich als bedingt aussagekräftig. Einzig für die Kooperation insgesamt erreicht der Prämienanstieg in allen drei Modellen statistische Signifikanz, die öffentlichen Spitalausgaben werden zwei Mal signifikant. 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, dass Kantone mit hohen öffentlichen Spitalausgaben (im Zeitraum 1996-2008) für andere als Partner wenig attraktiv sind, weil man befürchtet, die hohen Kosten könnten abfärben, indem man bspw. übermässig teure Leistungen einkauft. Für den Prämienanstieg hingegen gilt dies weniger, weil ein starker Anstieg im Beobachtungszeitrum nichts über das Ausgangsniveau verrät und eben sehr wohl als Auslöser für die eigenen

Kooperationsbemühungen wirken kann. Weil der gesundheitspolitische Problemdruck für den Informationsaustausch und fortgeschrittene Kooperationen separat betrachtet keine Signifikanz erreicht, begrenzt das die Robustheit dieses Einflussfaktors für die Kooperationsbeziehungen.

Ebenfalls in die Richtung einer funktionalen bzw. instrumentellen Logik geht die Kontrollvariable zu vorbestehenden Interdependenzen in Form von interkantonalen Patientenströmen (K2). Sie sind insbesondere für die gesamthafte Kooperation relevant. Beim Informationsaustausch erreichen die Patientenströme keine statistische Signifikanz. Im Fall der fortgeschrittenen Kooperation werden die Patientenströme 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 bzw. kantonsnachbarschaftlich geprägt ist. Geografische Nähe und eine gemeinsame Grenze haben im Grossen und Ganzen den erwarteten Effekt. Das widerspiegelt sich auch in einzelnen Interviewaussagen (Interviews BT51, HM17, GW82, HT25, LF35, LK17, MV26, UP05, WJ13), 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". (Interview IZ26).

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 bzw. 2.65 zu ($e^{1.005}$ in Modell 4 und $e^{0.976}$ in den Modellen 5 und 6) verglichen mit einem ansonsten identischen Kantonspaar, das einzig eine unterschiedliche Hauptsprache aufweist. Erneut ist denk-

bar, 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 Interviewpartner hervorheben, dass zwischen der Deutschschweiz und der lateinischen Schweiz unterschiedliche Staatsauffassungen bestünden und sich dies in ihrem Vorgehen spiegle (Interview HM17), womit der Gesprächspartner auch implizierte, dass dies eine Barriere für eine gegenseitige Abstimmung bspw. des Planungsvorgehens 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 bzw. 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 (z. B. Interview IZ26, LF35). Für Kooperation insgesamt und die fortgeschrittene Kooperation nimmt der Kooperationswert zwischen 6 und 9 Prozent ab, wenn die Zahl der Gesundheitsdirektoren-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.

Tabelle 16 Übersicht über die Ergebnisse

	Hypothesen	Kooperation (insgesamt)	Informations-austausch	Fortgeschrittene Kooperation
H1a	Kleinheit auf tiefer Stufe	Grosse kooperieren insgesamt häufiger als Kleine.	Nicht signifikant. Gewisse, indirekte Evidenz.	-
H1b	Kleinheit auf höheren Stufen	Wie H1a.	-	Bestätigt. Kleinere kooperieren seltener.
H2a	Komplementarität auf höheren Stufen	Ähnlich grosse Kantone kooperieren häufiger.	-	Tendenziell bestätigt.
H2b	Homophilie bei Informationsaustausch	Wie H2a.	Nicht signifikant.	-
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.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aufgestellten Hypothesen auf Kooperation insgesamt ziemlich gut zutreffen (vgl. Tabelle 16 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 bspw. für die Bedeutung der Kantonsgrösse hinsichtlich der Kooperationsfreudigkeit. Die eigene Datensammlung erlaubt es, die statistischen Ergeb-

nisse 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.

7.3 Diskussion

Die eben präsentierten Resultate werden an dieser Stelle 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 bzw. 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 14 in Kapitel 6). 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, v. a. 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 hätten[96] (Interviews AM31, HM17, HT25, MO09, KW02, TO12, BO27). Diese Auffassung hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten wird auch von der Forschung gestützt (z. B. Bochsler 2009: 362). Die vorliegende Studie begegnet dem Ressourcen-Argument auf zwei Arten. Erstens wurde 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

[96] 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.

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 fortgeschrittenen 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 v. a. 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 (Interviews IZ26, NV11, YU47). Es sind aber nicht nur die kleinen Kantone, welche bspw. die koordinierend wirkenden GDK-Empfehlungen zu schätzen wissen. In der Spitalplanung sind die grossen Kantone ebenfalls an Koordination interessiert.[97] 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, 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 24 Kantone es an. 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 bspw. Leistungsaufträge an ein entsprechendes [ausserkantonales] Listenspital erteilen. Grössere Kantone wiederum haben oftmals

[97] 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.

> eine weit komplexere Spitallandschaft. Für sie steht v. a. die kantonsinterne Angebotsplanung im Vordergrund. (Interview MO09)

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 (Interview BO27) aufgrund der neuen Finanzierungsregeln (vgl. Kapitel 2.2.5). 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 (Interview TO12). Die grossen Kantone (namentlich Zürich und Bern) ihrerseits sind in der Lage, genau solche Instrumente zur Umsetzung der Planungsvorgaben notfalls selber 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.[98] Zudem zeigt sich, dass kleinere Kantone oft ‚einseitig koordinieren', indem sie bspw. Vorlagen der GDK oder des Kantons Zürich rund um das SPLG-Konzept fast komplett oder teilweise übernehmen (Interview IZ26, ähnl. NV11; siehe auch Planungsdokumente folgender Kantone aus dem Verzeichnis: AI[99], AR, SZ, ZG).

Darin 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 Zentrumsspitälern besonders viele Beziehungen auf sich vereinen (vgl. Abbildungen 23 und 25).

[98] Einige Befragte geben an, dass diese Instrumente eindeutig auf die Problemlage in mittleren und grösseren Kantonen zugeschnitten seien, weshalb sie mit dem SPLG-Konzept und einigen GDK-Empfehlungen teils hadern oder angeben, diese pragmatisch den eigenen Bedürfnissen anzupassen (z. B. Interview AM31). So verwenden alle Kantone, die ihre Spitalplanung nach SPLG-Konzept vornehmen, bspw. 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 einseitig Änderungen bspw. an Mindestfallzahlen oder Leistungsgruppen vornehme, was in kleineren Kantonen unerwünscht dazu führe, dass bspw. die lokalen Spitäler die Anforderungen nicht mehr erfüllen könnten (Interviews CW91, HM17, LF35, VJ17).

[99] 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).

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 deswegen durchaus so 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. 2009), 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 (Interviews MO09, HM17) jedoch geringer und sie sehen sich eher damit konfrontiert, ein angemessenes Gesundheitsangebot vor Ort sicherzustellen. Grosse Kantone kooperieren demnach mehr, 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 werden nur punktuell signifikant. Berücksichtigt man auch den Akteurheterognitätsfaktor 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 in 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).

III. Interkantonale Kooperationen in der Spitalplanung als Prozess

8 Einleitung zu Sektion III

Nachdem aus einer varianzorientierten Perspektive betrachtet wurde, welche Eigenschaften der Kantone und welche Konstellationen die Kooperationsbeziehungen auf den unterschiedlichen Ebenen begünstigen, widmet sich dieser Teil 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 (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. 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). Broschek argumentiert, dass der historische Institutionalismus für die vergleichende Föderalismusforschung ebenfalls sehr geeignet sei, 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 (ibid.: 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 interessegeleitet als auch von Normen geprägt (Hall und Taylor 1996: 939f.). 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 *critical junctures*.

Das nachfolgende Kapitel beleuchtet die theoretischen Grundlagen des historischen Institutionalisms und führt die zentralen Konzepte ein. Kapitel 10 geht auf die methodischen Überlegungen für die in Kapitel 11 folgende Doppelfallstudie ein. Kapitel 12 schliesst die vorliegende Studie ab, fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen und bietet einen Ausblick einerseits auf forschungsmässige Anknüpfungspunkte und andererseits auf die sich abzeichnenden Entwicklungen im untersuchten Politikfeld, der interkantonalen Kooperation im Spitalbereich.

9 Theorieteil II: Eine historisch-institutionalistische Perspektive auf Kooperationsprozesse

Institutionen sind in einem historisch-institutionalistischen Verständnis „the formal or informal procedures, routines, norms and conventions embedded in the organizational structure of the polity or political economy“ (Hall und Taylor 1996: 938). 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 Arbeit 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:

> Political Science in the early twenty-first century is characterized by several robust traditions of institutional analysis. To a much greater extent than a generation ago when scholars debated *whether* institutions mattered in shaping politics, the discipline is now defined by multiple approaches to determining *how* and *when* institutions shape political developments. (Fioretos et al. 2016: 1, Hervorhebungen im Original)

Der historische Institutionalismus eignet sich besonders gut, um Fragen zu bearbeiten, wieso Strukturen und Institutionen bestehen bleiben bzw. sich nur langsam wandeln, obschon sie im aktuellen Kontext ineffizient oder überholt erscheinen. Das Feld der

Spitalversorgung ist genauso ein 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 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:

> Exactly what properties of institutions permit change? How and why do the change-permitting properties of institutions allow (or drive) actors to carry out behaviors that foster the changes (and what are these behaviors)? How should we conceptualize these actors? What types of strategies flourish in which kinds of institutional environments? (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 Fachebenenkonferenzen. 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 bzw. 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 9.1) und werfe ein Schlaglicht auf die neuere Literatur zu inkrementellem Wandel (Kapitel 9.2), bevor ich in Kapitel 9.3 die Retrenchment-Literatur vorstelle und anschliessend in Kapitel 9.4 darlege, warum sich die Retrenchment-Literatur auf die interkantonale Kooperation im Spitalbereich übertragen lässt und welche Forschungsagenda ich für die Fallstudie daraus ableite.

9.1 Zentrale Konzepte des historischen Institutionalismus

Was den historischen Institutionalismus (HI) gemäss Pierson (2000: 264) historisch macht, ist, „that political development must be understood as a process that unfolds over time". 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. Institutionalistisch ist diese Art der politischen Analyse, weil „it stresses that many of the contemporary political implications of these temporal processes are embedded in institutions – whether formal rules, policy structures, or norms" (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 70er Jahren vorwiegend mit historischer Analyse von Makro-Prozessen auseinandersetzen,[100] werden die untersuchten Zeithorizonte im HI kürzer und der Fokus liegt verstärkt auf der Policy-Ebene (Katznelson und Weingast 2005: 12f.).

> First, historical institutionalists tend to conceptualize the relationship between institutions and individual behaviour in relatively broad terms. Second, they emphasize the asymmetries of power associated with the operation and development of institutions. Third, they tend to have a view of institutional development that emphasizes path dependence and unintended consequences. Fourth, they are especially concerned to integrate institutional analysis with the contribution that other kinds of factors, such as ideas, can make to political outcomes. (Hall und Taylor 1996: 938)

Eine Besonderheit des HI ist, dass er von äusserst stabilen Institutionen ausgeht. Diese können auch fortbestehen, wenn sie ihren ursprünglichen Zweck nicht mehr erfüllen

[100] Ein Beispiel dafür ist Skocpols (1979) klassische Studie zu den Revolutionen in Frankreich, Russland und China, die sich zeitlich auf über 150 Jahre verteilen.

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 *increasing returns*-Phänomene und weitere positive Feedback-Mechanismen. Weggabelungen bzw. *critical junctures* wiederum unterbrechen diese Phasen von Stabilität und erlauben Wandel. Als Gegenstück zum abrupten Wandel fungiert das Konzept der Entwicklungspfade (developmental pathways). Welche Mechanismen dahinterstecken, wird in Kapitel 9.1.2 dargelegt. Doch zuvor gilt es, den so zentralen Institutionenbegriff aus Sicht des HI genauer darzustellen.

9.1.1 Der Institutionenbegriff

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:

> First, understood as historical products, they provide links between unsettled moments of great transformation and more ordinary times. Second, they constrain and shape human beliefs, values, interests and the way these are deployed to shape outcomes. Third, and this is the leading point of contact with RCI [rational choice institutionalism], they are understood to generate preferences.

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: 941f.; 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 normen-, werte- und interessegeleitet 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).[101]

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 „not neutral coordinating mechanisms but in fact reflect, and also reproduce and magnify, particular patterns of power distribution in politics“ (Thelen 1999: 394). Dies hat Implikationen für die Reformierbarkeit bestehender Regeln, wie im Folgenden u. a. anhand von positiven Feedback-Mechanismen oder den *vested interests* (wohlerworbenen Interessen) aufgezeigt wird.

9.1.2 Pfadabhängigkeit, wachsende Erträge, Entwicklungspfade und Weggabelungen

Das Konzept der Pfadabhängigkeit ist für den historischen Institutionalismus zentral. Es fehlt jedoch eine einheitliche Definition. Pierson (2000: 251f.) 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.

[101] 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 und der SVP. Ist nur ein Sitz zu vergeben (z. B. Ständeratswahl in einem Halbkanton), wird ein linker Wähler möglicherweise lieber für die CVP-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-Kandidatin) von den tatsächlichen Präferenzen (Wahl der SP-Kandidatin), unter Verhältniswahlrecht hingegen nicht.

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 *critical junctures* für die grossen Richtungswechsel stehen und die Feedback-Mechanismen die Langlebigkeit von Institutionen erklären, beschreibt das Konzept der *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: 94f.; 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 berechtigte 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 verbundenen Konzepte leichtfertig bemüht werden, ohne das Argument auf seine Gültigkeit zu prüfen oder die dahinter liegenden Mechanismen nachzuzeichnen:

> But such references, though a promising starting point for the analysis, cannot themselves replace the analysis; these concepts need to be applied, not just invoked. Among other things, we need to know exactly who is invested in particular institutional arrangements, exactly how that investment is sustained over time, and perhaps how those who are not invested in the institutions are kept out. (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 Anwendende mit der Zeit immer effizienter mit einer neuen Technik umgehen und allenfalls gar Innovationen hervorbringen.
(3) *Koordinationseffekte* sind v. a. 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 die ‚falsche Wahl' aus mehreren Optionen später Nachteile hat (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 *increasing returns* 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 *mental maps* 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 Begebenheiten 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 „historical institutionalists institutions as enduring legacies of political struggle“ (ibid.: 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).

9.2 Institutioneller Wandel unabhängig von Schocks – ein Literaturüberblick

Als Gegenentwurf zum übermässigen Fokus auf lange Phasen von Stabilität, die von gelegentlichen kurzen Momenten des Umbruchs unterbrochen werden, bringen ver-

schiedene 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, Pierson und Thelen 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 9.3). 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 Wandel-Literatur 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 „above all else as *distributional instruments* laden with power implications" zu verstehen seien (Mahoney und Thelen 2010: 7f., Hervorhebung im Original). 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, Pierson und Thelen 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 (ibid.). 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, Pierson und Thelen: 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, Pierson und Thelen 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 Rente nach Umlageverfahren (wie z. B. die Schweizer 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 bspw. Kürzungen in der obligatorischen Rente vereinfacht (Hacker 2004: 255f.).

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: 130f.) erstens eine allgemein akzeptierte Diagnose, dass die bestehenden Politiken gescheitert sind. Zweitens erarbeiteten Entscheidungsträger Alternativen, die sich primär dadurch auszeichnen, das Gegenteil von den vorherigen Mass-nahmen 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 „new measures are accepted by a wide range of different groups (political parties, administrations, trade unions, employers and others) who agree on the new measure, but for different reasons and with different interests. They share neither a common vision of the reforms nor the same interest in the measures“ (Palier 2005: 131). Aber weil alle mit einem Teil der Massnahmen zufrieden sind und ihre Interessen darin repräsentiert sehen, gelingt eine Einigung.[102] Viertens werden die Massnahmen eher am Rand der bestehenden Institutionen eingeführt „as if their purpose were only to fix or complement the system, but they develop to become very important, causing a shift in the whole welfare state trajectory“ (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.

9.3 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).[103] 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

[102] 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.

[103] „Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment“ (1994) wurde gemäss Google Scholar 5795-mal zitiert, „The New Politics of the Welfare State“ (1996) erreicht 5643 Zitationen und „Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics“ (2000) 8988 Zitationen (Suchabfragen auf scholar.google.com, Stand 23. November 2020).

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, Ragin, Stephens 1993), in der Ausbaugeschwindigkeit (Nachzügler 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 sind hier die Stärke linker Parteien und Gewerkschaften (power resources; Korpi 1983), wonach eine starke Linke zu grosszügig ausgebauten Wohlfahrtsstaaten führt bzw. deren Absenz zu minimalen Wohlfahrtsstaaten; die Parteiendifferenzhypothese (Hibbs 1977), laut der Parteien aufgrund ihrer Ideologie und Klientel eine unterschiedliche makro-ökonomische Politik verfolgen (linke Regierungen betreiben eine expansive Geldpolitik zur Sicherung von Arbeitsplätzen und Wachstumsförderung, während rechte Regierungen eher eine Politik der Austerität betreiben); die staatliche Handlungsfähigkeit bzw. die Anzahl institutioneller Vetopunkte (Tsebelis 2002) usw. Pierson (1994, 1996) ist vor diesem Hintergrund 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 bzw. 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 nachzeichnen werde, führt Pierson diese politischen Schwierigkeiten u. a. auf pfadabhängige Entwicklungen des Kontexts zurück. Piersons Beiträge von 1994 und 1996 laufen darauf hinaus, dass die politischen Entscheidungsträger bestimmte Strategien anwenden, um ihre Verantwortung für den Abbau zu verschleiern und sich diese je nach institutionellem Kontext unterscheiden.

9.3.1 Warum und wie sich der Rückbau 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 bspw. 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 Gegner (z. B. linke Parteien und Gewerkschaften), haben die Sozialprogramme selber den politischen Kontext verändert (ibid.: 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) berechtigte Interessen entwickelt haben. So lösen bspw. 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, „that today's policymakers operate in an environment fundamentally shaped by policies inherited from the past, rather than suggesting that current politics will echo the conflicts of a previous era" (Pierson 1996: 197).[104] 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 Gegner eines ausgebauten Wohlfahrtsstaates komfortable politische Mehrheiten haben. Denn grosse Sozialprogramme

[104] 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).

werden Teil der politischen Landschaft und schaffen ihrerseits Nutzniesser i. S. v. Leistungsempfängern oder werden zu wichtigen Arbeitgebern, wie z. B. das Schul- und Gesundheitswesen (Pierson 1996: 146). Folglich schaffen frühere Politiken neue Interessengruppen bzw. Direktbetroffene, die etwas gegen einschneidende Massnahmen einzuwenden haben.

Mit Blick auf einen Rückbau (von Elementen) des Wohlfahrtsstaates formuliert es Pierson (1996: 178f.) vor diesem Hintergrund so: „Frontal assaults on the welfare state carry tremendous electoral risks. The contemporary politics of the welfare state is the politics of blame avoidance." Wollen die politisch Verantwortlichen nicht abgewählt werden – und davon geht Pierson aus, geht es für sie in erster Linie darum, eben diese 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 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.).

9.3.2 Einflüsse des institutionellen Settings auf die Sichtbarkeit

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. Damit sind hier Strategien der *blame avoidance* besonders wichtig. In politischen Systemen mit grösserer Machtteilung zwischen verschiedenen Staatsebenen (Föderalismus), bei grossen Regierungskoalitionen etc. gibt es grundsätzlich mehr Vetopunkte, was radikale Reformen per se schwieriger macht, dafür sind sie weniger sichtbar (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 bzw. mit allen politischen Lagern eine Verständigung gesucht werde. Die dritte Hypothese zielt auf die Unterschiede in den politischen Systemen. 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 vorbei zu lotsen. 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.

9.3.3 Strategien im Umgang mit der Sichtbarkeit

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). Erstere 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 (ibid.: 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: 94f.) 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 (ibid.: 96).[105] In ein ähnliches Horn stossen Elmelund-Præstekær und Emmenegger (2013), die die Grundannahme kritisieren, dass wohlfahrtsstaatliche Reformen per se unpopulär seien. Vielmehr gehe es auch darum, was die Alternativen zur Reform seien und wie diese dargestellt würden: „The unpopularity of a reform is a function of its political content *as well as* its framing" (ibid.: 24; Hervorhebung im Original). 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 Wiederstandes 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 (ibid.). 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 sogenannten *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

[105] 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.

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 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 Arbeit eignet. Die Strategien von *credit claiming* und *blame avoidance* lassen sich im Prozess der Etablierung der Kooperation nachweisen und dienen der Schaffung eines Reformkonsens.

9.4 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 Kantonsspitälern im Rahmen von Lunis.

9.4.1 Inwiefern passt wohlfahrtsstaatliche Literatur?

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).[106] Zu einer Krankenversicherung gehört in einem weiteren Sinn natürlich auch das

[106] Zu den ‚neuen' sozialen Risiken gehören bspw. 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).

Gesundheitssystem und damit das Spitalwesen. In der Schweiz ist zudem die öffentliche Hand ein wichtiger Besitzer 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.

9.4.2 Passt die Retrenchment-Literatur?

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 *politics of retrenchment* 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 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 Kontext der Schliessung der Chirurgie mit rund 45 Entlassungen (Egli 2016a, 2016b; Fuchs 2016). Umgekehrt

fiele es schwer, Steuerzahlerinnen und -zahler zu mobilisieren, um für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zu demonstrieren. Es liegt also die klassische Situation von diffusen Gewinnen bei konzentrierten Verlusten vor.

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 Nutzniessern schaffen: Angestellte und Zulieferer erhalten eine Stelle bzw. Aufträge; Gemeindepräsidentinnen und -präsidenten schätzen die Steuereinnahmen für die Gemeinde, weil bspw. gutverdienende Angestellte sich in Spitalnähe niederlassen; die Bevölkerung profitiert von einem wohnortnahen Gesundheitsangebot etc. Wie bereits für Heiden beschrieben gilt auch grundsätzlich: Wird ein Spital geschlossen, sind die Verlierer klar, der Nutzen von Kosteneinsparungen ist aber so breit verteilt, dass die einzelnen Prämien- bzw. 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.[107] 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.

9.4.3 Welche Strategien?

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 Stimmbevölke-

[107] 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 anekdotische das Beispiel des St. Galler Gesundheitsdirektors 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, Stand November 2020, siehe https://www.sg.ch/politik-verwaltung/regierung/spitalzukunft.html, zugegriffen: 29.11.2020).

rung aufgrund der Volkswahl der Regierung die Möglichkeit, einzelne Regierungsmitglieder abzuwählen, wenn sie mit Entscheidungen unzufrieden ist, die ein bestimmtes Ressort betreffen (vgl. Fn. 107). Während die Stimmbevölkerung wohl weniger Parteien abstraft, haben die einzelnen Regierungsmitglieder durchaus eine Abwägung zwischen dem Vote-Seeking und dem Policy-Seeking zu treffen. Es zeigt sich somit auch hier, 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 bzw. 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 ausserkantonales 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 den Gemeindepräsidenten – der 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 etc. 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 Mitarbeiter 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. V.a. 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; Interview LF35; 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.; Interview BO27).

9.4.4 Forschungsagenda für die Fallstudie

Diese Übersicht macht deutlich, 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 ja handelt. Auf Basis der vorangehenden Ausführungen argumentiere ich, dass im Spitalbereich über die Zeit Gruppen von 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.

10 Methodenteil II: Fallstudiendesign

Die vorliegende Fallstudie bezeichne ich an anderer Stelle auch als Doppelfallstudie. In der Terminologie von Blatter et al. (2007: 144) handelt es sich dabei um einen diachronen Vergleich eigentlich zweier Fälle oder um einen „intertemporal comparison" (Blatter und Haverland 2012: 46f.). 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. Während Blatter et al. (2007: 136f.) zwischen deskriptiven Wie-Fragstellungen und kausalen Warum-Fragestellungen trennen, ist meines Erachtens die Grenze zwischen den beiden Kategorien verschwommen, da beim Fragen nach dem Wie meistens auch ein Warum mitschwingt. Das trifft jedenfalls nach meinem Verständnis für die vorliegende Studie zu. 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 bspw. beim Framing politischer Handlungsoptionen der Fall ist. Im Folgenden gehe ich näher auf die Überlegungen zur Fallauswahl, die Methode des *causal-process tracing* (CPT) und das hier verwendete Verständnis von kausalen Mechanismen ein.

10.1 Fallauswahl: Die gemeinsame Spitalregion Lunis der Kantone Luzern und Nidwalden im Vergleich zum Vorgängerprojekt

Es gibt mittlerweile verschiedene Techniken zur Fallauswahl bei Fallstudiendesigns, die sich je nach Forschungsstrategie und Kombination mit anderen methodischen Ansätzen wie 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* bzw. 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 Faktoren, 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 Variable ablehnen, ist dies für Fallstudien in der CPT-Tradition sinnvoll und wünschenswert. So braucht es bspw. ‚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: „Causal-process tracing is a within-case analytical technique; therefore, we need not select more than one case, although we do have the option to do so. In the ideal-typical form of the CPT approach, those cases that show a strong positive result with respect to the outcome of interest are selected." Ausserdem betonen sie, wie wichtig ganz pragmatische Überlegungen wie der Zugang zu Informationen und Expertenwissen bei der Fallauswahl sind: „Because causal-process tracing depends on gaining a comprehensive overview over the temporal unfolding of the causal-process, the ability to provide a dense description of critical moments, and the possibility of gaining deep insights into the perceptions and motivations of important actors, the accessibility of a case is the primary precondition for investigation" (ibid.). Und auch die praktische Relevanz und Bedeutung eines Falls darf eine Rolle spielen, v.a. wenn es darum geht, einen Fall möglichst umfassend zu verstehen (ibid.: 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 2.1.2). 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 geglückte Kollaborationsbeispiele gibt, hat das Zustandekommen von Lunis für andere Schweizer Kantone durchaus einen Modellcharakter, was ihm eine gewisse praktische Relevanz verleiht.

Um die Validität der Schlussfolgerungen zu stärken, ergänze ich die Fallstudie zu Lunis mit der Vorgeschichte als zweitem Fall, einem diachronen Vergleich. Das entspricht einer sogenannten kontrollierten 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 nahe kommt (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 etc. sind in beiden Fällen gleich (mehr dazu in Kapitel 11). Die Unterschiede bestehen – abgesehen von der verronnenen Zeit – demnach hauptsächlich im Grössenunterschied der Kooperationspartner sowie dem unterschiedlichen Outcome der Kooperationsbemühungen.

Gerring (2017: 41) ordnet *most-similar*-Fallstudien bei den auf kausale Erklärungen ausgerichteten, explorativen Fallstudien ein, 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 Kooperations*prozessen* zwischen Gliedstaaten besteht. Ich vermute, dass die Politikverwantwortlichen mehrere Strategien aus dem Bereich der Retrenchment-Literatur (vgl. Kapitel 9) 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.

Es gibt zahlreiche unterschiedliche Auffassungen, was Kausalmechanismen genau sind, am häufigsten werden sie als Links zwischen Inputs und Outputs bezeichnet (Falleti und Lynch 2009: 1146). „Mechanisms tell us how things happen: how actors relate, how individuals come to believe what they do or what they draw from past experiences, how policies and institutions endure or change, how outcomes that are inefficient become hard to reverse and so on“ (ibid.: 1147), also welche sozialen Prozesse sich abspielen und Inputs mit Outcomes verbinden (ibid.: 1161). 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 (Falleti und Lynch 2009). Blatter und Haverland (2012: 98) kritisieren daran vor allem, dass deren Kontextverständnis zu breit sei und zwischen kausalen Bedingungen (causal conditions) und Kontext unterschieden werden müsse. Trotz dieser begrifflicher Unterschiede 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 (siehe Kapitel 11.6), weshalb ich sie an dieser Stelle kurz erläutere. *Framing* definieren Falleti und Lynch (2009: 1150) wie folgt: „Elites shape behavior via orientations and beliefs about appropriate or desirable political actions." Es sind also bspw. Politikverantwortliche, die versuchen ein Deutungsraster zu entwerfen, sodass politische Entscheidungen in einem bestimmten Licht erscheinen und bspw. die Stimmbevölkerung oder Parlamentsabgeordnete eine Reform als Notwendigkeit erachten und ihr zustimmen. *Blame avoidance* etc. kann in diesem Sinn als eine Framing-Strategie verstanden werden. *Lernen* bezieht sich darauf, aus politischen Erfahrungen etc. Lehren zu ziehen und das eigene Handeln entsprechend zu verändern (ibid.). 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 bzw. einer Nicht-Kooperation führen.

10.2 Causal-Process Tracing

Wie bereits erwähnt, wechsle 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 „causal-process tracing" ist (Blatter und Haverland 2012: 24). Dieser Forschungsansatz hat eine Affinität mit konfigurativem Denken, wie man es von der von Ragin (2000) entwickelten ‚Qualitative Comparative Analysis (QCA)' kennt. Bei konfigurativem 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 (ibid.: 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 konfigurativ es 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: „The second basic feature is that CPT as a technique of drawing causal inference takes advantage of the fact that causality plays out in time and space“ (ibid.: 81). Deshalb ist es wesentlich, die zeitliche Reihenfolge der Ereignisse zu etablieren und eine „comprehensive storyline“ zu entwickeln (ibid.: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“ (ibid.: 115ff.). Und schliesslich kommt ‚Geständnissen‘ (confessions) eine grosse Bedeutung zu, die Rückschlüsse auf die Handlungsmotive der beteiligten Akteure erlauben (ibid.: 117ff.). 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. ibid.: 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, wie Beach (2016) in seinem methodisch äusserst anspruchsvollen CPT-Verständnis demonstriert. 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 die *smoking guns* oder die ‚Tatwaffe‘ und Geständnisse meistens fehlen, geht es hauptsächlich darum, alternative Erklärungen ausschliessen zu können, bspw. über den *straw in the wind test* (leichte Stärkung oder Abschwächung einer Hypothese), den *hoop test* (klare Stärkung der Relevanz einer Hypothese, Nicht-Bestehen führt zu Ablehnung), über den *smoking gun test* (bestätigt eine Hypothese, aber ein Nicht-Bestehen eliminiert die Hypothese nicht) und der *doubly decisive test* kann gleichzeitig eine Hypothese bestätigen und andere 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 bzw. beim Nachweisen von bestimmten Framing-Strategien und punktuell bei der Einschätzung von alternativen Erklärungen, wie der Bedeutung von Problemdruck o. ä.

10.3 Datengrundlage

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 (Blatter 2007: 113). 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 früheren Ausführungen in Kapitel 5.2.

11 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 bzw. 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.

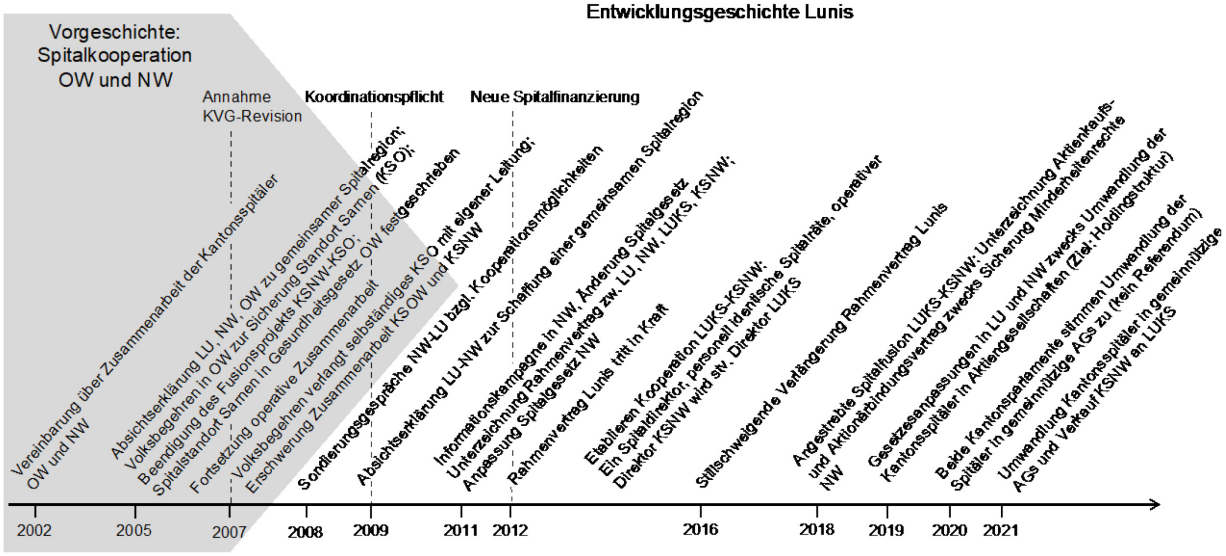
In einem ersten Schritt werden die zwei Kooperationsfälle vorgestellt und der zeitliche Ablauf umrissen. Im Anschluss werden die Akteure, Akteurskonstellation, der weitere Kontext samt Interessenlage präsentiert und beleuchtet, wie sich die Kooperationsausgangslage im Licht der varianzorientierten Ergebnisse 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 dia-chronen Vergleich kontrastiert.

11.1 Die Entstehungsgeschichte der Spitalregion Luzern/Nidwalden

Bei der zu untersuchenden Etablierung der interkantonalen Kollaboration zwischen Luzern und Nidwalden handelt es sich um einen über zehnjährigen 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 Zusammenarbeitsprojekt gerne das Bild einer angestrebten Ehe bemüht; demnach wurde der Rahmenvertrag zwischen den beiden Kantonen und den beiden Kantonsspitälern 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' wird 2021 die ‚Heirat' zwischen den bis dann in Aktiengesellschaften umgewandelten Kantonsspitälern folgen (LUKS 2020). Die notwendigen gesetzlichen Grundlagen wurden von den beiden Parlamenten beraten und verabschiedet. Der Nidwaldner Landrat hiess die Änderungen des Spitalgesetzes in zweiter Lesung mit 53 zu 0 Stimmen (NW 2019a: 503) und der Luzerner Kantonsrat mit 90 zu 17 Stimmen gut (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 26 Zeitstrahl der interkantonalen Zusammenarbeit



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 26 stellt die wichtigsten Eckpunkte der Entstehungsgeschichte von Lunis als Zeitstrahl dar. Dazu gehört namentlich auch die Vorgeschichte zwischen 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. 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 4'044 zu 3'502 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).[108] Vor diesem Hintergrund begann der Weg in Richtung einer gemeinsamen Spitalregion Luzern/Nidwalden.

11.2 Akteurkonstellation, Interessen und Kontextfaktoren

Während beim gescheiterten Kooperationsprojekt von Obwalden und Nidwalden zwei bevölkerungsmässig annähernd gleich grosse Kantone (siehe Tabelle 17) mit ähnlich kleinen Grundversorgungsspitälern aufeinandertrafen – 2009 verzeichnete das KSO 3'069 Austritte und das KSNW 4'112 Austritte –, ist das Verhältnis zwischen Luzern mit 34'643 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 Spitalbettenzahl in Nidwalden und Obwalden verdeutlicht, dass es für kleine Kantone bei der Spitalplanung ganz wesentlich darum geht, ein ausreichendes medizinisches Angebot sicherzustellen.

[108] 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 2012 aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeit (Sda 2012).

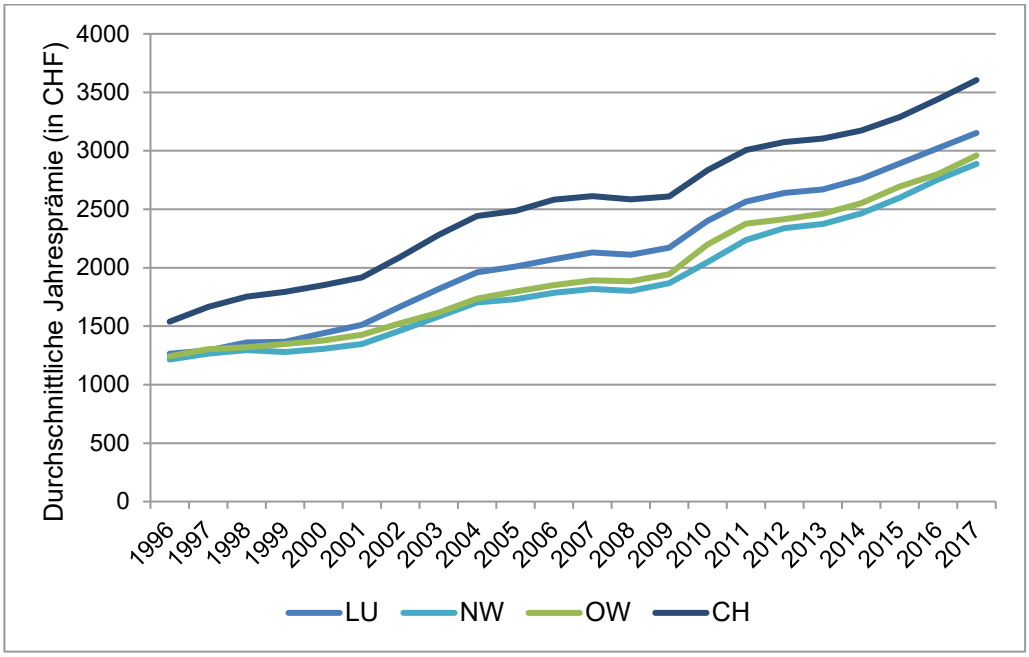
Tabelle 17 Ausgewählte Kennzahlen zu Luzern, Nidwalden, Obwalden und der Schweiz

	Luzern	Nidwalden	Obwalden	Schweiz
Einwohner (2018)	409'557	43'223	37'841	8’544'527
Gesamtfläche in km2	1'493.3	275.9	490.6	41'290.4
Bruttoinlandprodukt (BIP) pro Einwohner 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 (2018)	3.8	2.3	1.3	4,4
Ärzte im ambulanten Sektor pro 100'000 Einwohner (2018)	177	123	124	226

Anmerkung. 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). 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.

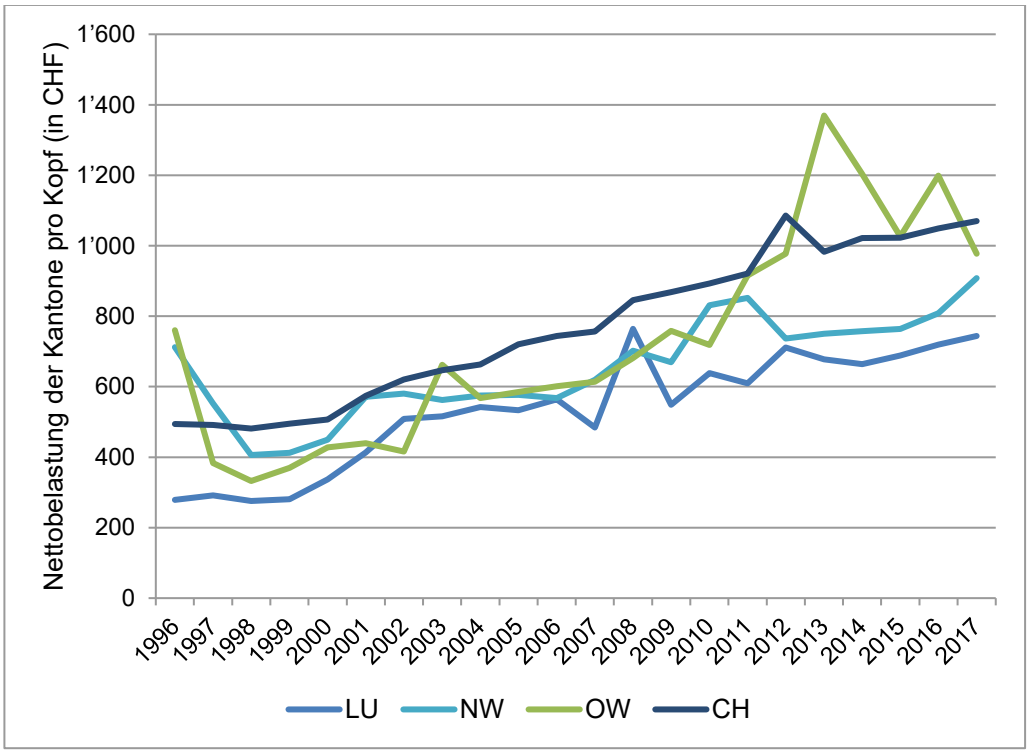
Betrachtet man die Erklärungsfaktoren aus der statistischen Analyse, zeigt sich bezüglich der Kooperationssituation zwischen Luzern und Nidwalden folgendes Bild: Zwischen den beiden Kantonen besteht ein beachtlicher Grössenunterschied. Luzerns Bevölkerung ist die siebtgrösste der Schweiz, Nidwalden hat die fünftkleinste. Damit treffen ein mittelgrosser bis grosser Kanton und ein Kleinkanton aufeinander. Die Einwohnerzahl steht in einem Verhältnis von rund 10 zu 1 (siehe Tabelle 17). Bei beiden Indikatoren zum ökonomischen Problemdruck, der Prämienentwicklung und den öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf, rangieren sowohl Nidwalden als auch Luzern unter dem schweizerischen Durchschnitt (siehe Abbildungen 27 und 28). 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 (ibid.). 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.

Abbildung 27 Prämienentwicklung 1996-2017



Anmerkung. Quelle: BAG (2017).

Abbildung 28 Öffentliche Ausgaben der Kantone pro Kopf 1996-2017



Anmerkung. LU: Verselbständigung LUKS im Jahr 2008; OW: Neubau Bettentrakt 2012-2014; NW: Investitionen in Infrastruktur (ab 2009)[109]. Für CH ist der Durchschnitt der Schweizer Kantone angeführt. Quelle: Eigene Berechnung basierend auf BFS (2018a, 2018c).

[109] Siehe https://www.nw.ch/_docn/143413/MM_Investitionsvorhaben_Kantonsspital_Nidwalden.pdf, zugegriffen: 2.9.2020

Was die geografischen Faktoren angeht, sind die Nachbarkantone kooperationsfreundlich gelegen. Zwischen den Hauptorten Luzern und Stans liegen lediglich 15 Kilometer Strasse und 15 Minuten mit der S-Bahn.[110] 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 bzw. 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 Deschwanden (FDP), die nach zwei Legislaturen nicht mehr antrat. An ihre Stelle trat im Juli 2018 Regierungsrätin Michèle Blöchliger (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 Wiederstand in der Obwaldner Bevölkerung formierte.

Abbildung 29 Zeittafel der zuständigen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in den Kantonen Luzern, Nidwalden und Obwalden

<table>
<tr><th>Zeitraum</th><th>LU</th><th>NW</th><th>OW</th></tr>
<tr><td>2000-2001</td><td rowspan="3">Markus Dürr
(CVP)</td><td rowspan="3">Leo Odermatt
(GP)</td><td rowspan="2">Elisabeth Gander
(FDP)</td></tr>
<tr><td>2002-2005</td></tr>
<tr><td>2006-2009</td><td>Esther Gasser Pfulg (FDP)</td></tr>
<tr><td>2010-20 13</td><td rowspan="3">Guido Graf
(CVP)</td><td rowspan="2">Yvonne von Deschwanden
(FDP)</td><td rowspan="2">Hans Wallimann
(CVP)</td></tr>
<tr><td>2014-2017</td></tr>
<tr><td>2018-2020</td><td>Michèle Blöchliger
(SVP)</td><td rowspan="2">Maya Büchi-Kaiser
(FDP)</td></tr>
</table>

Anmerkung. 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 Politikern auf www.wikipedia.org.

[110] Siehe Googles Routenplaner unter https://goo.gl/maps/F6HGBB6RYowBSaFQ6, zugegriffen: 9.9.2020.

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 1'426 Nidwaldnerinnen und Nidwaldner in einem Luzerner Spital behandeln, an zweiter Stelle folgt mit lediglich 128 Hospitalisationen der Kanton Zürich (Huber 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 7, 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 (z. B. Interviewaussage LF35).

Tabelle 18 Kennzahlen der Kantonsspitäler im Jahr 2009

	Luzern	Nidwalden	Obwalden
Austritte (stationär)	34'643	4'112	3'069
Pflegetage	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 Patienten (in %)	16.5	19.8	12.1
Ertrag aus medizinischen Leistungen und Pflege (in 1'000 CHF)	413'604	33'641	25'190

Anmerkung. Quelle: BAG (2011). Der Casemix Index gibt den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle an (je höher der Wert, desto komplexer der Fall).

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 18). Die Kantonshauptorte liegen keine 20 Kilometer auseinander und sind durch die Obwaldner Exklave Engelberg sowieso eng verflochten.[111] Das spiegeln die Zahlen zu den ausserkantonalen Hospitalisierungen in der Akutsomatik: Im Jahr 2011 stand klar an erster Stelle der Kanton Luzern mit 1'162 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 Zentrumsspital wesentlich grösser.

Die ökonomischen Indikatoren Prämienentwicklung und öffentliche Ausgaben pro Kopf verlaufen in beiden Kantonen recht ähnlich (vgl. Abbildungen 27 und 28) und v. a. 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). 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

[111] 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).

zusammengearbeitet werde (A. Scheuber, pers. Kommunikation, 5.2.2020). Die freundnachbarschaftliche 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 11 Fällen, Nidwalden und Obwalden in 8 Fällen, was beides über dem Durchschnitt aller Kantonspaarungen von 6.6 ist. Nachdem eine erste Übersicht über die involvierten Akteure und 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.

11.3 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 2.2.4). Die bundesrätliche Botschaft von 2000 liess bereits erahnen, dass der Wettbewerb zwischen den Spitälern (bspw. 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 (ibid.). Damit zeichnete sich ab, dass auf die Kantone eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zukommen würde, für die es sich zu rüsten galt.

11.3.1 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 Nidwalden‘ 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 bzw. 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[112] eines Parlamentariers an. Auf die Frage, warum nicht mehr über das Kooperationsprojekt informiert 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).[113] 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][114] 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

[112] 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).

[113] 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).

[114] 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).

> 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) – tatsächlich waren es sogar 3302 Unterschriften, wobei lediglich 500 nötig gewesen wären (OW 2005a: 12). 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 eng 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 Kantonsspitälern laufe und merklich zu Einsparungen geführt habe, wie dies die Regierung in ihrer Botschaft ebenfalls hervorgehoben hatte (OW 2005b: 5ff.; OW 2005a: 5f.). 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 (KR Dr. Guido Steudler 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.

11.3.2 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. Übereinstimmend mit 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,[115] zeigt sich immer wieder in den emotionalen Reaktionen, welche Spitalschliessungen – oder nur

[115] 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.

die Diskussion darüber – sowie die Konzentration von Leistungen bereits innerhalb eines Kantons auslösen.[116]

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 gärte 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 Zusammenarbeit 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 von 2007 der Regierung zu der Vorlage stellte sich gegen die Vorgaben bzgl. 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

[116] Neueres Anschauungsmaterial bieten die Reaktionen auf die angekündigte und inzwischen vom Kantonsrat beschlossene Schliessung von vier bis fünf Regionalspitälern 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 2015: 10).

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: 96ff.), 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 bzw. 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 (ibid.: 10). Auch der Verweis auf den bisherigen finanziellen Erfolg der Kooperation fehlt nicht (ibid.: 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,[117] 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).

11.4 Der Kanton Nidwalden nimmt einen zweiten Anlauf zur Kooperation

11.4.1 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 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 bzgl. der künftigen Spitalversorgung wie folgt: „Gelingt eine 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

[117] Hierbei bezieht sich der Interviewte auf einen Bericht des Beratungsunternehmens PWC aus dieser Zeit.

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.

11.4.2 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.[118] 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 Kantonsspitälern aus der Zentralschweiz (Ferndiagnostik, konsiliarärztliche Dienste usw.) sowie mit etlichen anderen Spitälern.[119] 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 Verselbständigung seines Kantonsspitals als öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit reagiert (siehe Spitalgesetzvorlage 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 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.[120] Ebenfalls aus Unternehmenssicht stärkt es die Attraktivität als Arbeitgeber, indem ein Verbund mehr Karrierewege eröffnet (bspw.

[118] Zur Erinnerung: Das LUKS ist in Bezug auf die stationären Austritte das grösste nicht-universitäre Spital der Schweiz (BAG 2020).
[119] Für eine Liste siehe https://www.luks.ch/ihr-luks/organisation/partnerschaften, zugegriffen: 25.9.2020.
[120] 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).

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).

11.5 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. Septem-

ber 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.

11.5.1 Revision des Spitalgesetzes: Stimmungstest für Lunis im Nidwaldner Kantonsrat

Im September, Oktober und November 2011 berät der Nidwaldner Landrat über die Vorlage (1. und 2. 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 bzgl. der 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: 374ff.).

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 (ibid.: 376):

- Jeder Kanton trägt die Kosten des eigenen Spitals. Die beiden Kantonsspitäler 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 (ibid.: 376). Als Nutzen von Lunis streicht sie besonders hervor, dass die identische Spitalleitung eine Gesamtsicht über beide Unternehmen ermögliche, sodass strategische und wichtige operative Fragen bzw. Planungen koordiniert angegangen werden können. Ausserdem erlaube es eine Optimierung des Patientenflusses:

> Durch ein optimiertes medizinisches Leistungsangebot des Kantonsspitals Nidwalden wird Stans als führender Anbieter im Bereich der erweiterten Grundversorgung in seinem Einzugs-

> gebiet 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 grossmehrheitlich innerhalb der LUNIS-Spitäler behandelt. In-frastrukturen, sowohl beim Kantonsspital Nidwalden mit der Grundversorgung, aber auch durch das Luzerner Kantonsspital mit der Zentrumsversorgung, bleiben auch unter zunehmendem Wettbewerb ausgelastet und entwicklungsfähig. (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 ge- und 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 Weiterbildungen oder einer Stärkung der Verhandlungsposition gegenüber Krankenversicherungen (NW 2011b: 377). Augenfällig ist die positive 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!“ (ibid.) 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“ (ibid.). 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 Nidwaldner Bevölkerung verantwortlich. Der Regierungsrat mit der Festsetzung des Leistungsauftrages und ebenso der Landrat haben auch nach der Übertragung der Immobilien Möglichkeiten, auf das Leistungsangebot 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 werde 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“ (ibid.). 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.[121] 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: 96ff.) hin. Die Krise kommt von aussen. Die sich lange abzeichnende Verschlechterung der finanziellen Lage von kleinen Landspitälern 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.

11.5.2 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 v. a. 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 Kompetenzverschiebung 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

[121] 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.

berührt wichtige Governance-Fragen hinsichtlich der Vermeidung von Interessekonflikten (Schedler, Müller und Sonderegger 2016: 122ff., 128). Im konkreten Fall steht allerdings die weitere Abwägung zur Debatte, ob nicht doch eine Regierungsvertretung möglich sein müsse, um die Interessen des KSNW bzw. der Nidwaldner Bevölkerung gegenüber dem grösseren Partner Luzern bzw. 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“ (Peter Keller in ibid.: 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.

11.5.3 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).[122] 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").[123] 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 v. a. wegen der Umwandlung des Luzerner Kantonsspitals in eine Aktiengesellschaft.

11.5.4 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-Vertreter stellen das Projekt sogar auf der nationalen Bühne mehrfach vor, bspw. im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik am 17. November 2011 oder an einem Anlass des Kantons

[122] 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.

[123] Siehe Parlamentsgeschäfte des Kantonsrats Luzern, https://www.lu.ch/kr/parlamentsgeschaefte/detail?ges=9e8f831b3f94454db17b7773682b65d8&back=1&text=Lunis&art=-0-1-2-3&bart=-0-1-2-3-4&vart=-0-1-2-3&wart=1&gart=1&status=-0-1, zugegriffen: 29.9.2020.

Aargau für ein vernetztes Gesundheitswesen am 27. Februar 2012.[124] Auf Luzerner Seite sind keine Beanstandungen auszumachen und die Vertreter des kleineren Partners Nidwalden zeigen sich ebenfalls zufrieden mit der Zusammenarbeit und dem Einvernehmen bspw. 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 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).

11.5.5 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 (ibid.: 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 (ibid.: 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.[125] 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 Kommunikationstech-

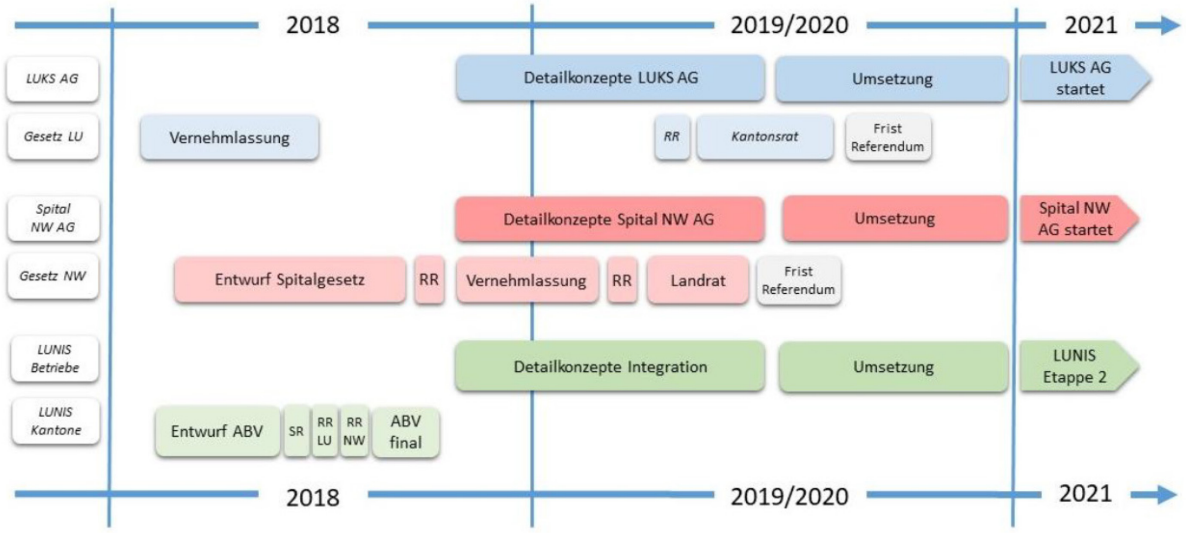
[124] Die Folien-Präsentationen beider Anlässe liegen der Autorin zur vertraulichen Einsicht vor.
[125] Vgl. Präsentation der Regierungsrätin Michèle Blöchliger vor dem Rotary Club Stans vom 27.1.2020 unter dem Titel „LUNIS: Spitalregion LU/NW. «Eine wahre (Erfolgs-)Geschichte»" (Dokument liegt der Autorin zum vertraulichen Gebrauch vor).

nologie 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 (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-Botschaft 2019b: 13). Erneut wählen die beiden Kantonsregierungen ein schrittweises Vorgehen. Die verschiedenen Schritte sind eng aufeinander abgestimmt (vgl. Abbildung 30).

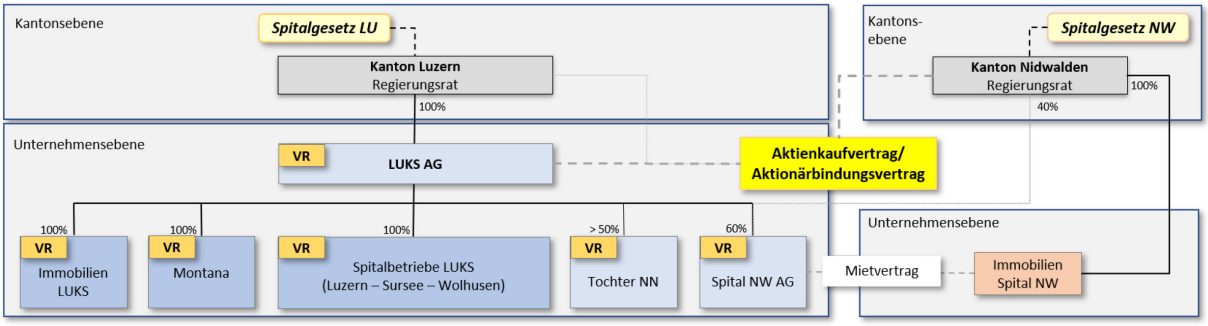
Abbildung 30 Zeitplan Fusionsprojekt Lunis



Anmerkung. Quelle: NW 2019b: 34. 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.

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, v. a. 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 31). 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.

Abbildung 31 Organisationsform nach allen Gesetzesreformen



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

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. Ausserdem 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 klei-

neren 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 Aktienkaufs- und Aktionärbindungsvertrag darauf verwiesen werde, dass die Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten gewährleistet werden müsse und sie ausdrücklich auch kantonsübergreifend 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 (ibid.).

11.5.6 Reizthema Aktiengesellschaft – Luzern debattiert über die Rechtsformänderung des LUKS

Der parlamentarische Prozess in Luzern offenbart, dass v. a. die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft kritisch gesehen wird, während die Zusammenarbeit mit dem Kanton Nidwalden wenig Anlass zu Diskussionen gibt.[126] 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).[127] 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:

[126] 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 Kantonen 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).

[127] 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).

38ff.). Beispielsweise stellt der Bericht Unterschiede und Entsprechungen in tabellarischer Form transparent dar (LU 2019b: 23, 26f., 29f.) und die Regierung stellt in Aussicht, noch stärker als bisher über die Eignerstrategie Einfluss zu nehmen. Die Regierung verspricht dem Kantonsrat gar zusätzliche Instrumente, bspw. dass er neu die ersten Statuten der LUKS AG und weitere wichtige Statutenänderungen genehmigen muss, bevor der Regierungsrat als Aktionär zustimmen darf (ibid.: 40). Der Luzerner Gesundheitsdirektor hebt die politische Mitwirkung in der zweiten Lesung erneut hervor, wenn er versichert, dass es 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 Reinvesti-tionen) und nur in reglementiertem und stark begrenztem Umfang an den Eigner ausgeschüttet werden kann (LU 2019b: 16f.; RR Guido Graf in LU 2019c: 12).[128] Dieses Entgegenkommen in der Rechtsform ist ein bewusstes Zugeständnis der Kantonsregierungen an die Linke und die Gewerkschaften, um v. a. 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

[128] Diese Regelung ist v. a. 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).

Lesung im Luzerner Kantonsrat am 27. Januar 2020.[129] 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" (ibid.:8). Dies deutet darauf hin, dass die abschliessende Vorlage einem ziemlich breit getragenen Kompromiss entspricht. Die Referendumsfrist verstreicht schliesslich in Luzern am 1. April 2020 ungenutzt (LU 2020b: 1137).

11.5.7 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 Blöchliger[130] 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 ibid.: 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 Spi-

[129] Siehe https://www.luks.ch/ihr-luks/aenderung-spitalgesetz-sozialpartner-nehmen-gav-verhandlungen-auf, abgerufen am 5.10.2020.

[130] 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.

tal 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“ (ibid.: 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 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 Fortsetzung bzw. 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 (ibid.: 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 Aktionärbindungsvertrags entspricht“, was eine komplizierte Aufgabe sei (ibid.: 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 (ibid.: 435).

Insgesamt sind sich alle Beteiligten darüber einig, dass ein Zusammengehen mit dem LUKS der beste Weg für den Kanton und das Kantonsspital Nidwalden sei. Die Gründe

dafür unterscheiden sich jedoch zum Teil. Für die einen geht es primär um den Standorterhalt (FDP-Fraktion, LR Waser für die SVP). Für andere Sprecher ist es v. a. 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 agreement* (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 Antragssteller fühlen sich denn auch bemüssigt, die Zustimmung zur Kooperation als solcher zu betonen. So Landrätin Therese Rotzer, welche die Mietkonditionen im Spitalgesetz 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 v. a. damit, dass man sonst den ABV mit dem Kanton Luzern nachverhandeln müsse (ibid.: 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

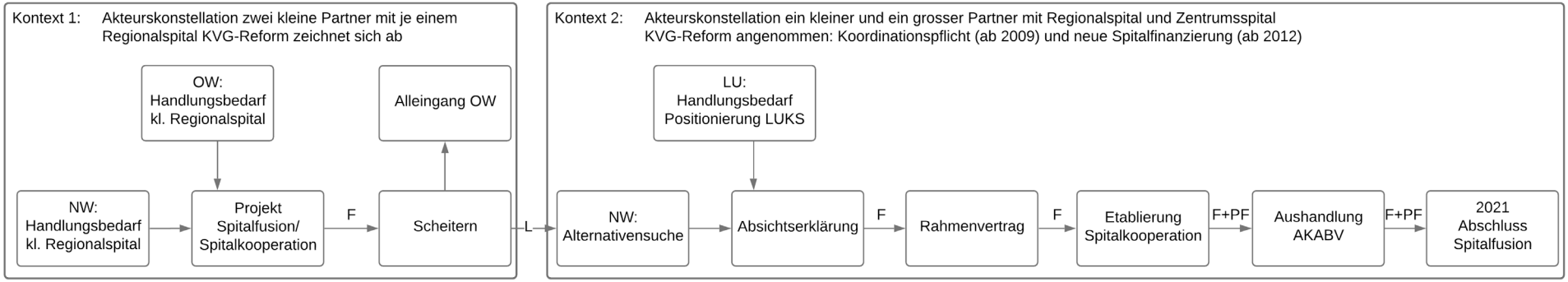
die Bühne gehen soll. Damit wird die Geschichte der interkantonalen Fusion abgeschlossen sein, welche schweizweit für Aufsehen sorgt. Dies ist zu sehen in einem Umfeld, in dem nach wie vor die kantonale Gesundheitsversorgung dominiert und interkantonale Spitalverbunde wie Lunis, HRC und HIB die Ausnahme bilden.

Das Zustandekommen der viel beachteten Lunis-Kollaboration ist ein erster Schritt. Sie klammert die Spitalplanung im engeren Sinn aus, also bspw. 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.

11.6 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.

Abbildung 32 Wirkungsmodell der Kooperationsprozesse



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

Die Wirkungskette stellt sich wie folgt dar: In der ersten Kooperationssituation 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, bspw. 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 erfolgversprechend 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.

11.6.1 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 klappt, kann der Kanton Luzern politisch eigentlich nur profitieren, in einem Umfeld, in dem über einen Mangel an interkantonaler Zusammenarbeit geklagt wird. Entspre-

chend 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 bzw. 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 für Nidwalden hat 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.[131] Ab der offenen Ablehnung einer engeren Kooperation mit Nidwalden beschränkten sich beide Seiten auf eine operative

[131] Siehe http://www.news.ch/Obwaldner+Regierungsraetin+tritt+zurueck/221062/detail.htm, zugegriffen: 7.12.2020.

Zusammenarbeit der beiden Spitäler. Auch sie wurde aufgrund des politischen Klimas (siehe Kapitel 11.3) aber immer schwieriger.

11.6.2 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 claiming* 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.*[132]

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 bspw. nicht davon, vom LUKS unterstützt zu werden, sondern dadurch „fit" und gerüstet für die Zukunft zu sein (siehe weiter oben 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: 376f.). 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

[132] 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.

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 bzw. 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 v. a. 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 die Dringlichkeit einer Reform 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 in NW 2019, Kapitel 11.5.7). 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.

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 am Fehlen desselben 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. (Uebelhart 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 aufgebe. 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 durchaus 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.[133] 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, Müller, Sonderegger 2016: 125ff.). Dies hatte gelegentlich im Landrat zu diskutieren gegeben und ein 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) bspw. im Spitalrat Gehör zu verschaffen (A. Scheuber, pers. Kommunikation 1.5.2017). Und wie bereits früher dargelegt, dient der Aktionärbindungsvertrag dazu, weitere Minderheitsrechte abzusichern.

[133] 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, NW und LU 2018: 8), was umgekehrt natürlich bedeutet, dass die übrigen nicht von NW gewählt werden.

11.6.3 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" (Bonoli 2012:100) 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 kann, 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 bspw. 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 gedeihe, 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 v. a. 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 ausserkantonal 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 u. a. 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 9 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 Entscheidungsträgern. 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), Vertretern der personell identischen Spitalräte und beiden Regierungsräten, 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" (ibid.). 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.[134] 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 steigenden Kostendruck des Kantonsspitals aufgrund der neuen Spitalfinanzierung.[135] 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 Pearsons (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 ausserkantonal zu vergeben, womit eine Anpassung

[134] 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 zum vertraulichen Gebrauch vor).

[135] 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. Für den Kanton als Eigentümer des Spitals ist hingegen die Einführung der Fallpauschalen in diesem Zusammenhang vorrangig.

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 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.

IV. Schlussfolgerungen

12 Schlussbetrachtungen und Ausblick

Die übergeordnete Forschungsfrage der vorliegenden Studie war, was die horizontale Kooperation von Gliedstaaten auf den verschiedenen Kooperationsstufen beeinflusst und wie sie zustandekommt. 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 dieser Arbeit 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.

12.1 Kooperation trotz widersprüchlicher Anreize

Die erste Sektion der Arbeit stellt 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 u. a. 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 bzw. -import in den Kantonen Beachtung geschenkt wird (AG 2010: 38; SG 2011: 12; TG 2011: 83ff.). Das geschieht nicht nur aus planerischen 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. Dies ist der politikfeldspezifische empirische Beitrag der vorliegenden Arbeit.

Die Erkenntnisse sind sowohl Dämpfer als auch Ermutigung, was die Problemlösungsfähigkeit in föderalen Systemen mit Hilfe von horizontaler Kooperation angeht. Für die Schweiz zeigt die Datenerhebung, 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 bzw. Spitalverbunde: das Hôpital intercantonal de la Broye, das Hôpital Riviera-Chablais und die näher untersuchte Spitalregion Luzern/Nidwalden.

12.2 Kooperationsbeziehungen zeigen keinen Kompensationseffekt

Mit dem zweiten Teil der Frage – den Einflussfaktoren auf die Kooperationsbeziehungen – befasst sich der varianzorientierte Teil 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 bestätigt werden, obschon mit der eigenen Datensammlung auch niederschwellige Arten der Kooperation (Informationsaustausch) erfasst wurden. Genau mit diesem Fehlen informeller Kooperationen begründete bspw. Bochsler (2009), der sich auf Konkordate konzentrierte, den fehlenden Kleinheitseffekt in seiner Studie.

Dank der niveauspezifischen Analyse kann die vorliegende Studie 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 Spitalplanungsbereich 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 Kantons oder über die Kantonsgrenzen hinweg zu koordinieren. Vielmehr besteht ihre Hauptaufgabe darin, ein ausreichendes medizinisches Angebot inner- und ausserkantonal 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, Kantonsapotheke, 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 Fachpersonen 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 u. a. 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 zum Grösseneffekt primär frühere Studienergebnisse bestätigen, 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 dieser Arbeit trägt hingegen eine gemeinsame Parteizugehörigkeit nicht wesentlich zu mehr Vertrauen oder Kooperationsbereitschaft bei. Das stimmt gut mit den Stimmen in der Literatur 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 Knöpfel 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 bieten 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.

12.3 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 etc.). 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 bzw. 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 Verteilkämpfe 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 Mass-nahmen niemanden schmerzen. Entscheidungen zur Konzentration des Leistungsangebots, wie eine Reduktion am Standort in Stans, sind bisher ausgeblieben. Vielmehr hat die Zusammenarbeit bisher 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 etwas wird anhaben können. Es ist wohl nicht zuletzt diesem geschickten Vorgehen geschuldet, dass die Spitalregion Lunis nach rund einem Jahrzehnt fest institutionalisiert werden konnte.

12.4 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, Unispital) 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.[136] Hierbei trägt ein geeintes Auftreten von Exekutive und Spitalleitung zur Glaubwürdigkeit eines Vorhabens in den Augen der Stimmbevölkerung bei. Die prozessorientierte Analyse macht auch deutlich, dass *blame avoidance* allein nicht reicht, um umstrittene Kooperationsvorhaben umzusetzen. Vielmehr sollten die Verantwortlichen auf Regierungs- und gerne auch auf Spitalebene 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

[136] Für eine umfassende Übersicht zu den Volksrechten auf Kantonsebene vgl. Vatter (2002).

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 Doppelprojekt, 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 Verbunden stossen nun auch 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 interkantonal statt (siehe Kapitel 6). Doch mit dem zunehmenden ökonomischen Druck in zahlreichen Spitälern setzt sich vermehrt die Erkenntnis durch, dass es ohne eine stärkere Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen noch schwieriger wird, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten sicherstel-

len zu können. Die Corona-Krise rückt die angespannte Lage vieler, insbesondere kleinerer, Spitäler noch stärker in den Fokus, auch wenn sie nicht deren Ursache ist (Hehli 2020). In der Ostschweiz machte Anfang 2020 auf Ende der Amtszeit der St. Galler Gesundheitsdirektorin Hanselmann eine Absichtserklärung für eine gemeinsame Spitalplanung von sich reden (Ghiselli 2020; Hehli 2020), 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 2020d), wobei umgehend auf die absehbaren Schwierigkeiten bei der Umsetzung hingewiesen wurde, indem diese zur Nagelprobe erklärt wurde (Weik 2020b). 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 2020c). Die Komplexität dieses Vorhabens ist aufgrund der Anzahl beteiligter Akteure hoch. Die Beispiele von Nidwalden-Obwalden, Nidwalden-Luzern und von 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 2020) 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 m. E. bewährt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass verschiedene Netzwerkmechanismen wie Popularität und 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. Es braucht aber Geduld dazu. 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.

Literaturverzeichnis

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

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*. Aarau

Ahmad, E. und G. Brosio (Hrsg.) (2006). *Handbook of Fiscal Federalism*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar

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* (Bd. 18). Baden-Baden: Nomos (184–95)

Armingeon, 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* (Bd. 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*

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

BAG (2020). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018*

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 Parcitce 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 741. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (2001)

BBl 2004 5551. Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) (2004)

BBl 2004 5593. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung). Entwurf. (2004)

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., 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 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 and 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 Cooperate 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., C. Koller, P. Sciarini, S. Traimond, und I. Trippolini (2004). *Die Schweizer Kantone unter der Lupe. Behörden, Personal, Finanzen.* Bern: Haupt

Bochsler, D. und P. Sciarini (2006). Konkordate und Regierungskonferenzen. Standbeine des horizontalen Föderalismus. *LeGes* 17(1): 23–41

Bolleyer, N. (2006a). 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. (2006b). 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. (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

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 (1994). Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994. Erläuterungen des Bundesrates. *Abstimmungsbüchlein*. Online: https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/dokumentation/volksabstimmungen/volksabstimmung-19941204.html [zugegriffen: 16.12.2020]

Cameron, D. (2001). The structures of intergovernmental relations. *International Social Science Journal* 53(167): 121–7

Caminada, M. et al. (2015). Tarife und Tarifverhandlungen. In Oggier, W. (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017* (5. vollstä.). Bern: Hogrefe (429–46)

Carr, J. B., E. R. Gerber, und E. W. Lupher (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-coordinating 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., M. Filippini, und I. Mosca (2006). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health economics* 15(5): 535–41

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)

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. (Y. Moreno, Hrsg.), *PLoS ONE* 7(1): 1–12

Detterbeck, K. und E. Hepburn (Hrsg.) (2018). *Handbook of Territorial Politics*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar

Dietz, E. und D. Böhning (2000). On estimation of the Poisson parameter in zero-modi?ed 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. et al. (Hrsg.), *Handbuch der eidgenössischen Volksabstimmungen 1848 bis 2007*. Bern: Haupt (68)

Dubach, R. (2010b). «Lex Forrer»: Dreifach-Projekt der Sozialversicherung scheitert. In Linder, W. et al. (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. et al. (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. et al. (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. et al. (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. et al. (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

Egli, M. (2016a). Heiden: «Man hat dem Spital ein Bein ausgerissen». *St. Galler Tagblatt*, September 19. 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 and 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*. (S. Van Evera, Hrsg.). 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. Online: https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/pesonalabbau-45-von-280-mitarbeitern-betroffen-ld.653549 [zugegriffen: 05.07.2018]

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). *Interkantonale Kooperationen in der stationären Versorgung. Resultate der Erhebung bestehender, gewünschter oder verworfener interkantonaler Zusammenarbeit vom März 2006*. Bern

GDK (2006b). *Jahresbericht 2005*. Bern

GDK (2018). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung*. Bern

GDK (o. J.). Jahresberichte 2000-2017. Online: https://www.gdk-cds.ch/de/die-gdk/portraet/jahresberichte [zugegriffen: 30.12.2020a]

GDK (o. J.). Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts (Übersicht). Online: https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/bundesverwaltungsgericht [zugegriffen: 22.12.2020b]

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, The. *Michigan Law Review* 113(1): 57–120

Germann, R. E. (2004). The Swiss Cantons: Equality and Difference. In Klöti, U. et al. (Hrsg.), *Handbook of Swiss Politics*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung Publishing (317–48)

Gerny, D. (2019a, Februar 10). Die beiden Basel driften schon wieder auseinander. *Neue Zürcher Zeitung*. Online: https://www.nzz.ch/schweiz/die-beiden-basel-driften-schon-wieder-auseinander-ld.1458725 [zugegriffen: 11.02.2019]

Gerny, D. (2019b, Februar 10). Das Scheitern der Basler Spitalfusion ist ein schlechtes Zeichen für die Schweizer Gesundheitspolitik. *Neue Zürcher Zeitung*. 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]

Ghiselli, L. (2020, Februar 26). «Das ist keine Mickey-Mouse-Übung»: Fünf Ostschweizer Kantone haben offiziell beschlossen, in der Spitalplanung zusammenzuarbeiten. *St. Galler Tagblatt*. 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. Füglister (2008). Empirical Modeling of Policy Diffusion in Federal States: The Dyadic Approach. *Swiss Political Science Review* 14(3): 413–50

Gilardi, F., K. Füglister, 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 Intermestic 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)

Häfliger, M. (2014, November 26). Freudentag für die Bauern-Lobby. *Neue Zürcher Zeitung*. 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 Institutionalisms. *Political Studies* 44(5): 936–57

Handcock, M. S. et al. (2019). ergm: Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks

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

Helfferich, C. (2004). *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Herger, F. (2019a). Der Kanton Obwalden prüft Ideen für die Spitalzukunft. *Luzerner Zeitung*, 14. September 2019. Online: https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/obwalden/der-kanton-obwalden-prueft-ideen-fuer-die-spitalzukunft-ld.1151757 [zugegriffen: 19.11.2019]

Herger, F. (2019b). 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]

Herger, F. (2019c). Teilen die Spitäler in Stans und Sarnen bald Aufgaben auf? *Luzerner Zeitung*, 9. Januar 2019. Online: https://www.luzernerzeitung.ch/zentralschweiz/nidwalden/teilen-die-spitaeler-in-stans-und-sarnen-bald-aufgaben-auf-ld.1083828 [zugegriffen: 28.08.2020]

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

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*. (H.-G. Erhart, B. Frevel, K. Schubert, & S.S. Schüttemeyer, Hrsg.) (Elemente d.). Wiesbaden: Springer

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). Explaining Rare Events in International Relations. *International Organization* 55(3): 693–715

King, G. und L. Zeng (2001b). Logistic Regression in Rare Events Data. *Political Analysis* 9(2): 137–63

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.), *Staatstägigkeit 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. (2019a). *ergm.count: Fit, Simulate and Diagnose Exponential-Family Models for Networks with Count Edges. Documentation*

Krivitsky, P. N. (2019b). 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 withouth 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 and Northampton: Edward Elgar (156–77)

Linder, W. (2005). *Schweizerische Demokratie. Institutionen, Prozesse, Perspektiven* (2. Aufl.). 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.presseportal.ch/de/pm/100000205/100592228 [zugegriffen: 07.09.2020]

LU (2015). *Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat. Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme vom 20. Oktober 2015*. Luzern

LU (2018). *Jahresbericht 2017. Teil I: Geschäftsbericht. Bericht des Regierungsrats an den Kantonsrat, 17. April 2018*. Luzern

LU (2019a). Antwort auf Anfrage Budmiger Marcel und Mit. über den Personalengpass am Luzerner Kantonsspital (A 150), 2. Dezember 2019

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. *Kantonsratsprotokoll*

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]

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). Neuer Spitalverbund: Dank optimierter Struktur für Zukunft gerüstet. *Medienmitteilung vom 23.6.2020*. Online: https://www.luks.ch/newsroom/neuer-spitalverbund-dank-optimierter-struktur-fuer-zukunft-geruestet [zugegriffen: 08.09.2020]

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]

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 [Factiva]

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

Mueller, S. und A. Vatter (2020). Einleitung und Zusammenfassung. In Mueller, S. und A. Vatter (Hrsg.), *Der Ständerat : Die zweite Kammer der Schweiz*, Politik und Gesellschaft in der Schweiz 11 (1. Auflage.). Basel: NZZ Libro (21–34)

Neidhart, L. (1970). *Plebiszit und pluralitäre Demokratie: eine Analyse der Funktion des schweizerischen Gesetzesreferendums*. Bern: Francke

NFP 58 (o. J.). Die Religiosität der Christen in der Schweizund die Bedeutungder Kirchen in derheutigen 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 (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 Katonsspital (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 (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* (Paperback.). 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*. (OECD Publishing, Hrsg.)

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 Kan-tonsspitals 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/dl.php/de/20071115084807/Abstimmungszeitung+vom+16.+Dezember+2007.pdf [zugegriffen: 08.09.2020]

OW (2007d). Volksbegehren der «Aktion pro Kantonsspital Obwalden» zur Änderung von Art. 16 des Gesundheitsgesetzes. Online: https://www.ow.ch/de/politik/abstimmungsresultate/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/dl.php/de/56d5aee346f66/16-13_MM_RR_Departementsverteilung.pdf [zugegriffen: 21.09.2020]

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)

Pellegrini, S. und S. Luyet (2012). *Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants*. Neuchâtel

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. 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

PWC (2018). *Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017*

Radio SRF (2015). Der Obwaldner Regierungsrat Hans Wallimann hört auf. *Regionaljournal Zentralschweiz*, 25.11.2015. 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/tagesgespraech/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. et al. (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. Andereggen, 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

Sager, F., C. Rüefli, und L. Mandioni (2001). *Kostendämpfungsmassnahmen im KVG. Materialienband 2. Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtsprechung im Falle der Spitalplanung*. Bern

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 integation. *Public Administration* 66(3): 239–78

Scharpf, F. W. (1992). Einführung: Zur Theorie von Verhandlungssystemen. In Benz, A. et al. (Hrsg.), *Horizontale Politikverflechtung. Zur Theorie von Verhandlungssystemen*. Frankfurt/New York: Campus (11–27)

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. Aufl.). 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 Chappelet, J.-L. (Hrsg.), *Contributions à l'action publique. Beiträge zum öffentlichen Handeln*. Lausanne et Berne: Presses polytechniques et universitaires romandes et 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

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

Sil, R. und P. J. Katzenstein (2010). *Beyond Paradigms. Analytic Eclecticism in the Study of World Politics*. (B.G. Peters, J. Pierre, & G. Stoker, Hrsg.). New York: Palgrave Macmillan

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

Spital Thurgau AG (o. J.). *Geschäftsbericht 2016*. Frauenfeld

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]

SRF (2020). Delegierte sagen Ja - Die CVP heisst endgültig «Die Mitte» – und fusioniert mit der BDP. *SRF*, 28. November 2020. Online: https://www.srf.ch/news/schweiz/delegierte-sagen-ja-die-cvp-heisst-endgueltig-die-mitte-und-fusioniert-mit-der-bdp [zugegriffen: 08.01.2021]

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 Istitutionalism In Comparative Politics. *Annual Review of Political Science* 2(1): 369–404

Thelen, K. (2003). How Institutions Evolve. Insights Fom 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). 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/zuruecktretende-regierungsraetin-yvonne-von-deschwanden-ich-war-gluecklich-mit-der-politik-ld.1034428 [zugegriffen: 26.01.2021]

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

Vatter, A. und C. Rüefli (2003). Do Political Factors Matter for Health Care Expenditure? A Comparative Study of Swiss Cantons. *Journal of Public Policy* 23(3): 301–23

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* (2nd Aufl.). Montreal & Kingston: McGuill-Queen's University Press

Watts, R. L. (2013). Typologies of federalism. In Loughlin, J. et al. (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 and 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). 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. (2020c). Sechs Kantone spannen zusammen. *St. Galler Tagblatt*, 8. Dezember 2020: 19

Weik, R. (2020d). 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. 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 and Northampton: Edward Elgar (341–53)

Wichmann, N. et al. (2011). *Gestaltungsspielräume im Föderalismus: Die Migrationspolitik in den Kantonen*. Bern

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

Anhang

A. 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 Spitalversorgun 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-acuto

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

B. 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-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-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-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)

Tremp 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 Gesundheitswesen, 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

Zgraggen Patrik, Amt für Gesundheit, Uri (Telefonat), 16. Mai 2017

C. Leitfaden Experteninterviews

Beispiel Kanton Solothurn

Fragen zur Spitalplanung i. w. S.:

- 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 Kantonsspitälern/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?

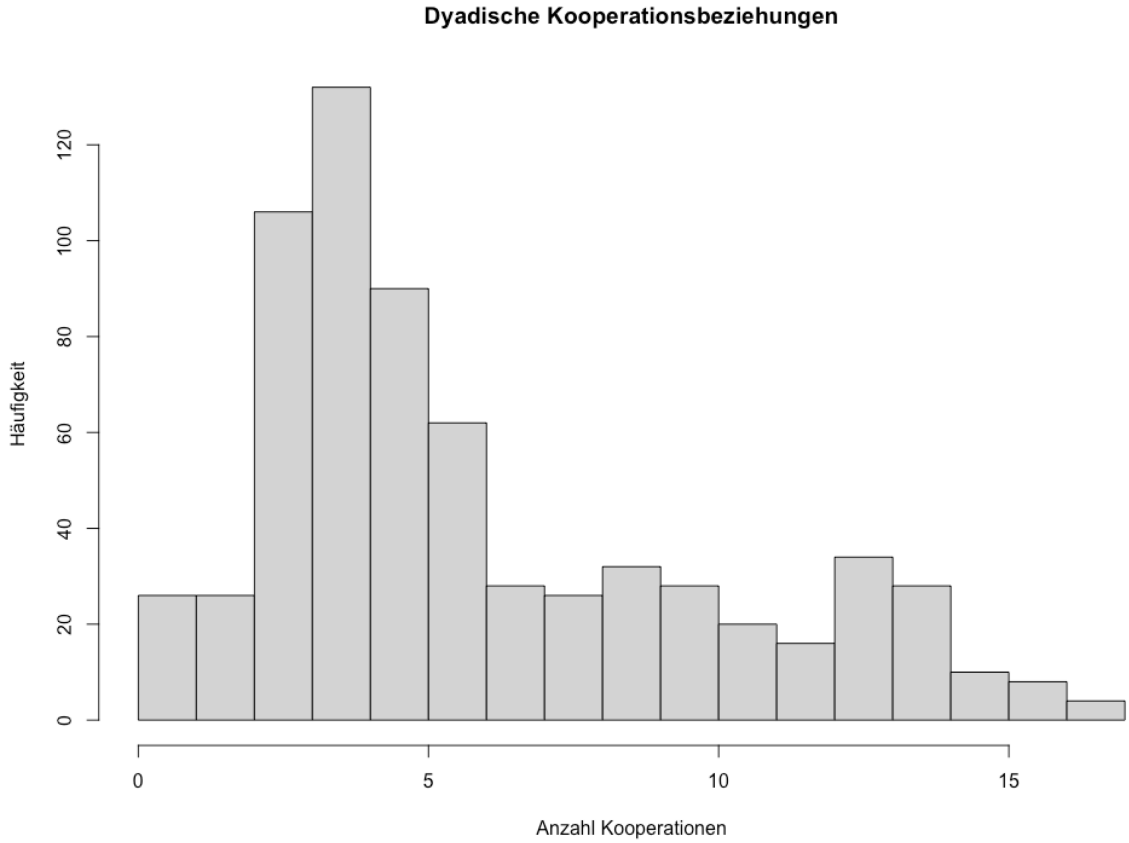
Beispiel Kanton Wallis

- 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 décrieriez-vous le rôle de la CLASS et du GRSP? Y sont résultés 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?

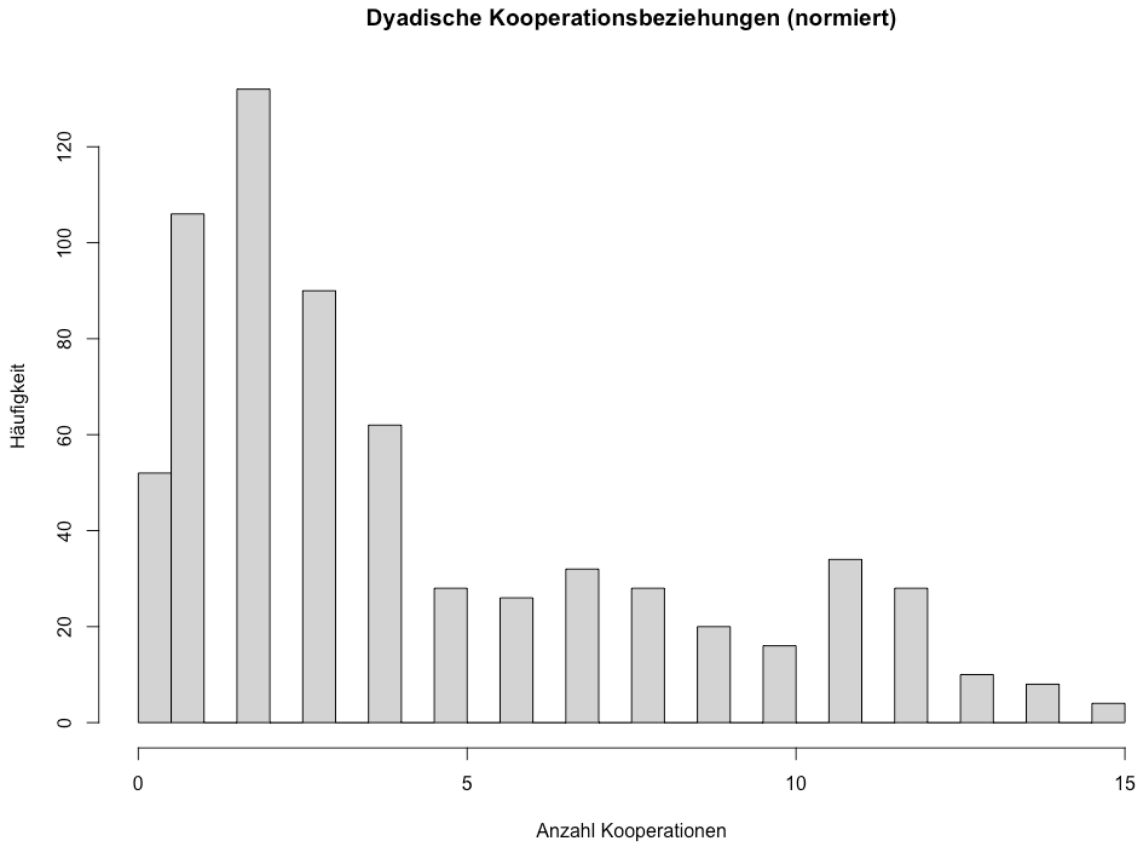
D. Datensatz

D.1 Verteilung der abhängigen Variablen

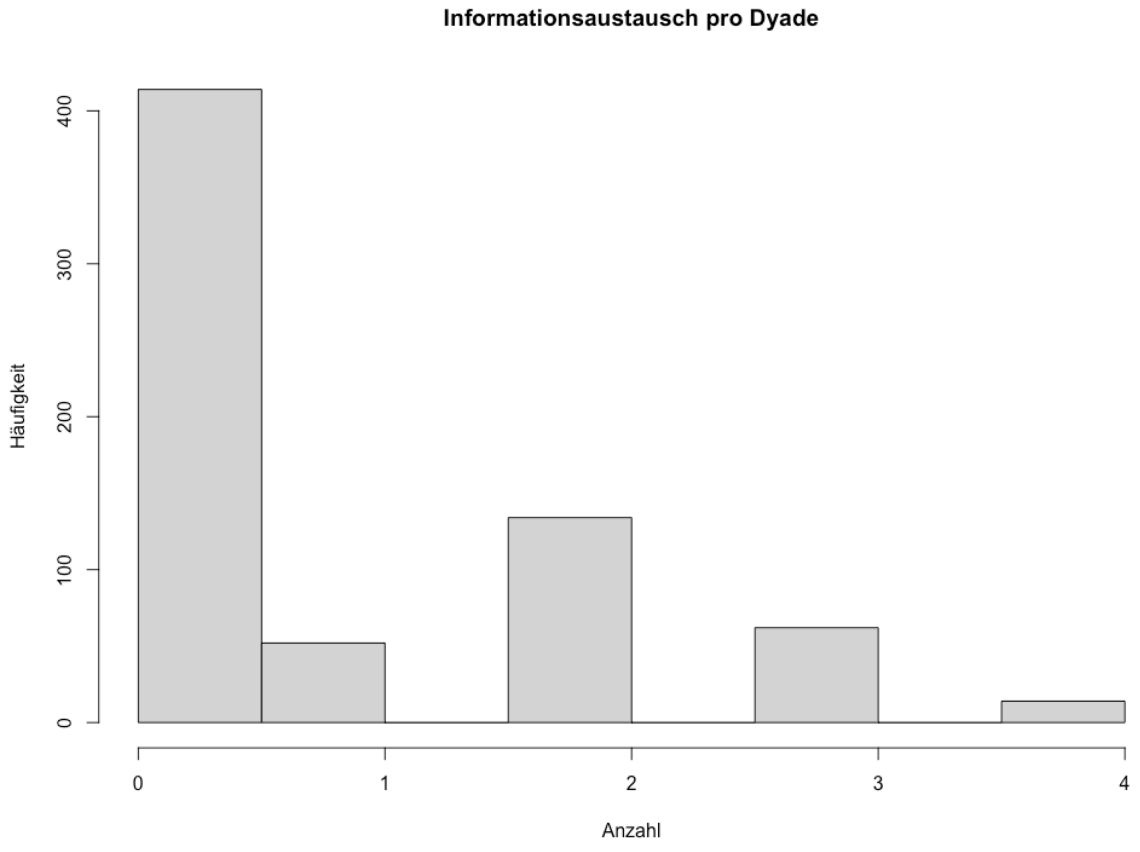
Vorbemerkung. Aus technischen Gründen werden die Häufigkeiten (y-Achse) für die symmetrische Matrix der Kooperationsbeziehungen angegeben, was zu einer Verdoppelung der y-Werte führt. Für die Verteilung hat dies jedoch keine Konsequenzen. Die tatsächlichen Häufigkeiten entsprechen der Hälfte der angegebenen Werte. Einzige Ausnahme sind die Häufigkeiten für x=0. Hier entspricht die tatsächliche Häufigkeit (y(x=0)-26)/2. Der Grund dafür ist, dass die Diagonale, also jeder Kanton mit sich selbst, per Definition keine Kooperationen aufweist und den Wert Null annimmt. Bei den sonstigen Analysen wird die Diagonale nicht berücksichtigt.

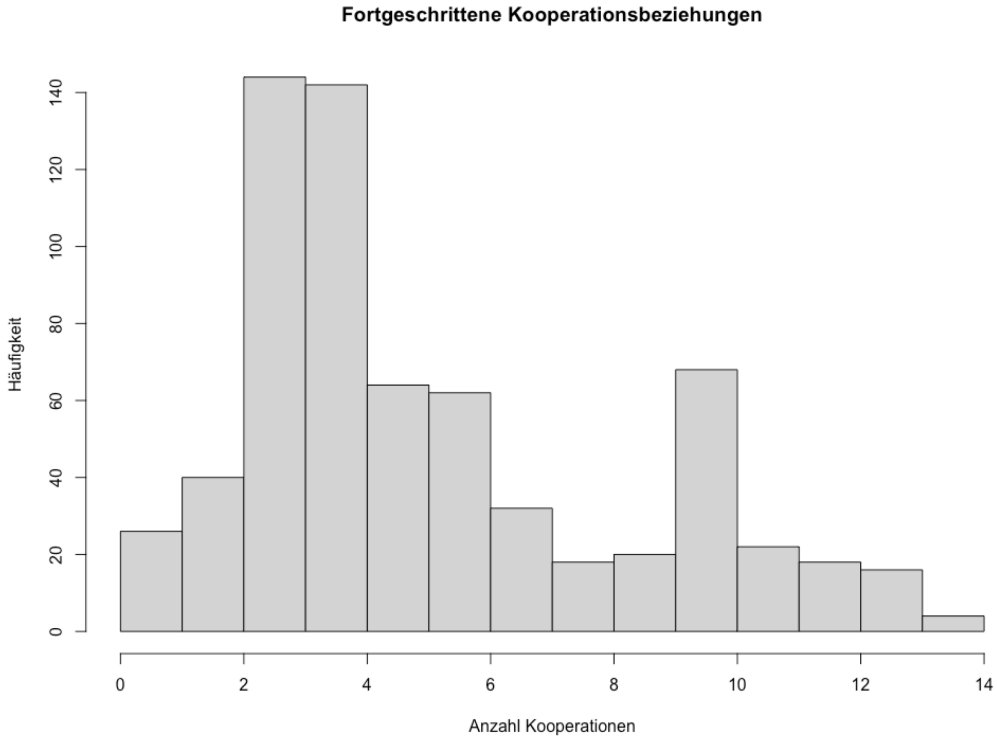


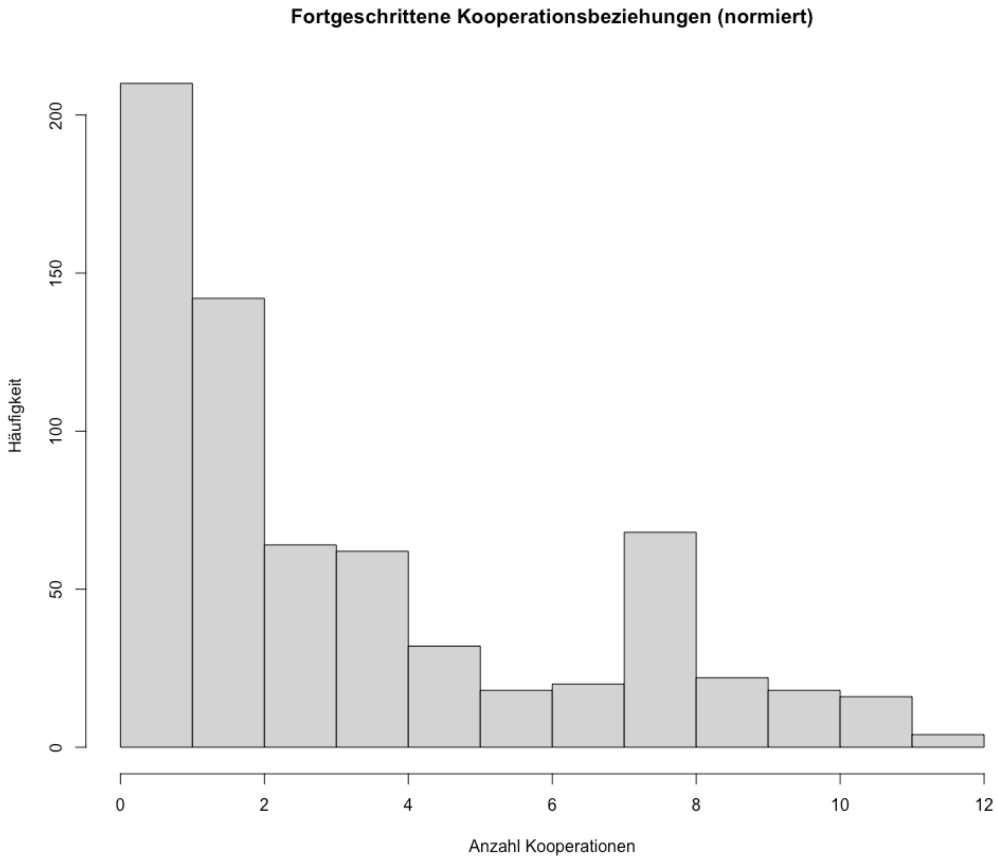
Anmerkung. Die erste Säule zeigt die Nullwerte der Diagonalen (26 bei 26 Kantonen), d.h. reell haben keine Kantonspaare gar keine gemeinsamen Kooperationen. Der Wert eins kommt nicht vor. Die zweite Säule zeigt die doppelte Häufigkeit von Kantonspaaren mit zwei Kooperationen (26, weil zufälligerweise 13 Kantone genau zwei Kooperationen aufweisen). Für 17 gemeinsame Kooperationen wird eine Häufigkeit von vier ausgewiesen, d.h. zwei Kantonspaare (BL-BS und SG-ZH) weisen den Maximalwert auf.



Anmerkung. Zu den Kooperationswerten wurde die Konstante b = -2 addiert, d.h. $Koop_{transf}$ = Koop - 2.

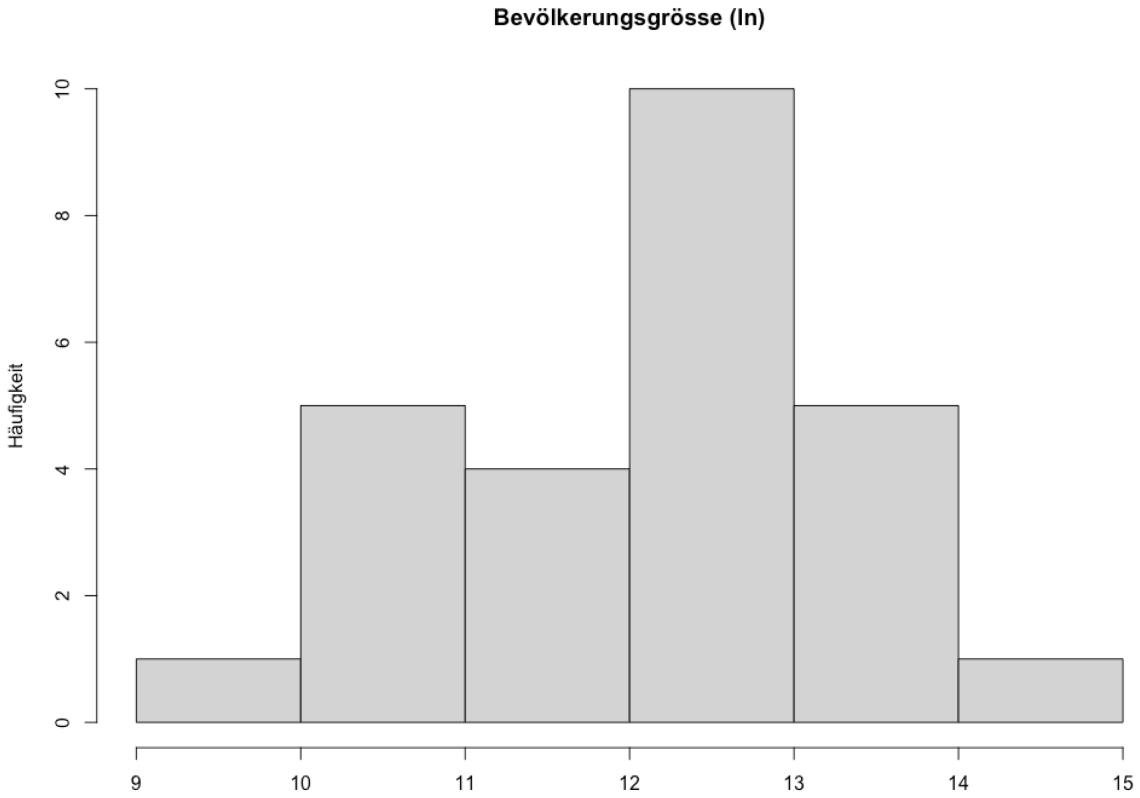


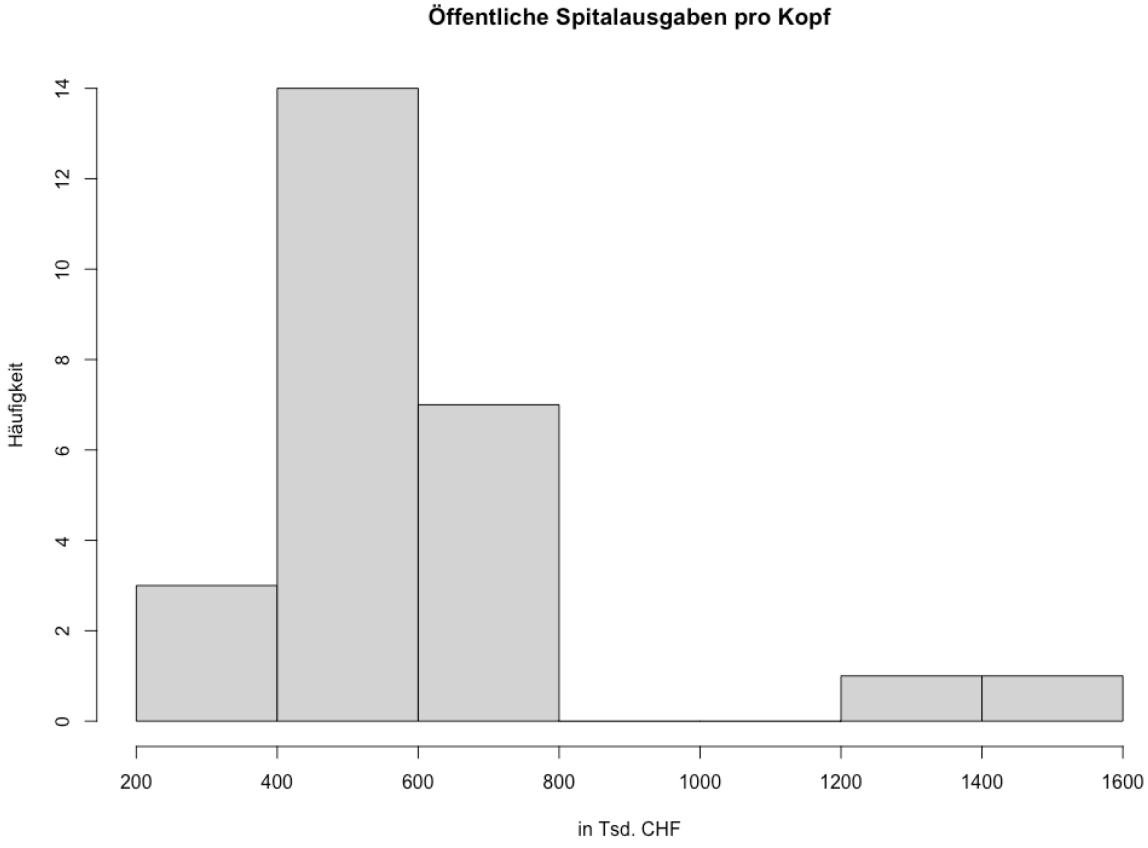


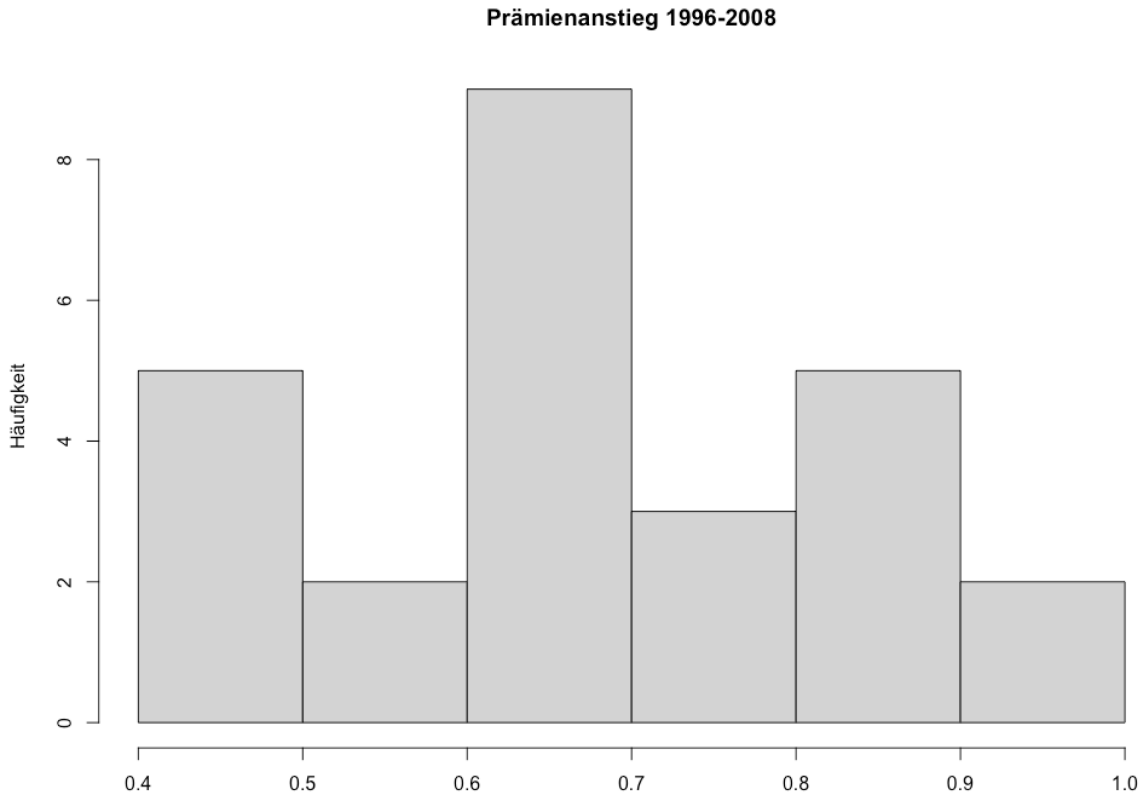


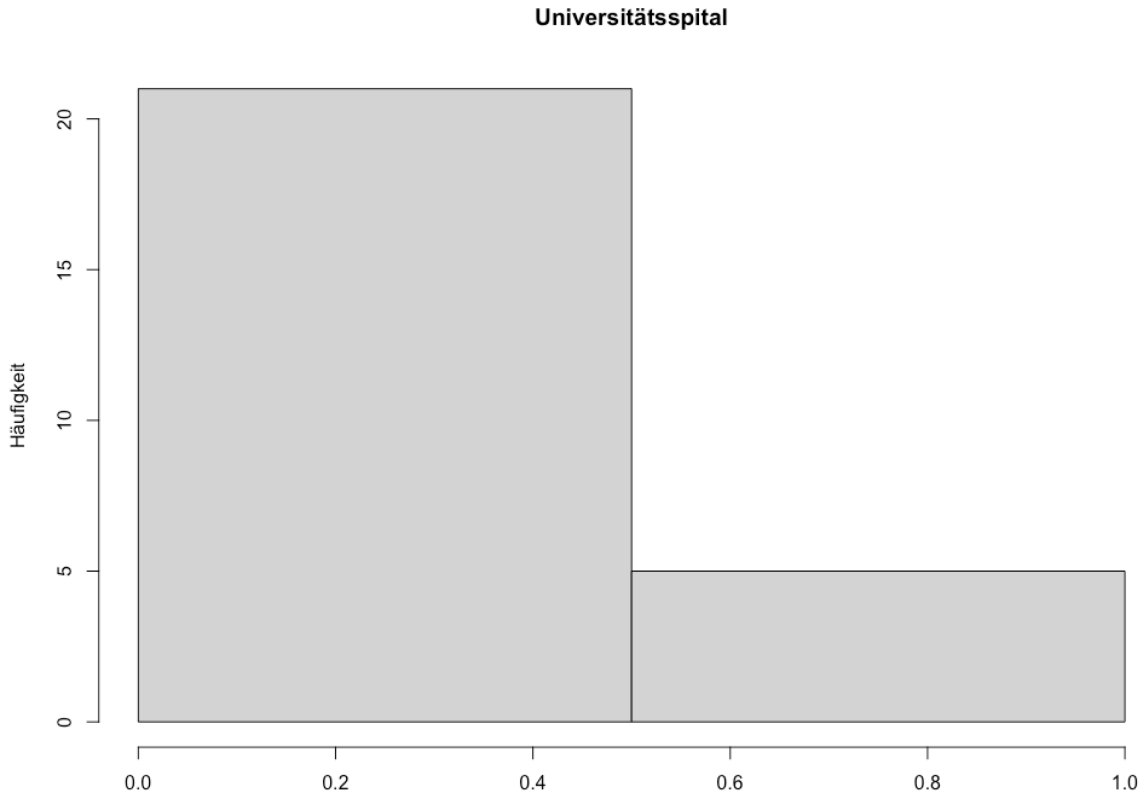
Anmerkung. Zu den Werten für die fortgeschrittenen Kooperationen wurde die Konstante b = -2 addiert, d.h. $fort.Koop_{transf} = fort.Koop - 2$.

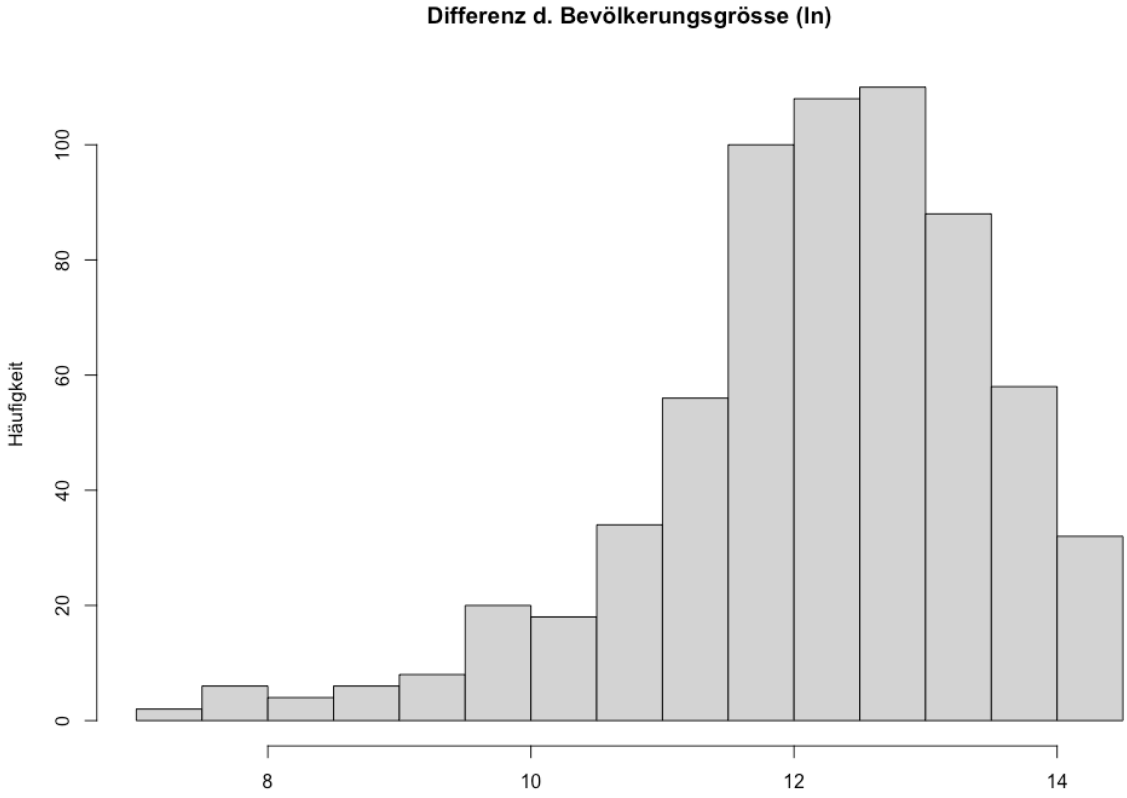
D.2 Verteilung der unabhängigen Variablen

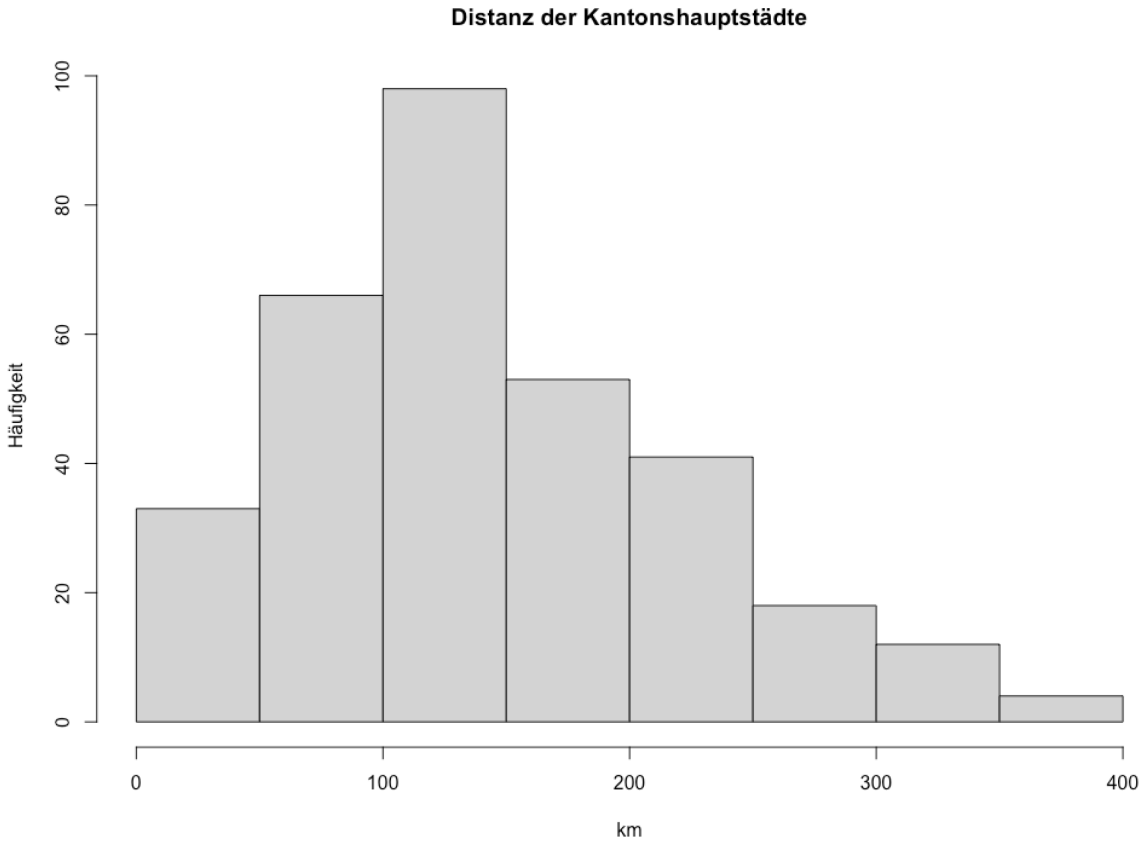


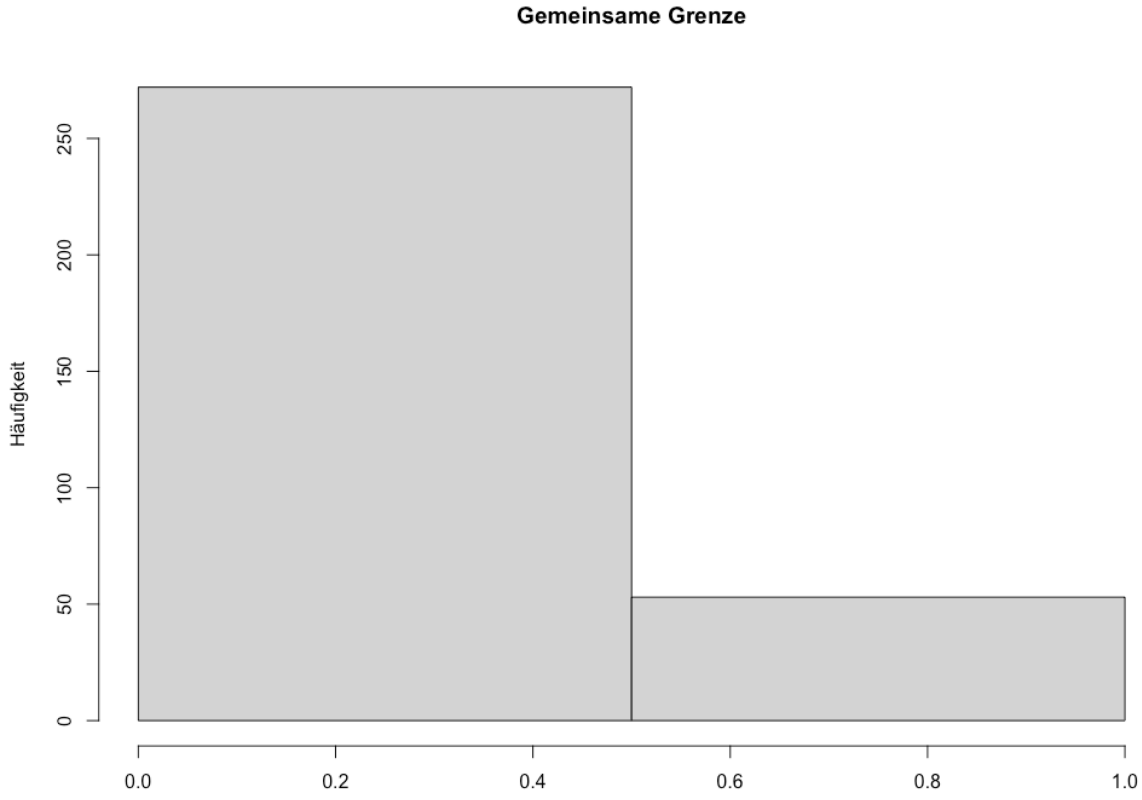


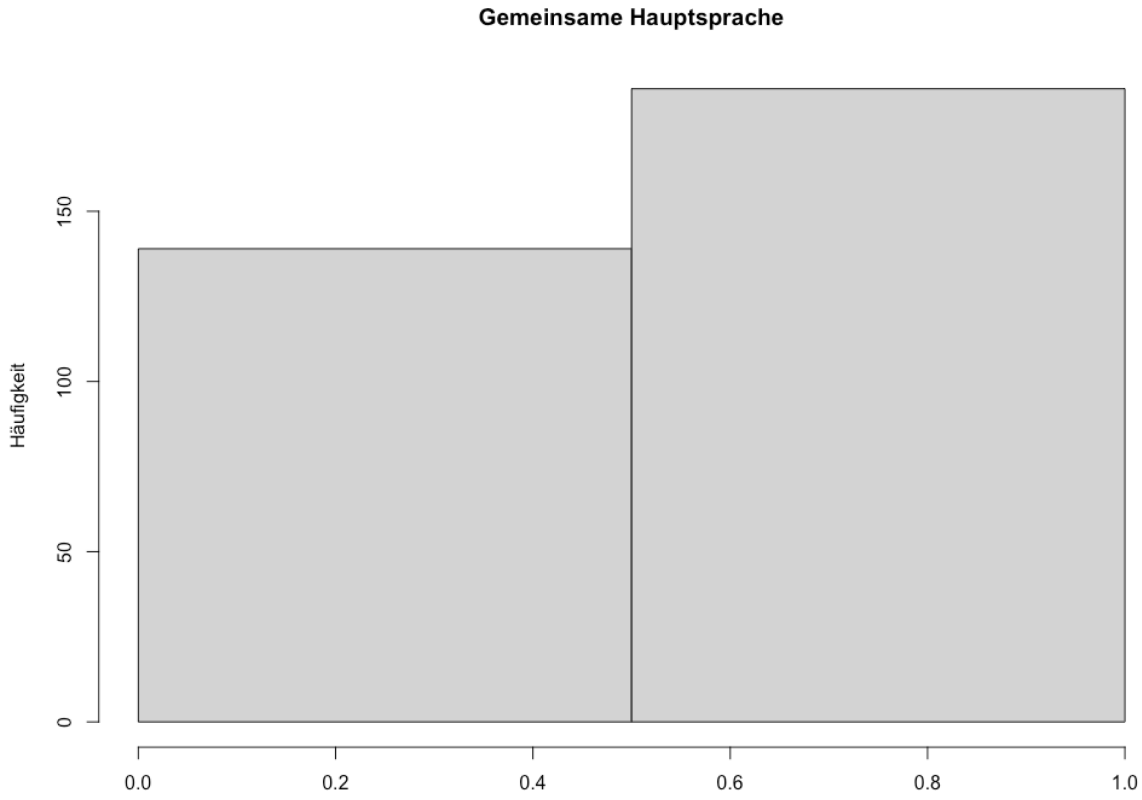

Prämienanstieg 1996-2008
Häufigkeit
0
2
4
6
8
0.4
0.5
0.6
0.7
0.8
0.9
1.0

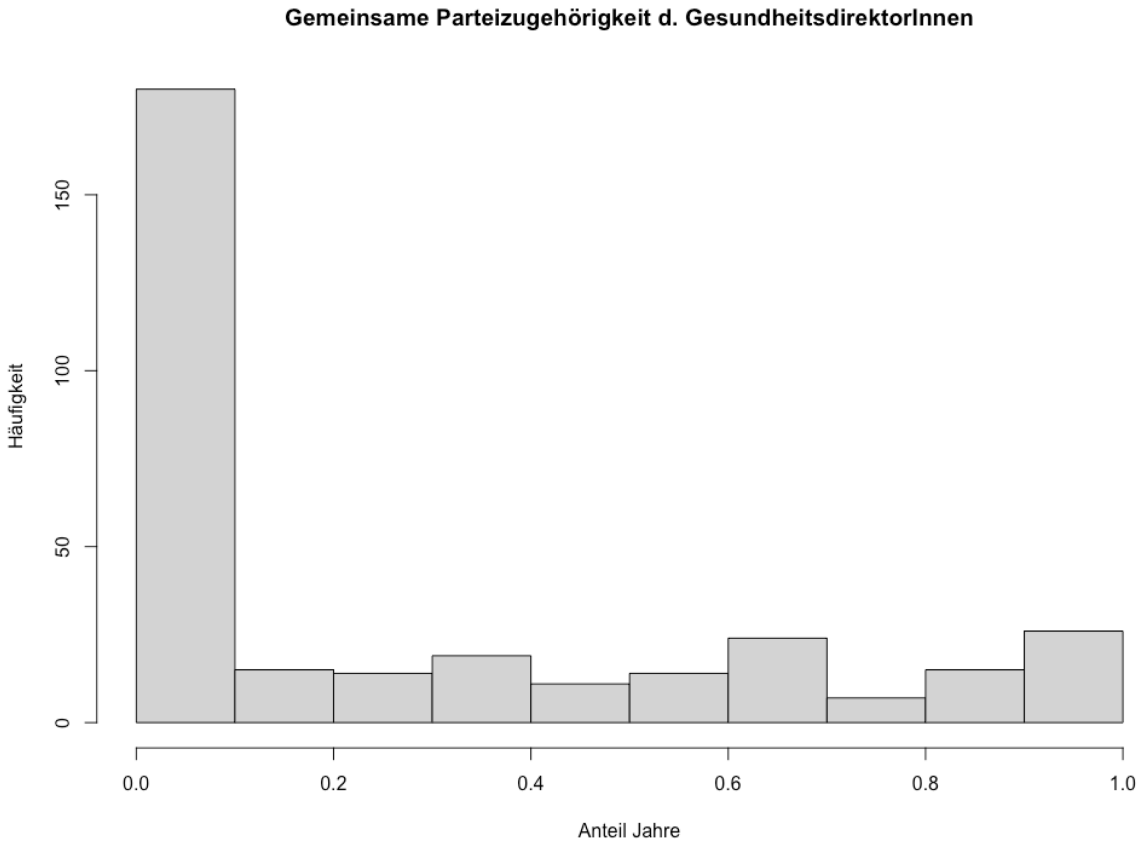

Universitätsspital
Häufigkeit
0
5
10
15
20
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

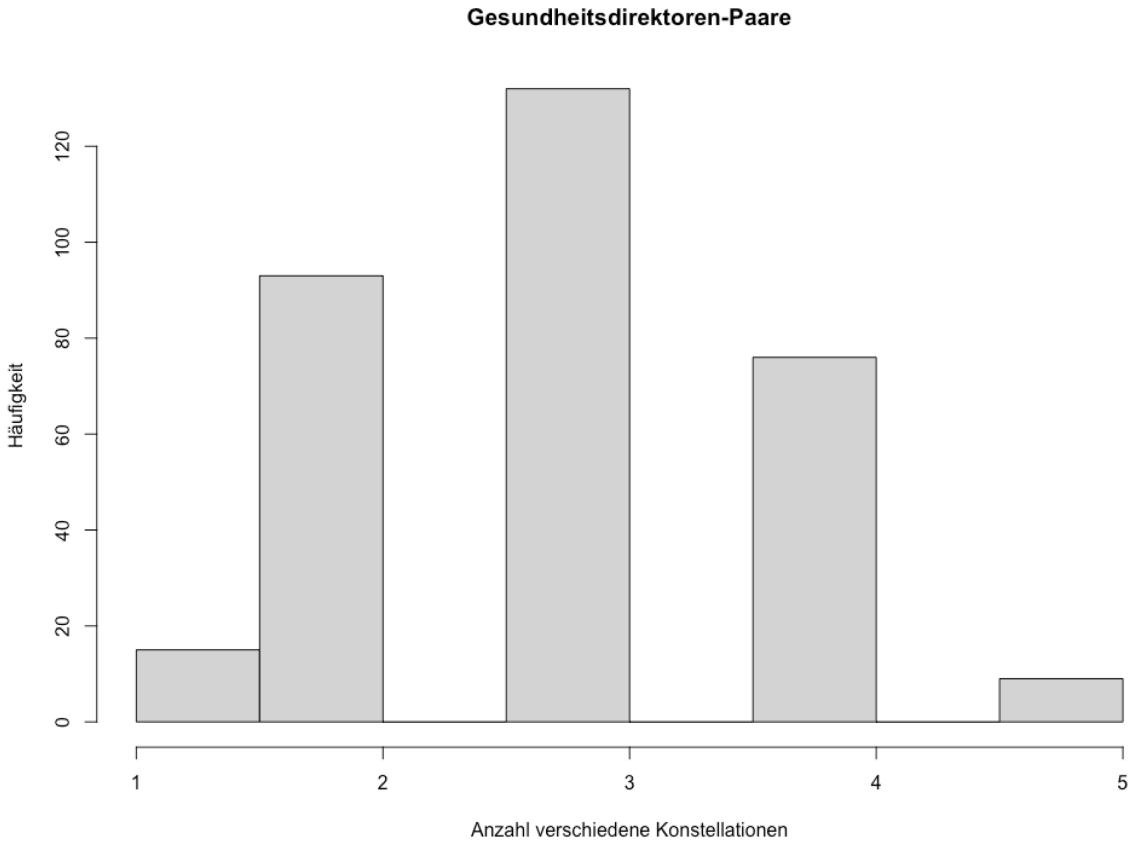

Differenz d. Bevölkerungsgrösse (ln)
Häufigkeit
0
20
40
60
80
100
8
10
12
14

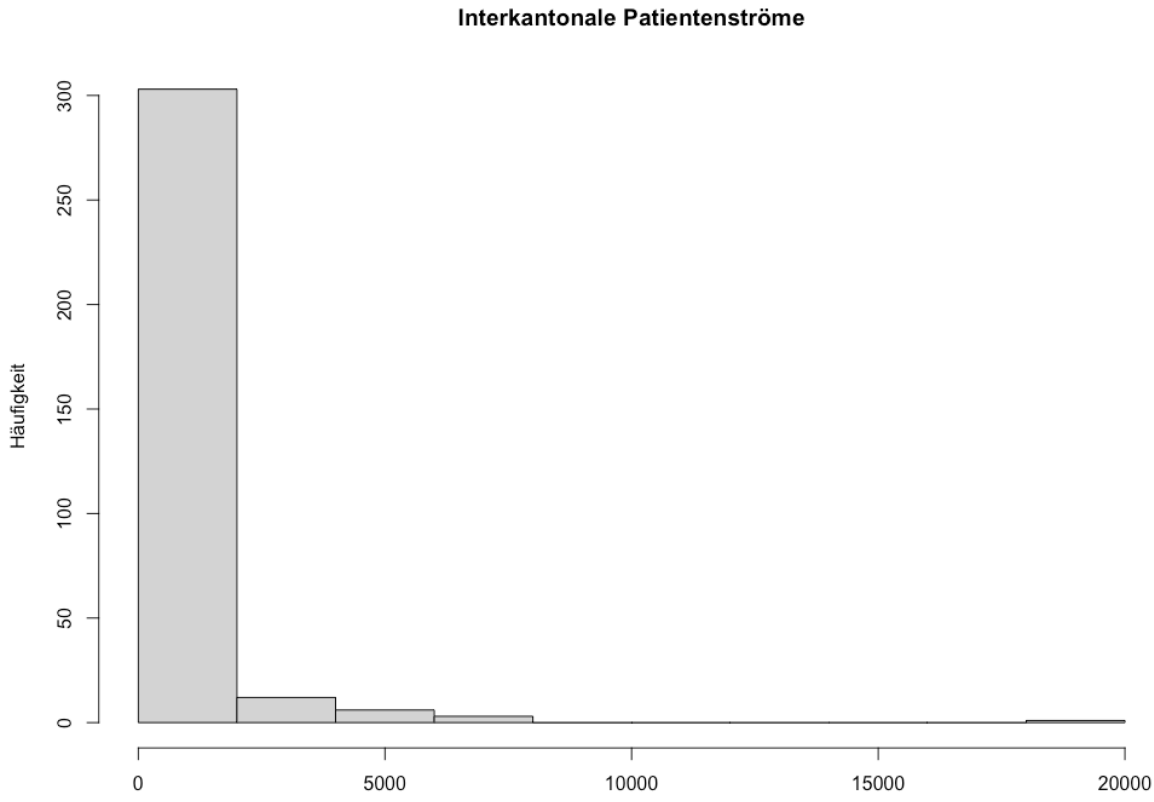

Distanz der Kantonshauptstädte
Häufigkeit
0
20
40
60
80
100
0
100
200
300
400
km


Gemeinsame Grenze
Häufigkeit
0
50
100
150
200
250
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0


Gemeinsame Hauptsprache
Häufigkeit
0
50
100
150
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0


Gemeinsame Parteizugehörigkeit d. GesundheitsdirektorInnen
Häufigkeit
0
50
100
150
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0
Anteil Jahre


Gesundheitsdirektoren-Paare
Häufigkeit
0
20
40
60
80
100
120
1
2
3
4
5
Anzahl verschiedene Konstellationen


Interkantonale Patientenströme
Häufigkeit
0
50
100
150
200
250
300
0
5000
10000
15000
20000

E. Resultate inklusive Null- und Baseline-Modelle

E.1 Kooperation insgesamt

Tabelle 1 Resultate für Kooperation insgesamt

	Kooperation				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	1.523***	1.337***	1.666***	-0.207***	0.272***
	(0.026)	(0.033)	(0.012)	(0.010)	(0.010)
Transitive ties†		0.891***	0.702***	0.705***	0.707***
		(0.099)	(0.111)	(0.113)	(0.113)
Nodesqrtcovar		1.828***	0.370***	0.269***	0.250***
		(0.133)	(0.027)	(0.027)	(0.026)
Bevölkerungsgrösse (ln)				0.058***	0.072***
				(0.008)	(0.014)
Universitätsspitalstandort			0.414***	0.228***	0.313***
			(0.058)	(0.056)	(0.059)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0.0002***	-0.0001	-0.0002*
			(0.0001)	(0.0001)	(0.0001)
Prämienanstieg			0.484***	0.369***	0.395***
			(0.115)	(0.124)	(0.124)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			-0.042***		-0.063***
			(0.014)		(0.023)
Distanz			-0.002***	-0.003***	-0.003***
			(0.001)	(0.001)	(0.001)
Gemeinsame Grenze			0.380***	0.359***	0.357***
			(0.075)	(0.074)	(0.075)
Gemeinsame Hauptsprache			0.160**	0.218***	0.222***
			(0.067)	(0.068)	(0.071)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren			0.050	0.057	0.061
			(0.075)	(0.077)	(0.075)
Anzahl „Gesundheitsdirektoren-Paare“			-0.085***	-0.095***	-0.095***
			(0.028)	(0.028)	(0.029)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			0.046***	0.037**	0.036**
			(0.014)	(0.014)	(0.014)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-2'209	-2'434	-2'674	-2'679	-2'683
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-2'206	-2'423	-2'625	-2'630	-2'630

Anmerkung. *p≤0.1, **p≤0.05, ***p≤0.01; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (threshold) für transitive Beziehungen wird für Kooperation auf 7 gesetzt.

Abbildung 1 Traceplot für Kooperation Nullmodell (Modell 1)

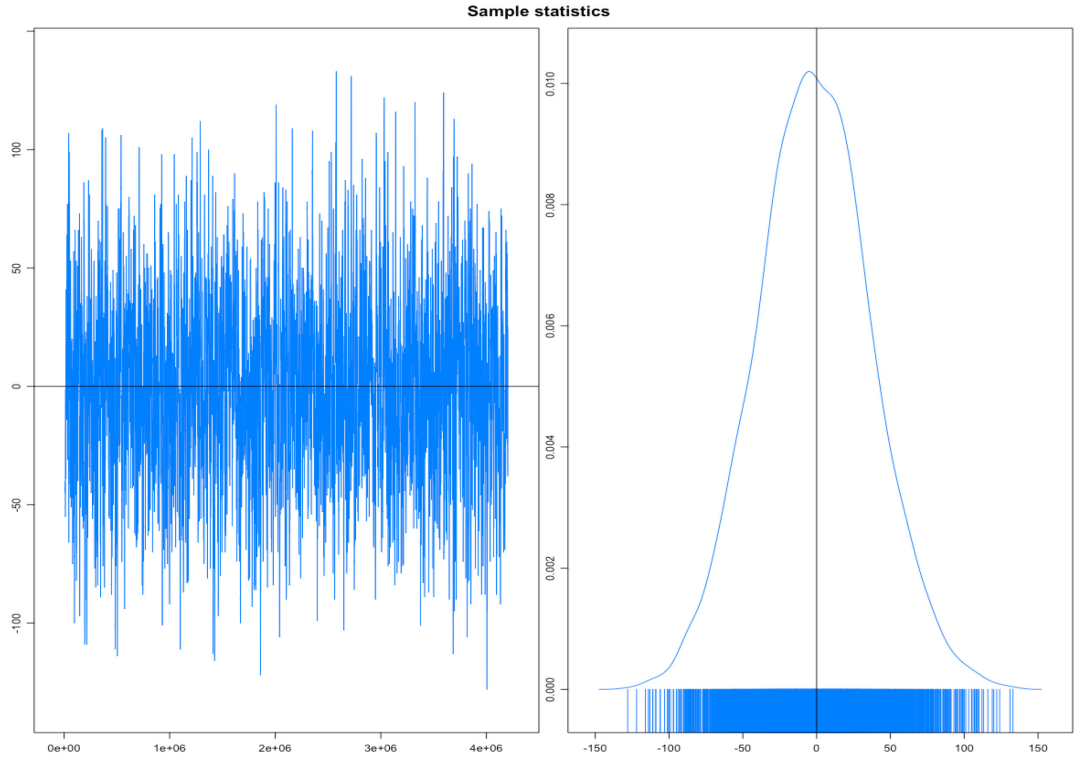


Abbildung 2 Traceplots für Kooperation Modell 2

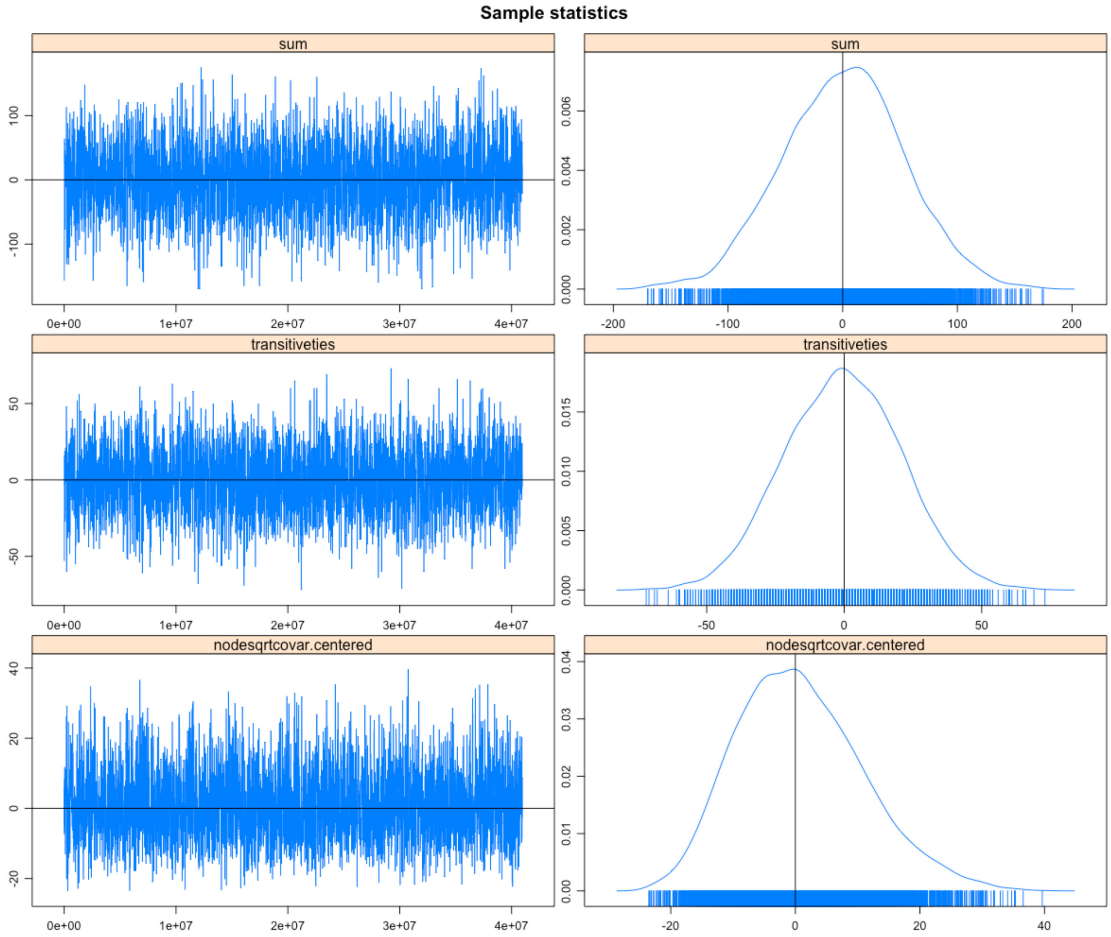
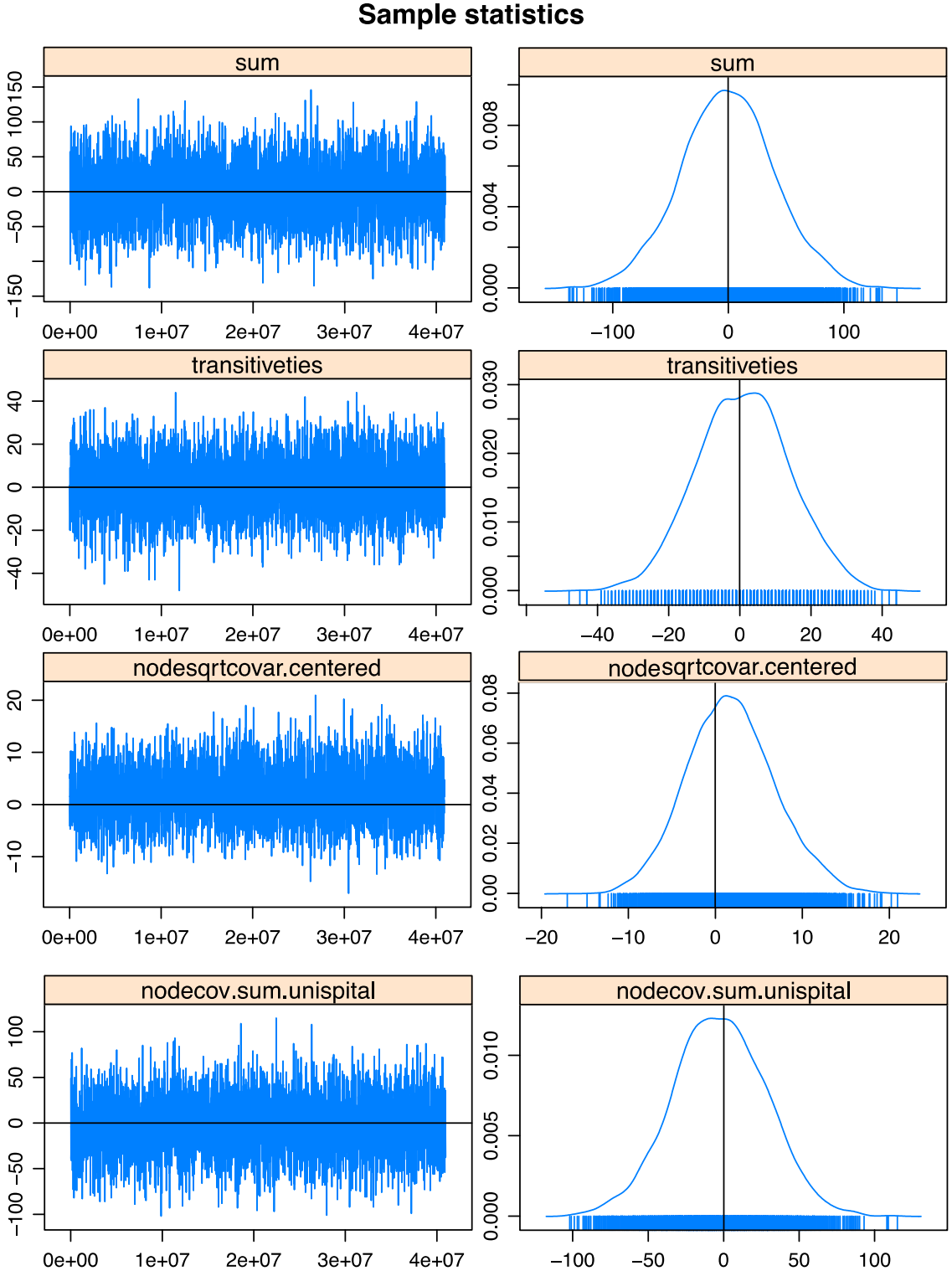
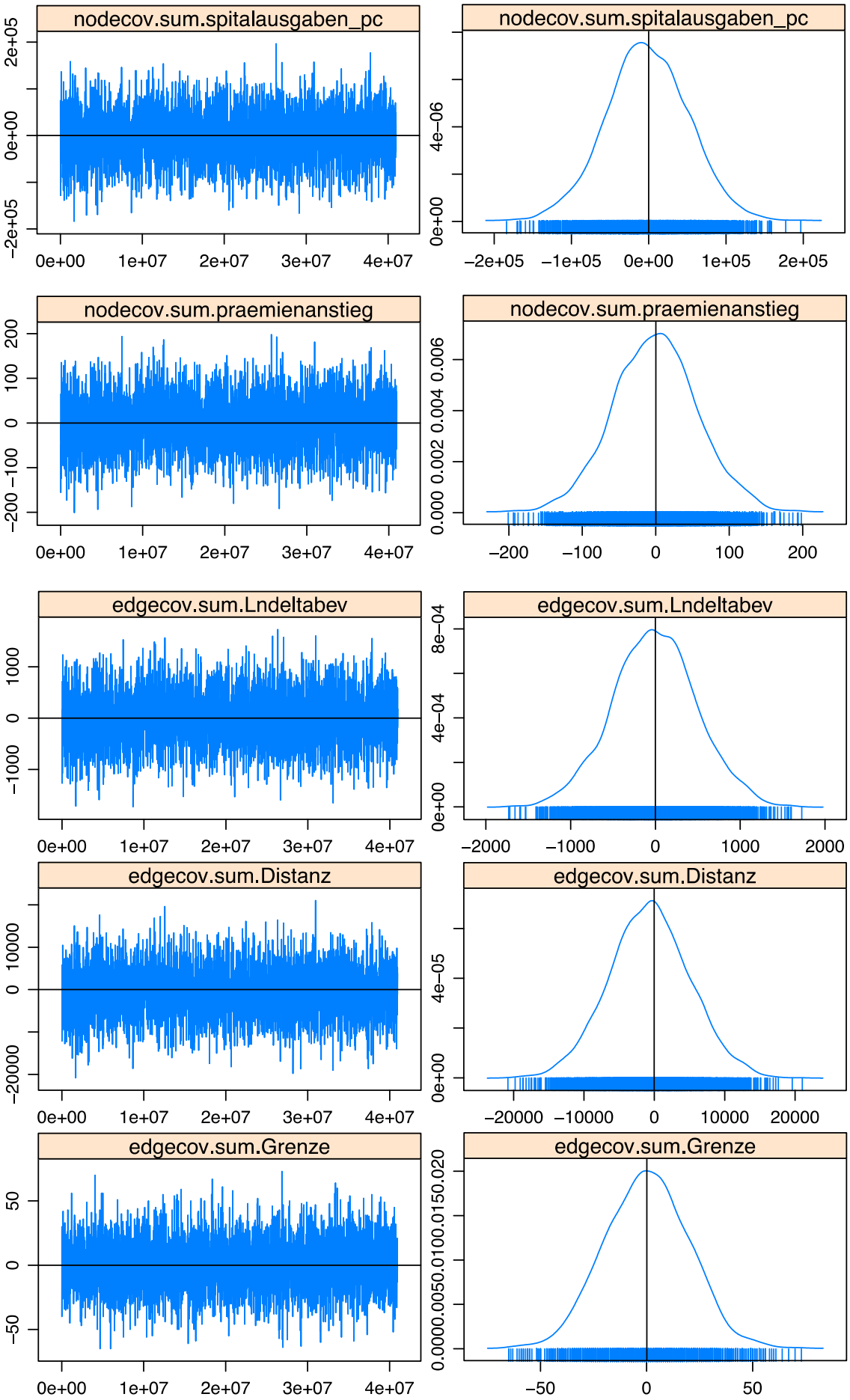


Abbildung 3 Traceplots für Kooperation Modell 3 (Modell 1 in Tab. 15)




nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze

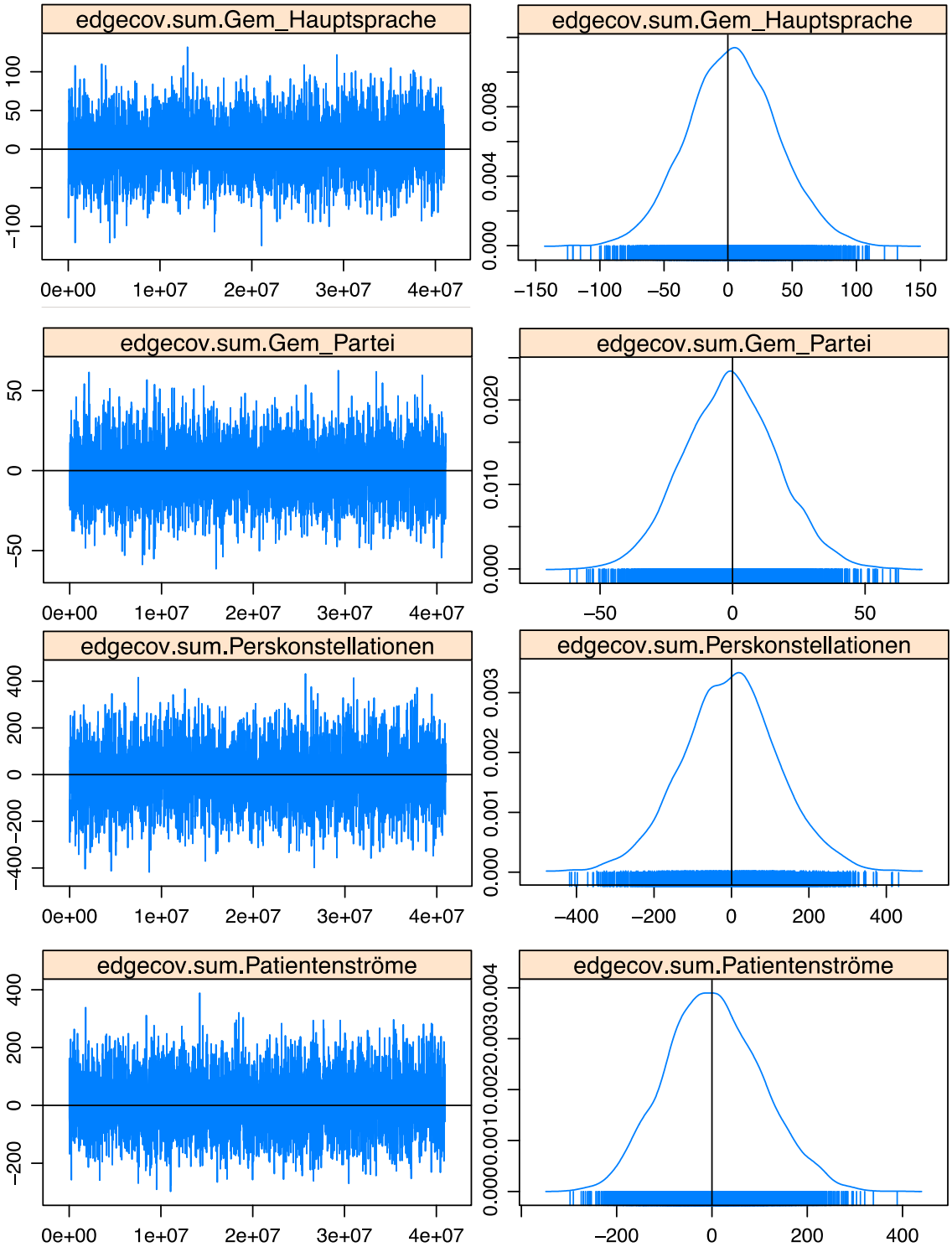
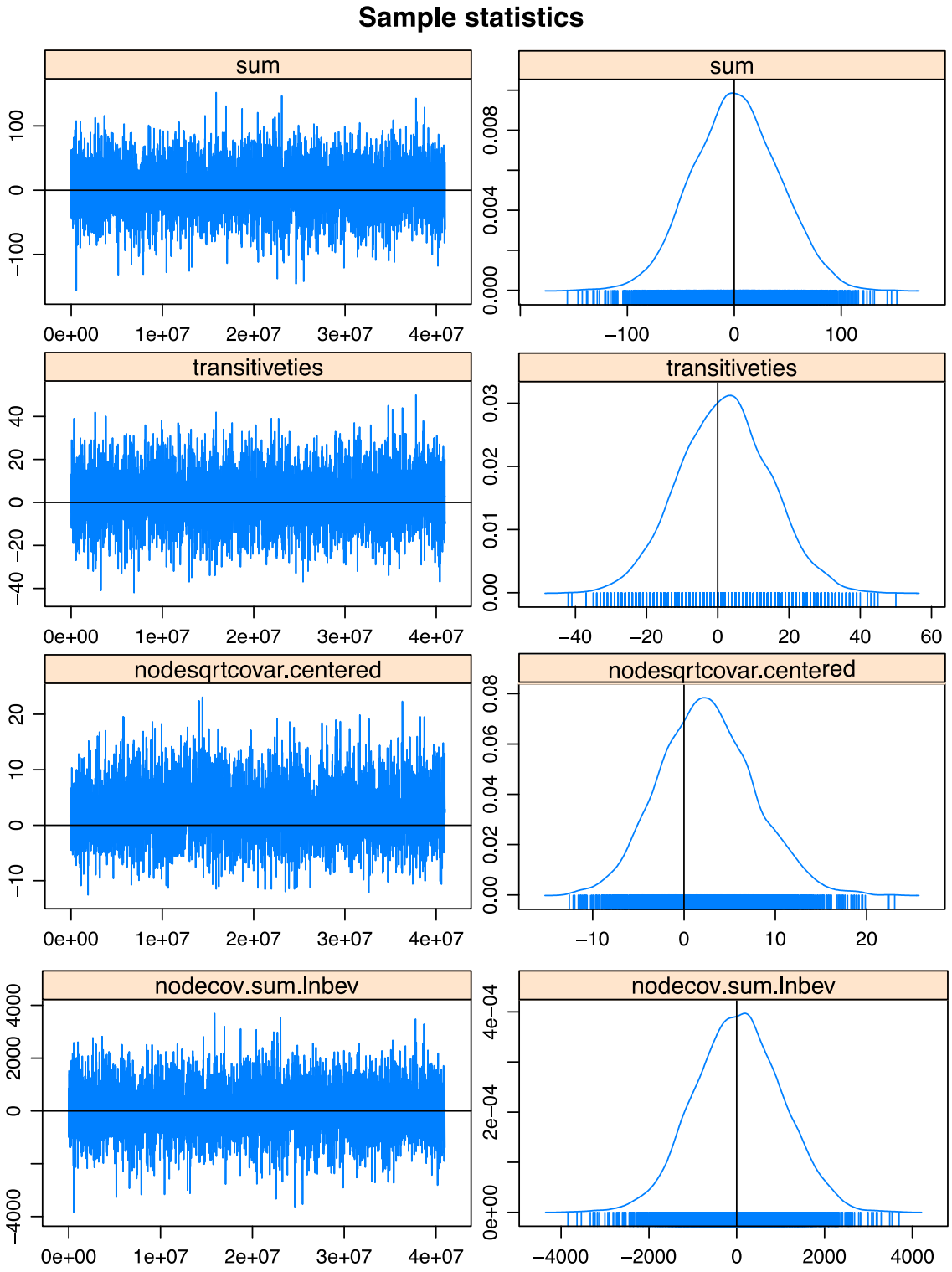
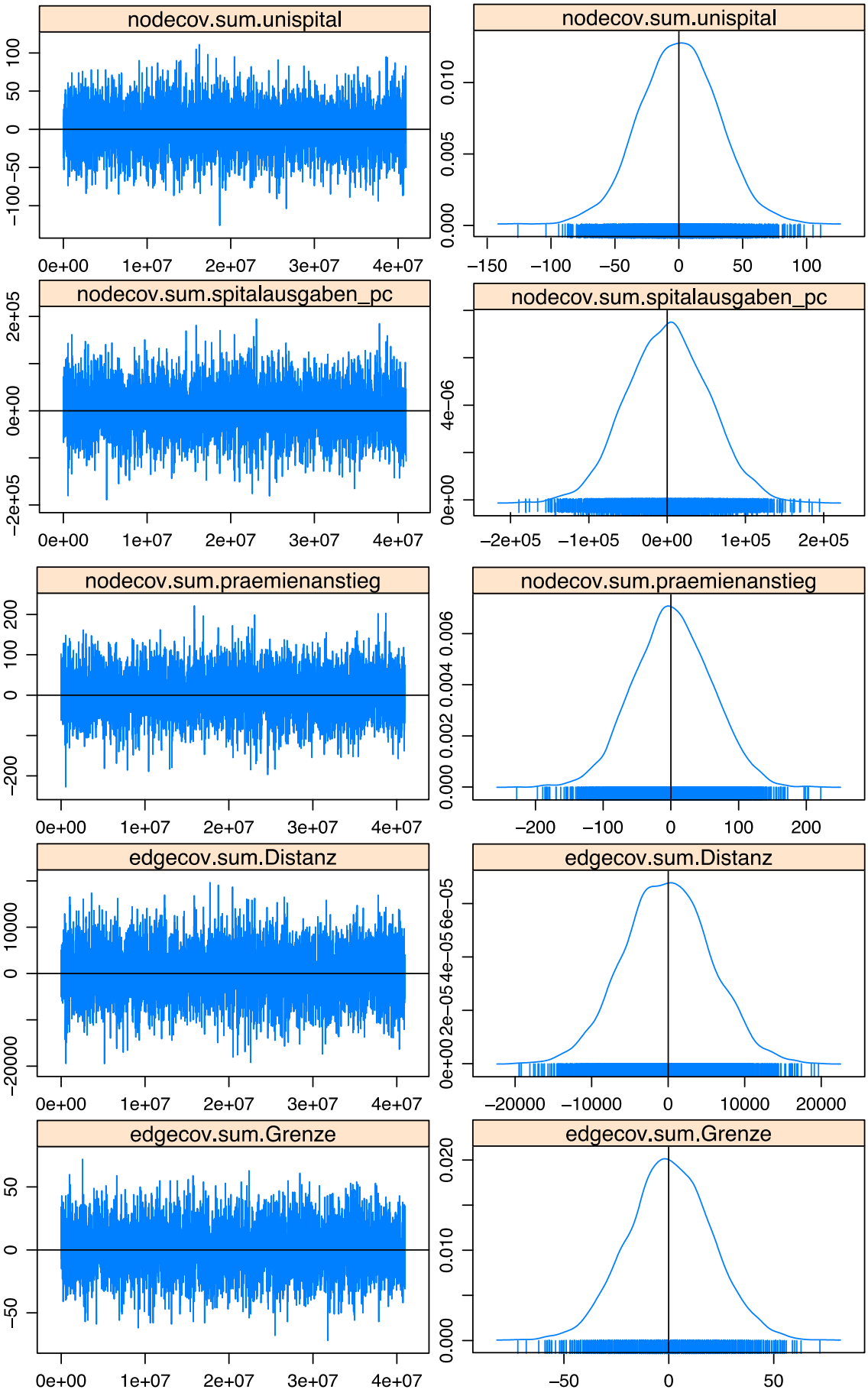

edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

Abbildung 4 Traceplots für Kooperation Modell 4 (Modell 2 in Tab. 15)




nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze

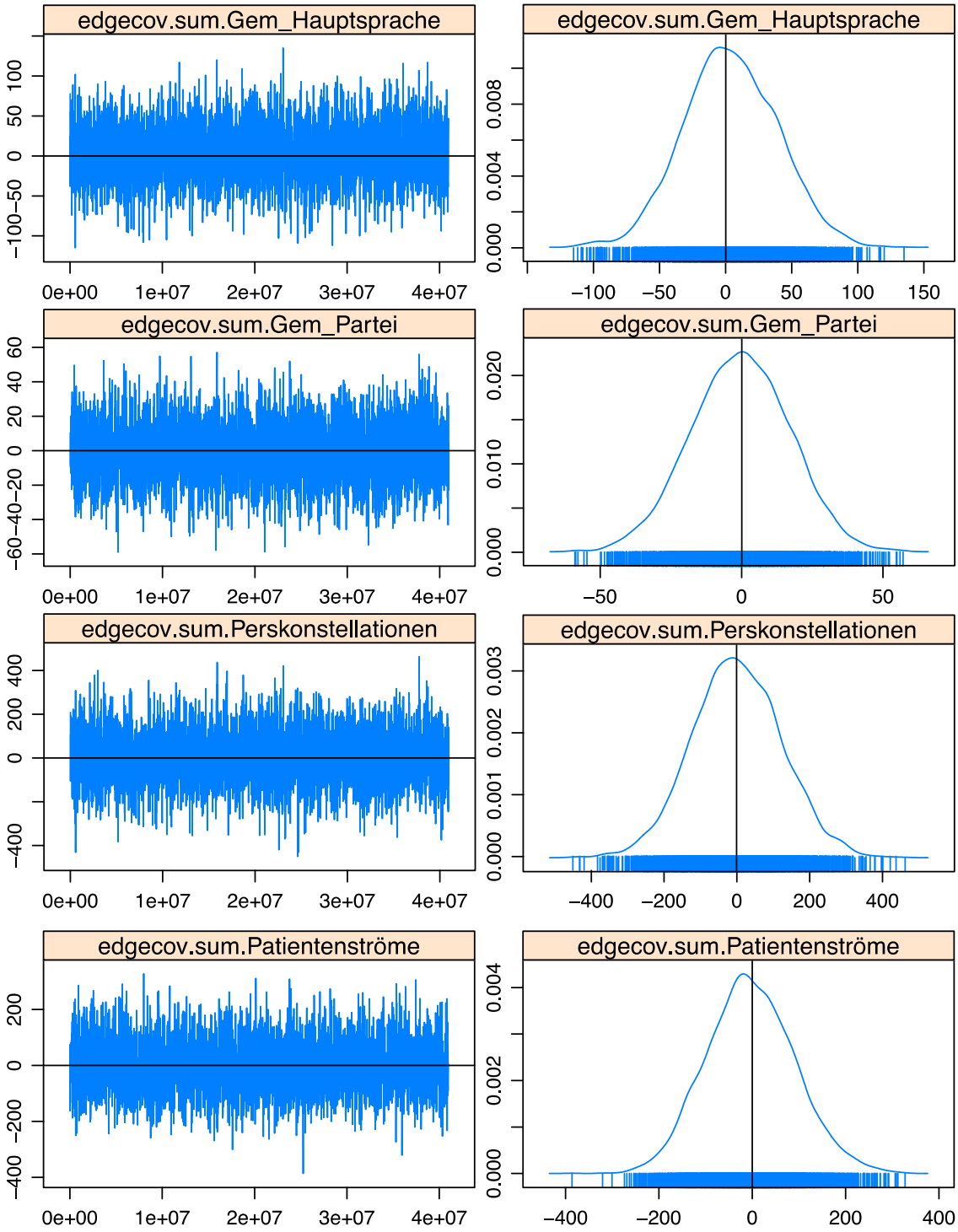
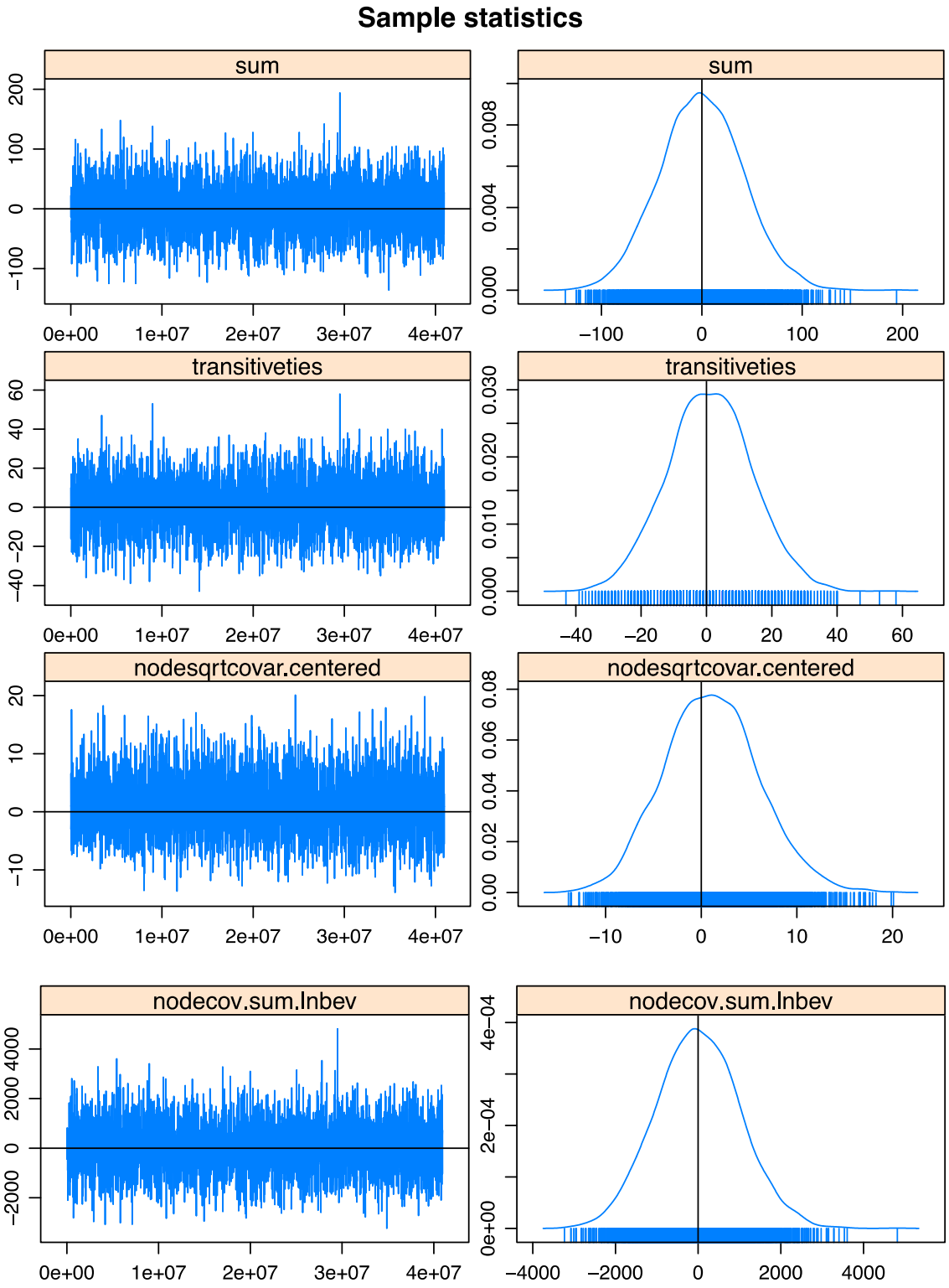
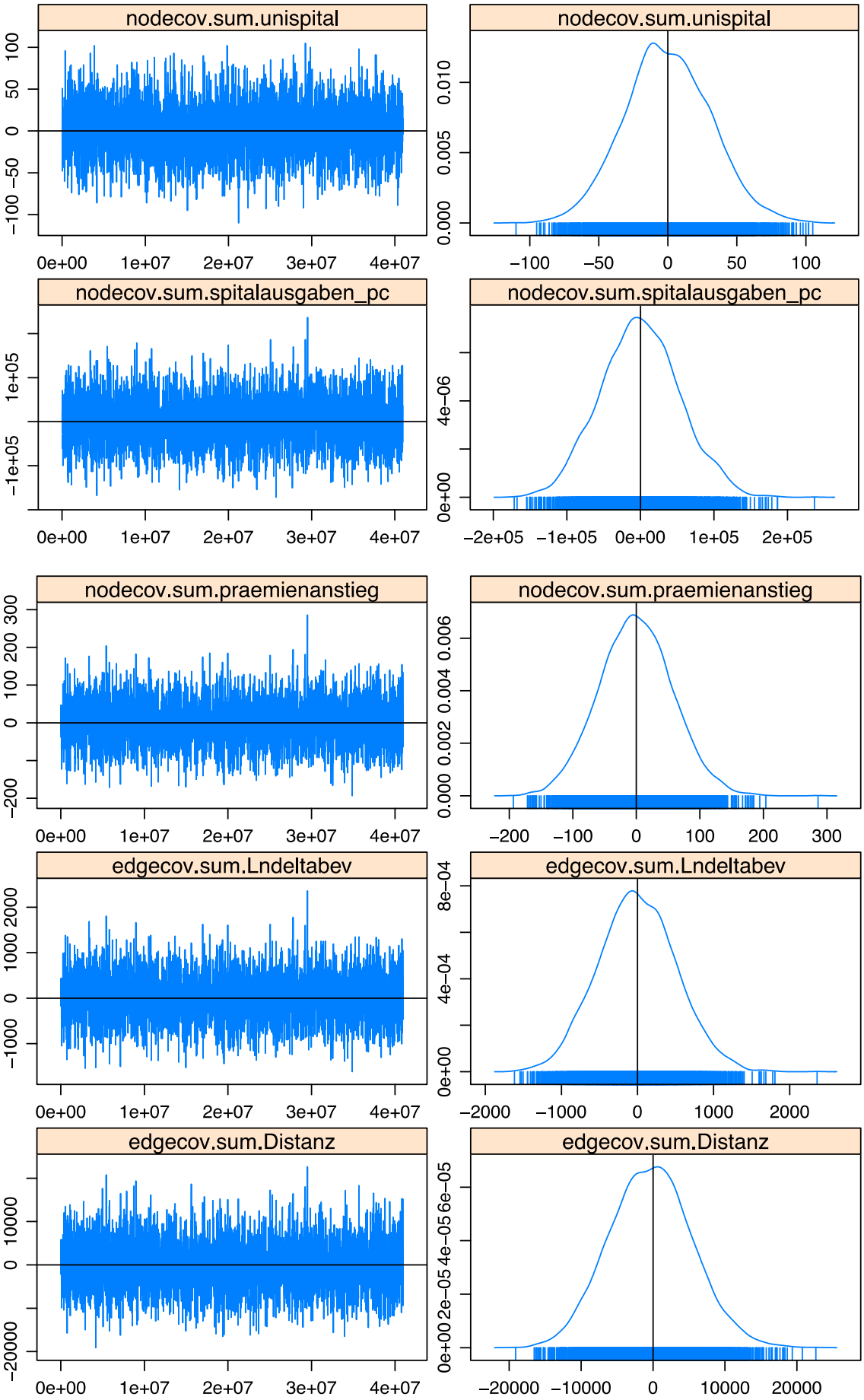
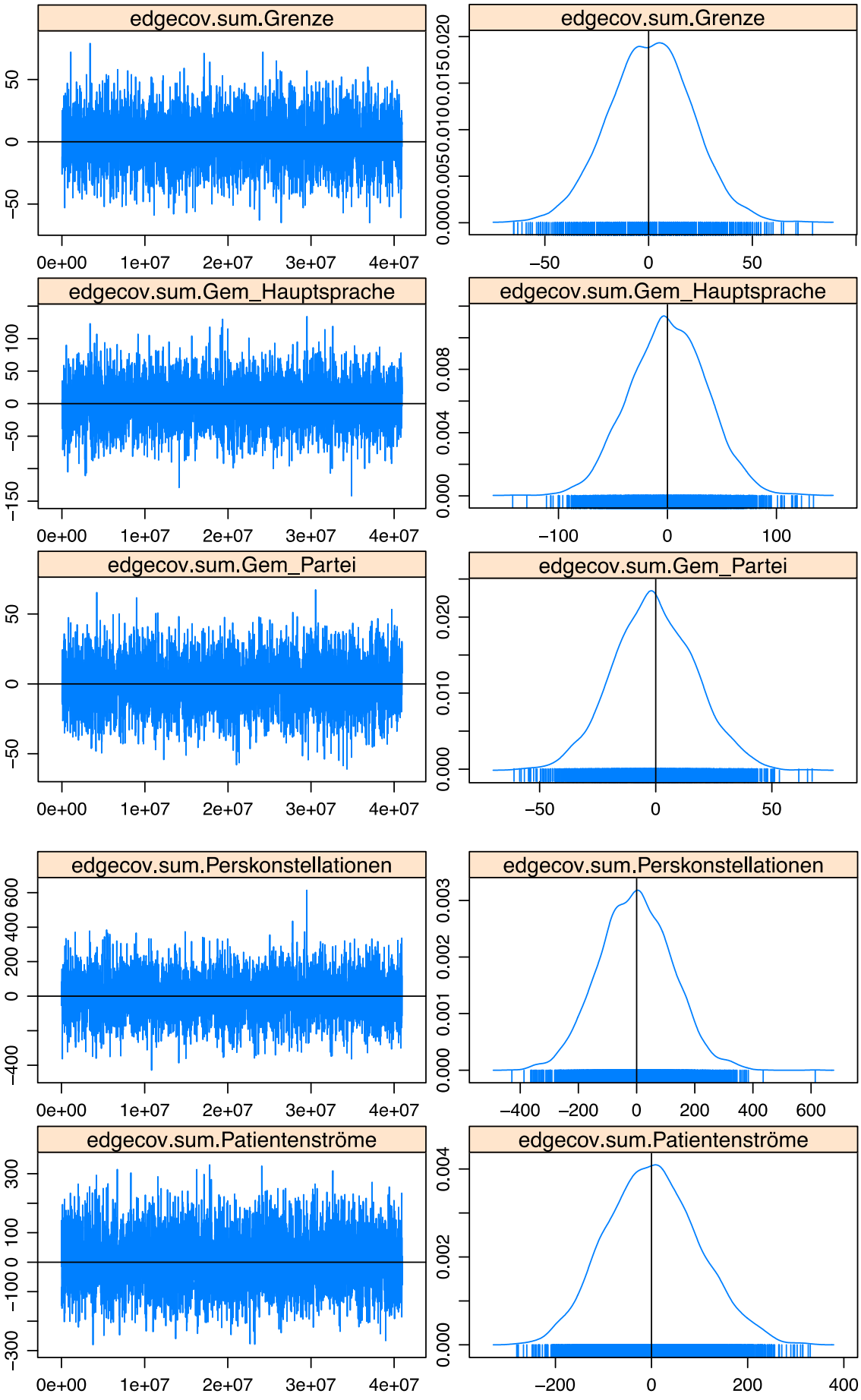

edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

Abbildung 5 Traceplots für Kooperation Modell 5 (Modell 3 in Tab. 15)




nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz


edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

E.2 Informationsaustausch

Tabelle 2 Resultate für Informationsaustausch

	Informationsaustausch				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	-0.808***	-1.189***	-1.783***	-1.629**	-1.375***
	(0.082)	(0.112)	(0.034)	(0.040)	(0.040)
Transitive ties†		0.627***	0.411***	0.414**	0.413***
		(0.142)	(0.133)	(0.136)	(0.133)
Nodesqrtcovar		2.655***	1.822***	1.836**	1.829***
		(0.415)	(0.057)	(0.064)	(0.061)
Bevölkerungsgrösse (ln)			0.278*	-0.037	0.310**
			(0.156)	(0.027)	(0.155)
Universitätsspitalstandort				0.265†	-0.029
				(0.146)	(0.048)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0.00003	0.00001	-0.00004
			(0.0002)	(0.0002)	(0.0002)
Prämienanstieg			0.348	0.395	0.414
			(0.336)	(0.362)	(0.357)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			-0.049		-0.034
			(0.043)		(0.076)
Distanz			-0.004**	-0.004*	-0.004**
			(0.002)	(0.002)	(0.002)
Gemeinsame Grenze			0.467**	0.483*	0.480**
			(0.217)	(0.213)	(0.218)
Gemeinsame Hauptsprache			1.005***	0.976**	0.976***
			(0.291)	(0.286)	(0.282)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren			0.386	0.382	0.370
			(0.250)	(0.242)	(0.254)
Anzahl „Gesundheitsdirektoren-Paare“			0.078	0.089	0.088
			(0.073)	(0.076)	(0.077)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			-0.001	0.005	0.006
			(0.044)	(0.044)	(0.042)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-124.3	-191.2	-232.0	-232.5	-231.0
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-120.5	-179.9	-182.8	-183.3	-178.0

Anmerkung. *p≤0.1, **p≤0.05, ***p≤0.01; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (threshold) für transitive Beziehungen wird für Informationsaustausch auf 1 gesetzt, damit eine einzelne, einmalige Kooperation nicht übermässig Gewicht erhält.

Abbildung 6 Traceplot für Informationsaustausch Nullmodell (Modell 1)

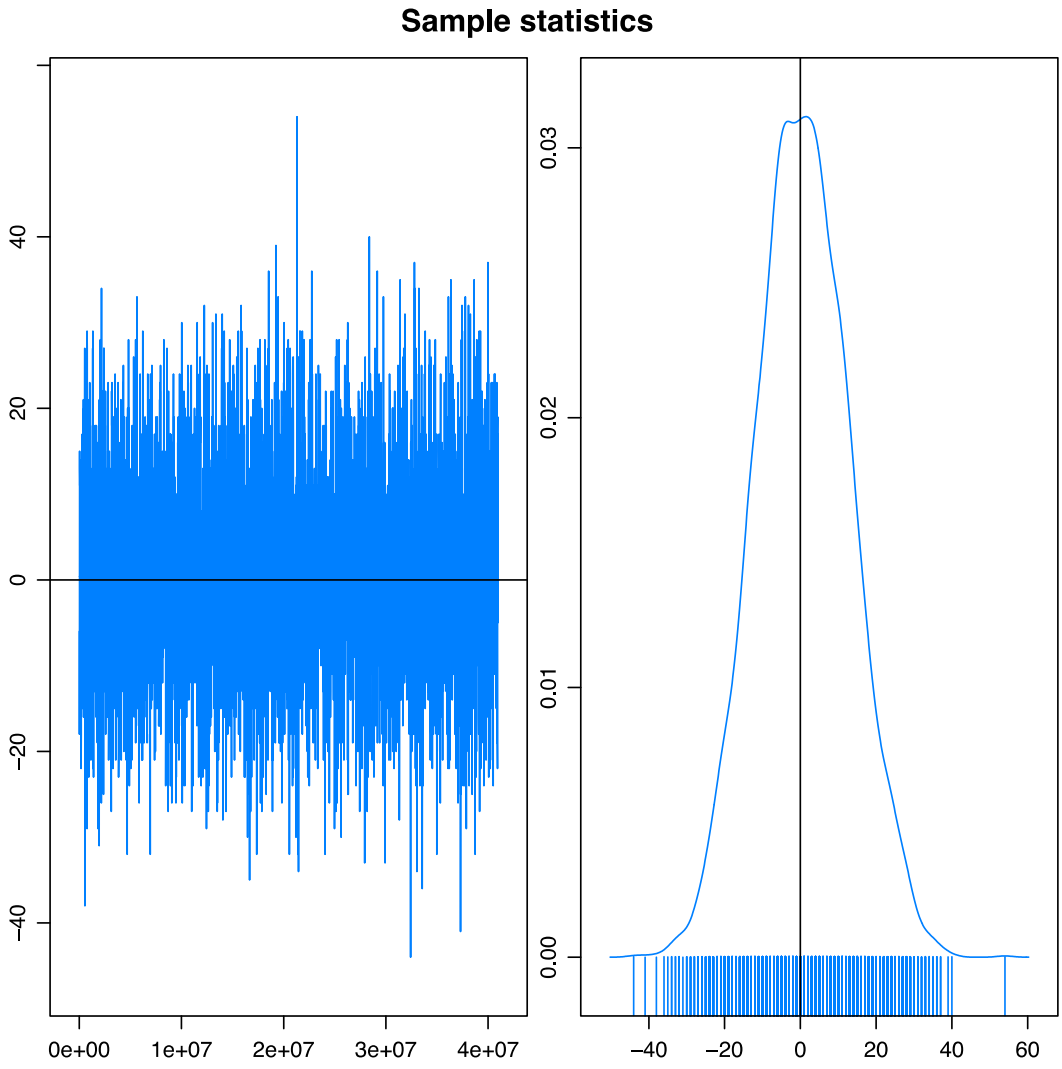


Abbildung 7 Traceplots für Informationsaustausch Modell 2

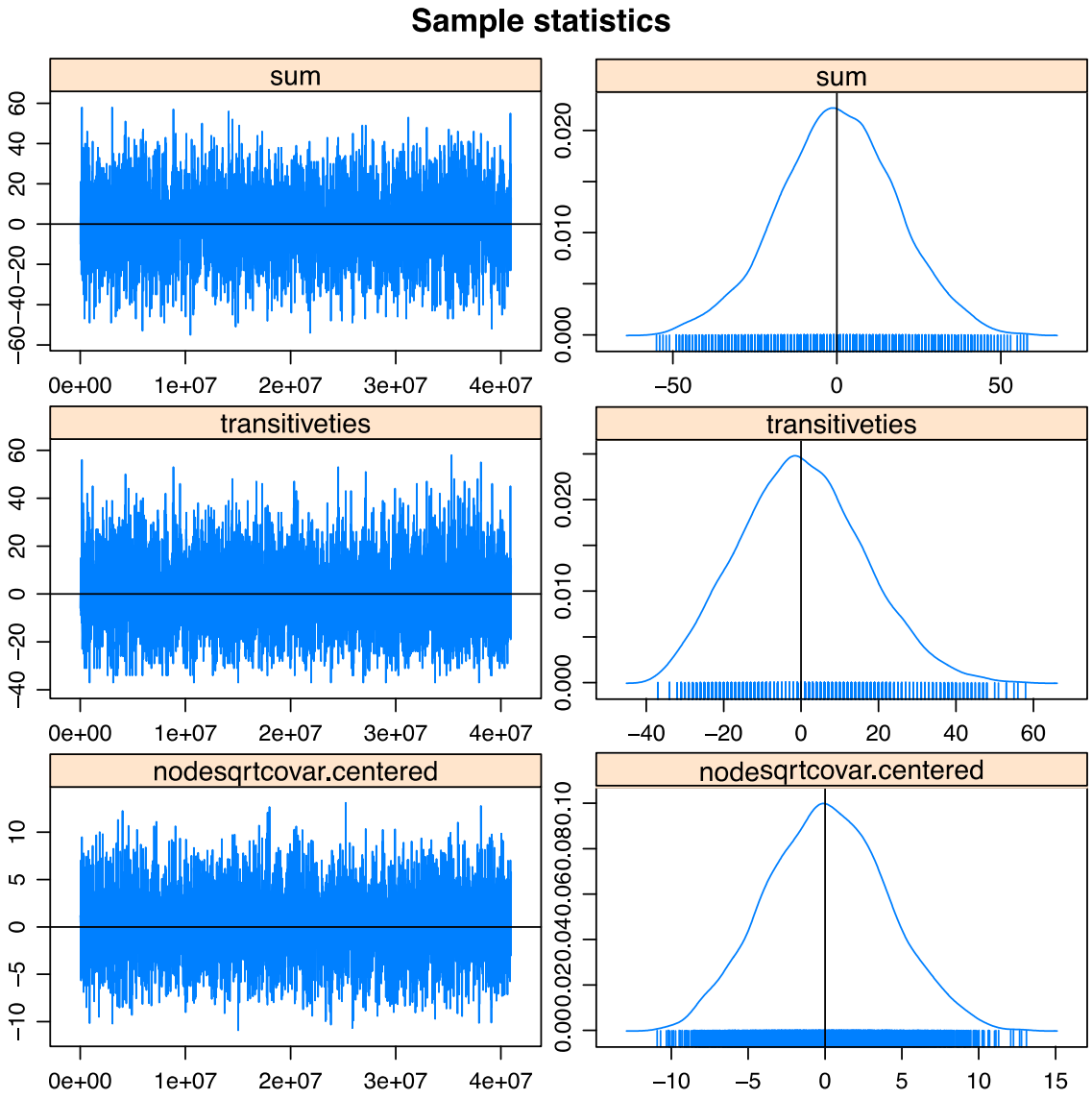
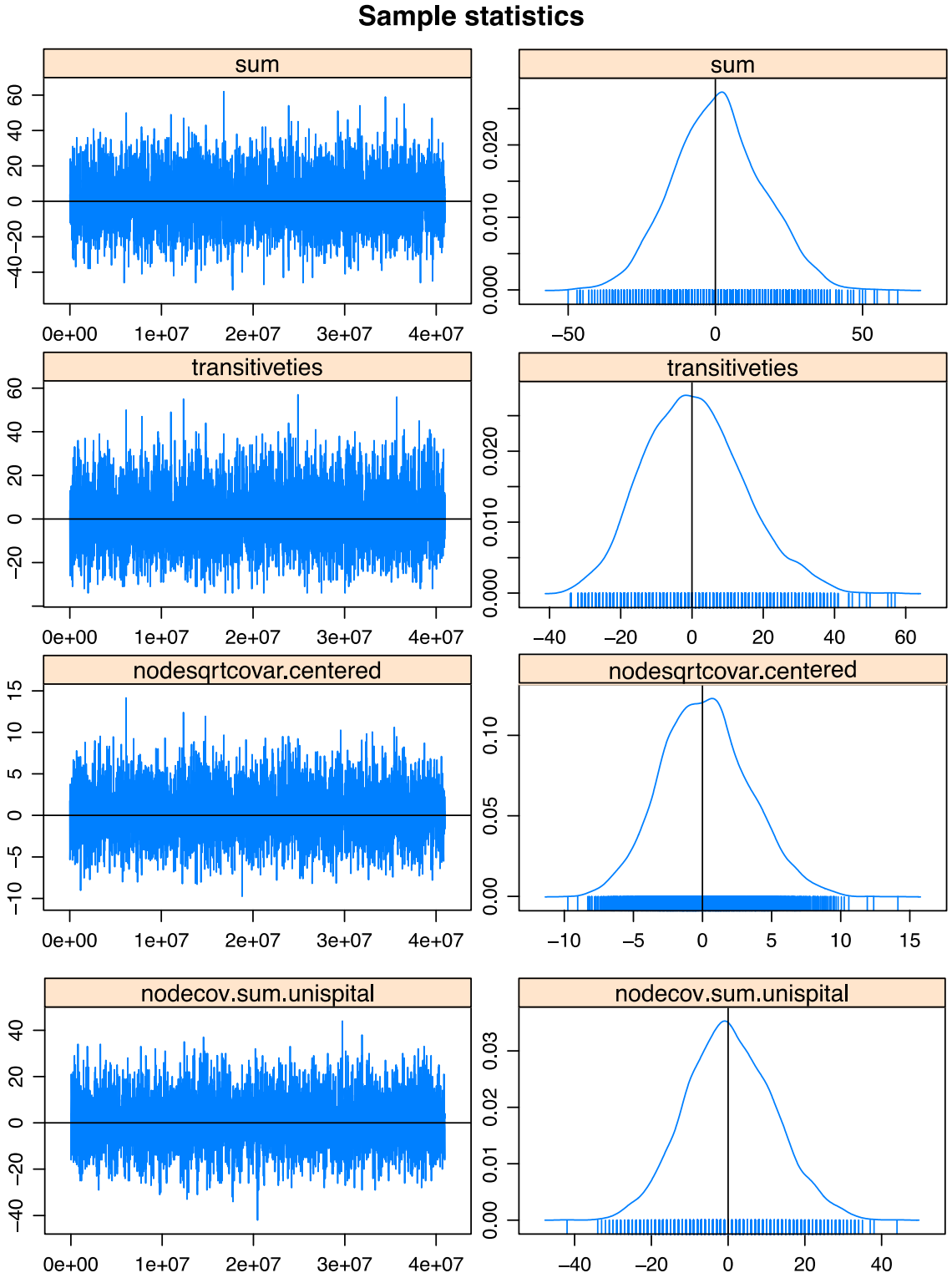
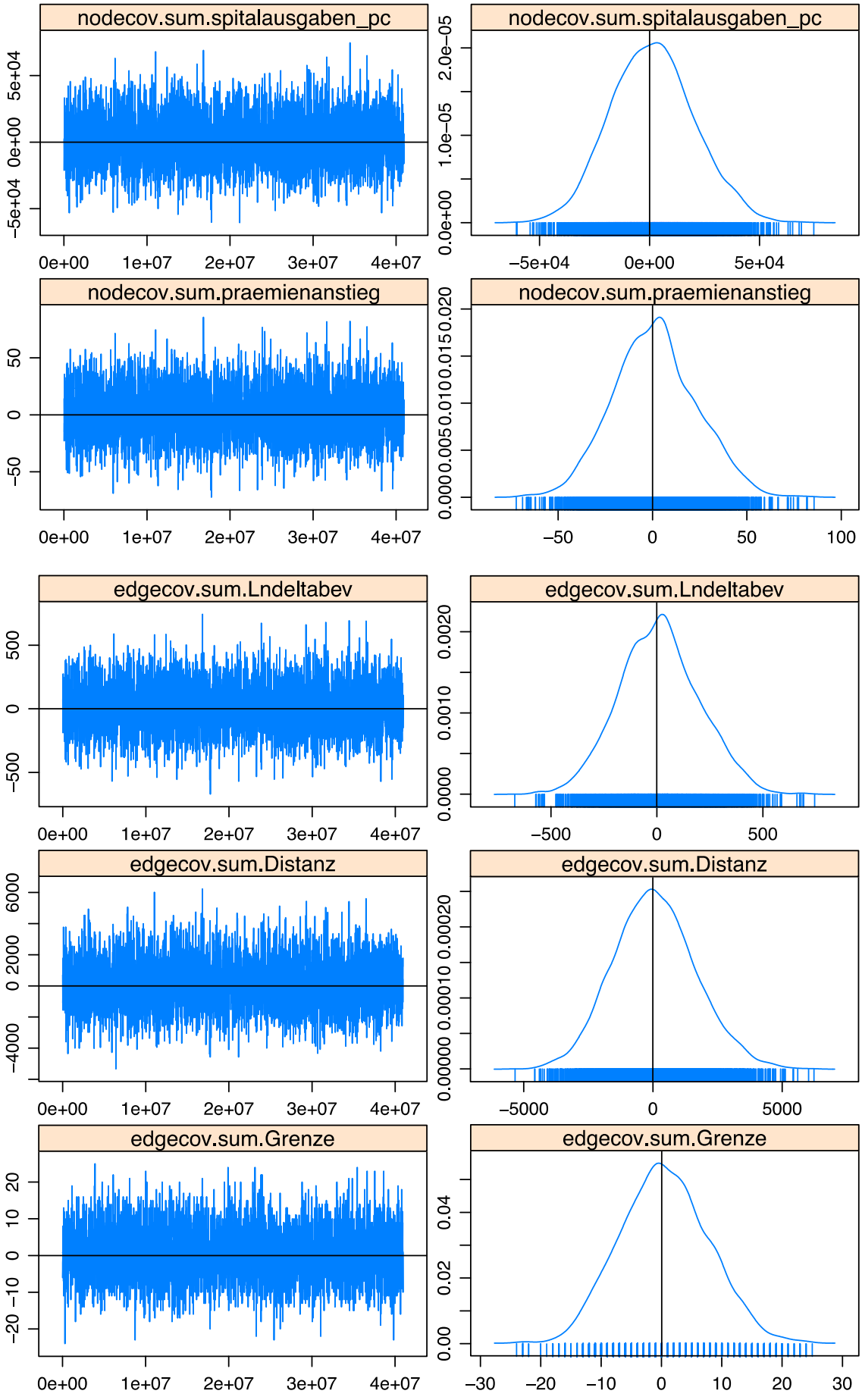


Abbildung 8 **Traceplots für Informationsaustausch Modell 3 (Modell 4 in Tab. 15)**




nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze

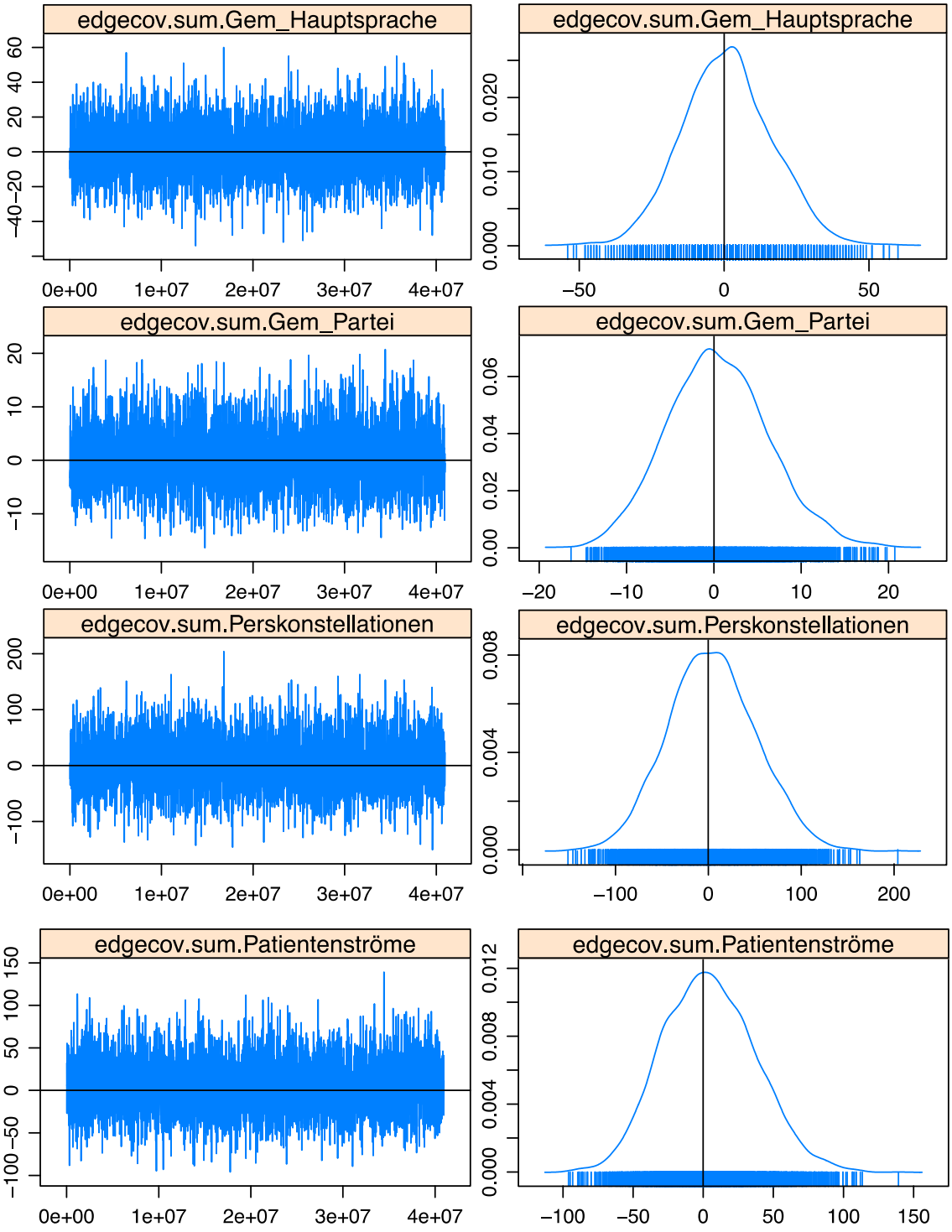
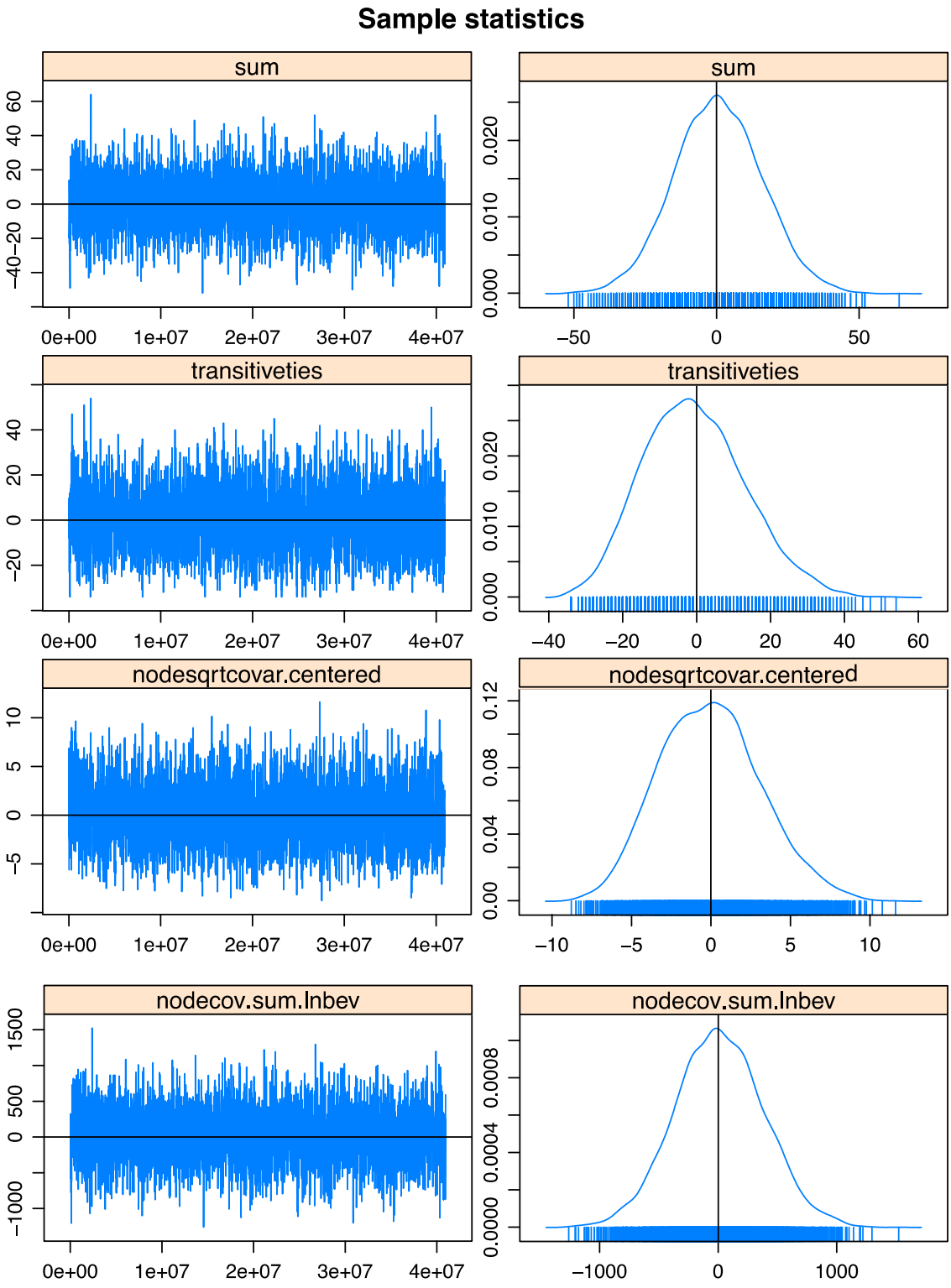
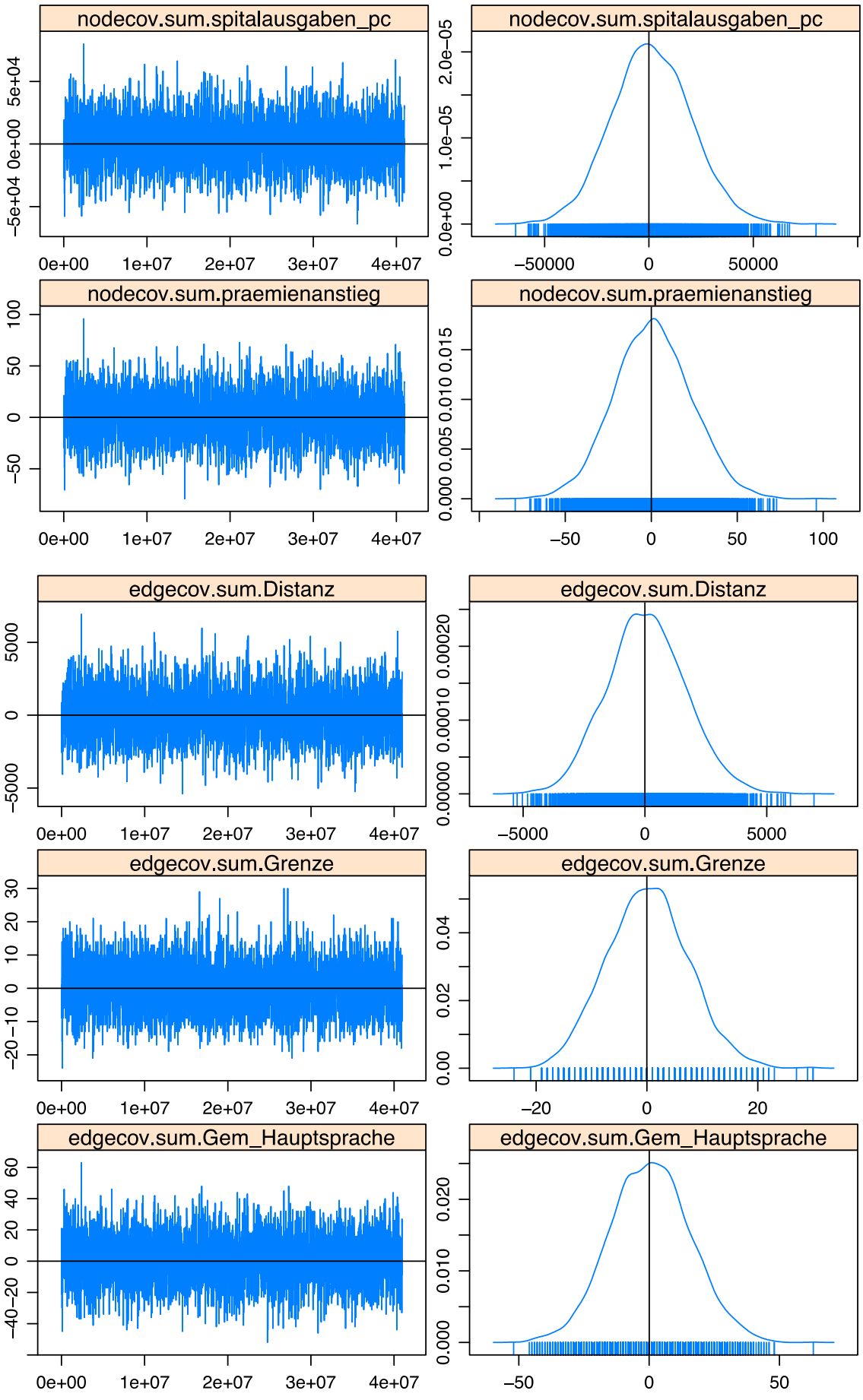

edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

Abbildung 9 **Traceplots für Informationsaustausch Modell 4 (Modell 5 in Tab. 15)**




nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache

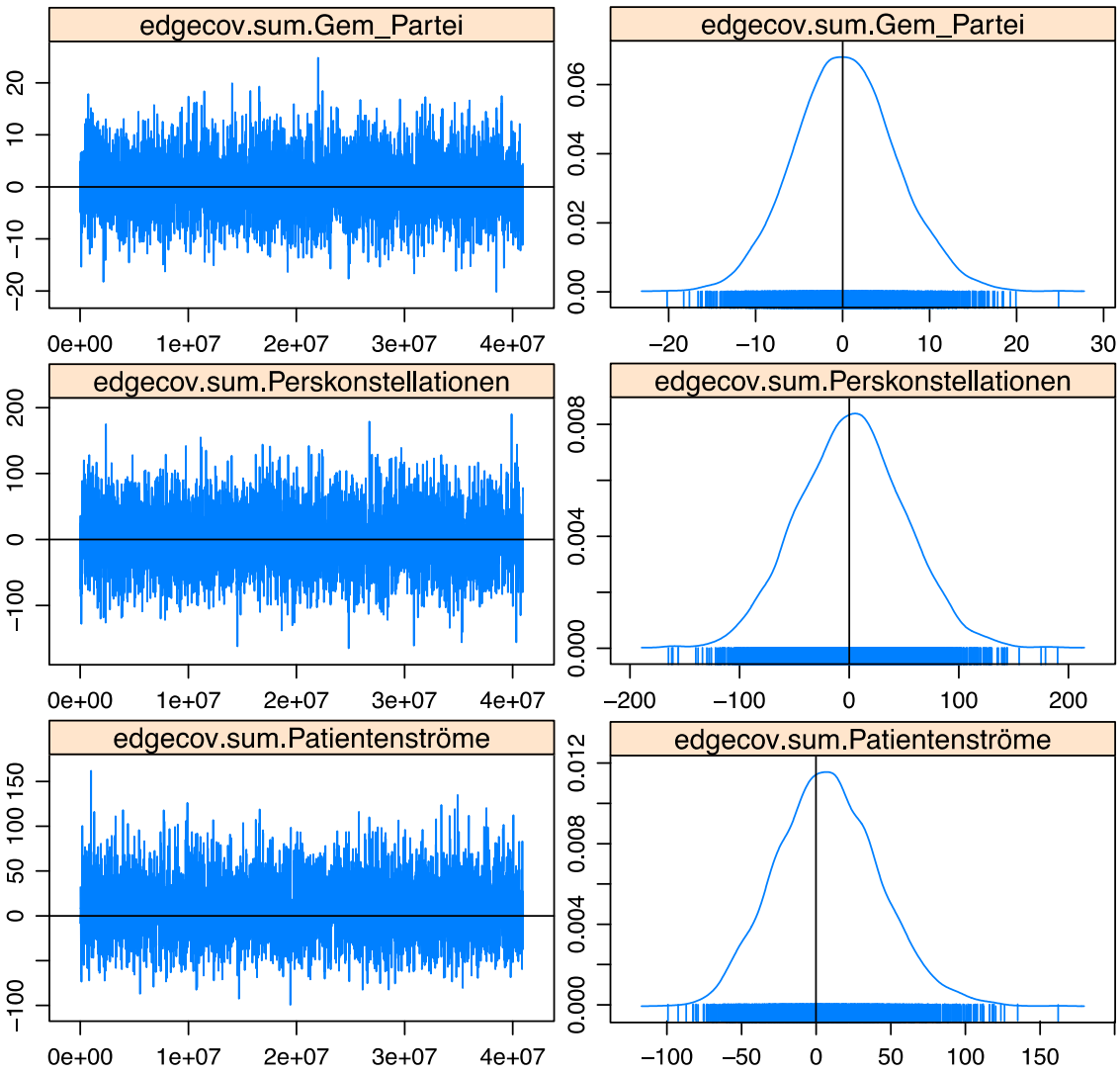
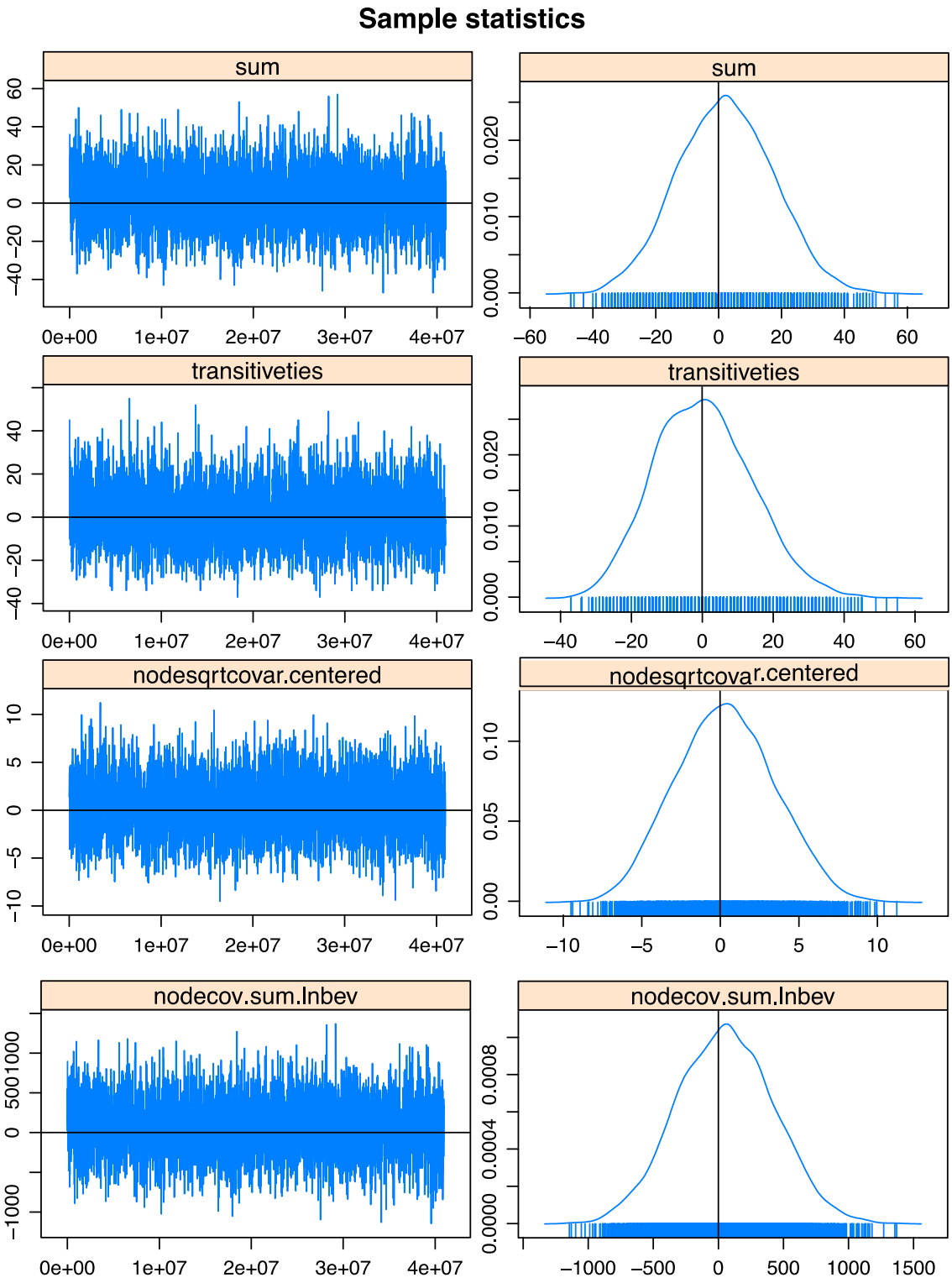
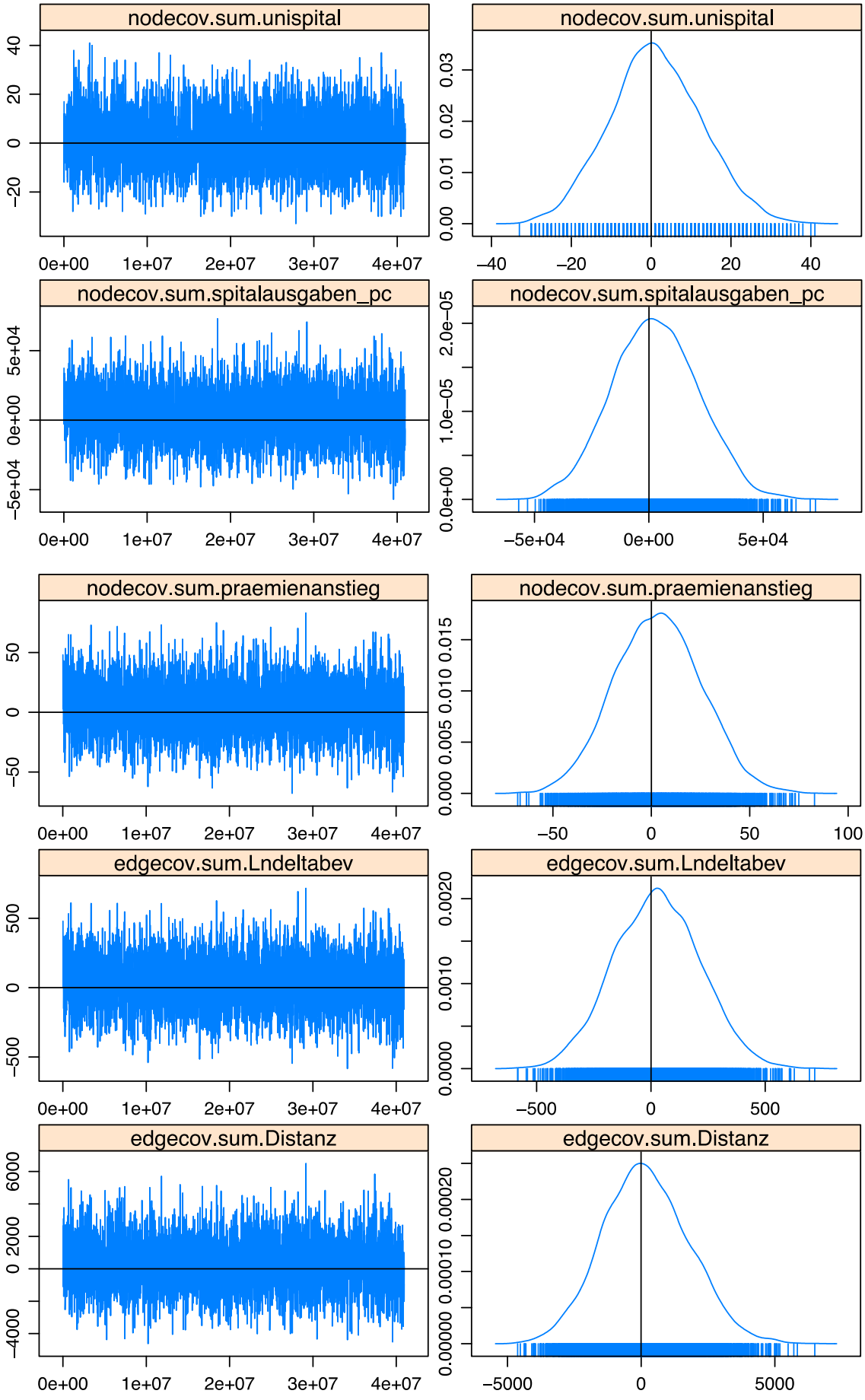
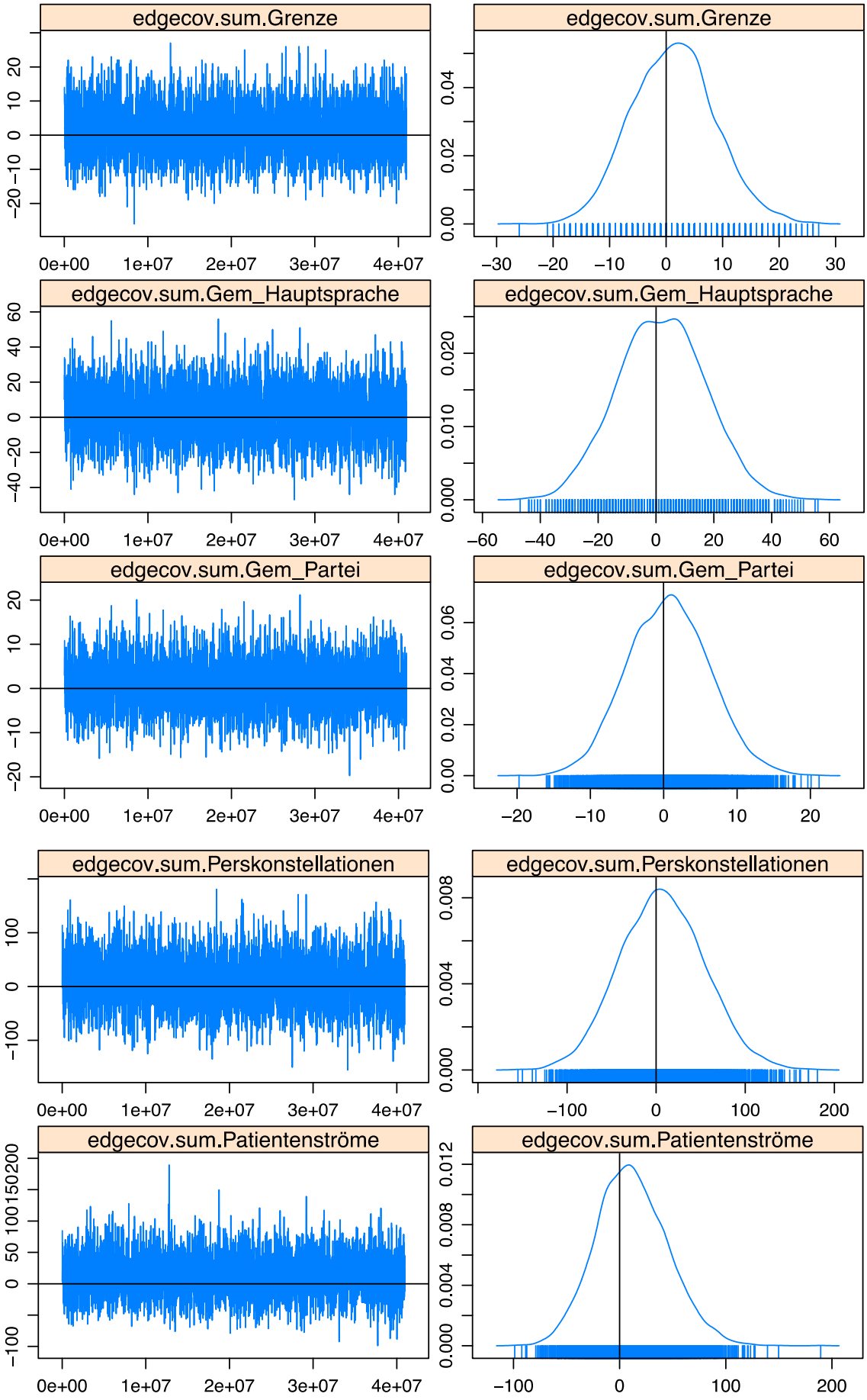

edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

Abbildung 10 Traceplots für Informationsaustausch Modell 5 (Modell 6 in Tab. 15)




nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz


edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

E.3 Fortgeschrittene Kooperation

Tabelle 3 Resultate für fortgeschrittene Kooperation

	Fortgeschrittene Kooperation				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sum	1.227***	1.065***	0.548***	1.107***	0.735***
	(0.029)	(0.036)	(0.011)	(0.009)	(0.010)
Transitiveties†		0.988***	0.890***	0.899***	0.893***
		(0.109)	(0.099)	(0.093)	(0.100)
Nodesqrtcovar		1.590***	1.148***	1.279***	1.170***
		(0.192)	(0.019)	(0.023)	(0.022)
Bevölkerungsgrösse (ln)			0.029**		0.031***
			(0.013)		(0.007)
Universitätsspitalstandort			-0.029	0.006	-0.005
			(0.047)	(0.044)	(0.046)
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf			-0.00004	-0.0001	-0.0001
			(0.0001)	(0.0001)	(0.0001)
Prämienanstieg			-0.032	0.016	-0.024
			(0.101)	(0.091)	(0.101)
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)			0.018	0.024**	
			(0.022)	(0.011)	
Distanz			-0.0001	-0.0001	-0.0001
			(0.0004)	(0.0004)	(0.0004)
Gemeinsame Grenze			0.071	0.076	0.072
			(0.082)	(0.079)	(0.083)
Gemeinsame Hauptsprache			-0.014	-0.050	-0.013
			(0.064)	(0.059)	(0.062)
Gleiche Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren			-0.383***	-0.378***	-0.386***
			(0.086)	(0.086)	(0.089)
Anzahl „Gesundheitsdirektoren-Paare“			-0.074***	-0.064***	-0.072***
			(0.023)	(0.021)	(0.023)
Interkantonale Patientenströme (in Tsd.)			0.029	0.039**	0.030
			(0.021)	(0.020)	(0.020)
Akaike-Informationskriterium (AIC)	-1'154	-1'308	-1'328	-1'328	-1'330
Bayes-Informationskriterium (BIC)	-1'150	-1'296	-1'275	-1'279	-1'281

Anmerkung. *p≤0.1, **p≤0.05, ***p≤0.01; Standardfehler in Klammern; † Der Schwellenwert (threshold) für transitive Beziehungen wird für fortgeschrittene Beziehungen auf 6 gesetzt.

Abbildung 11 Traceplot für fortgeschrittene Kooperation Nullmodell (Modell 1)

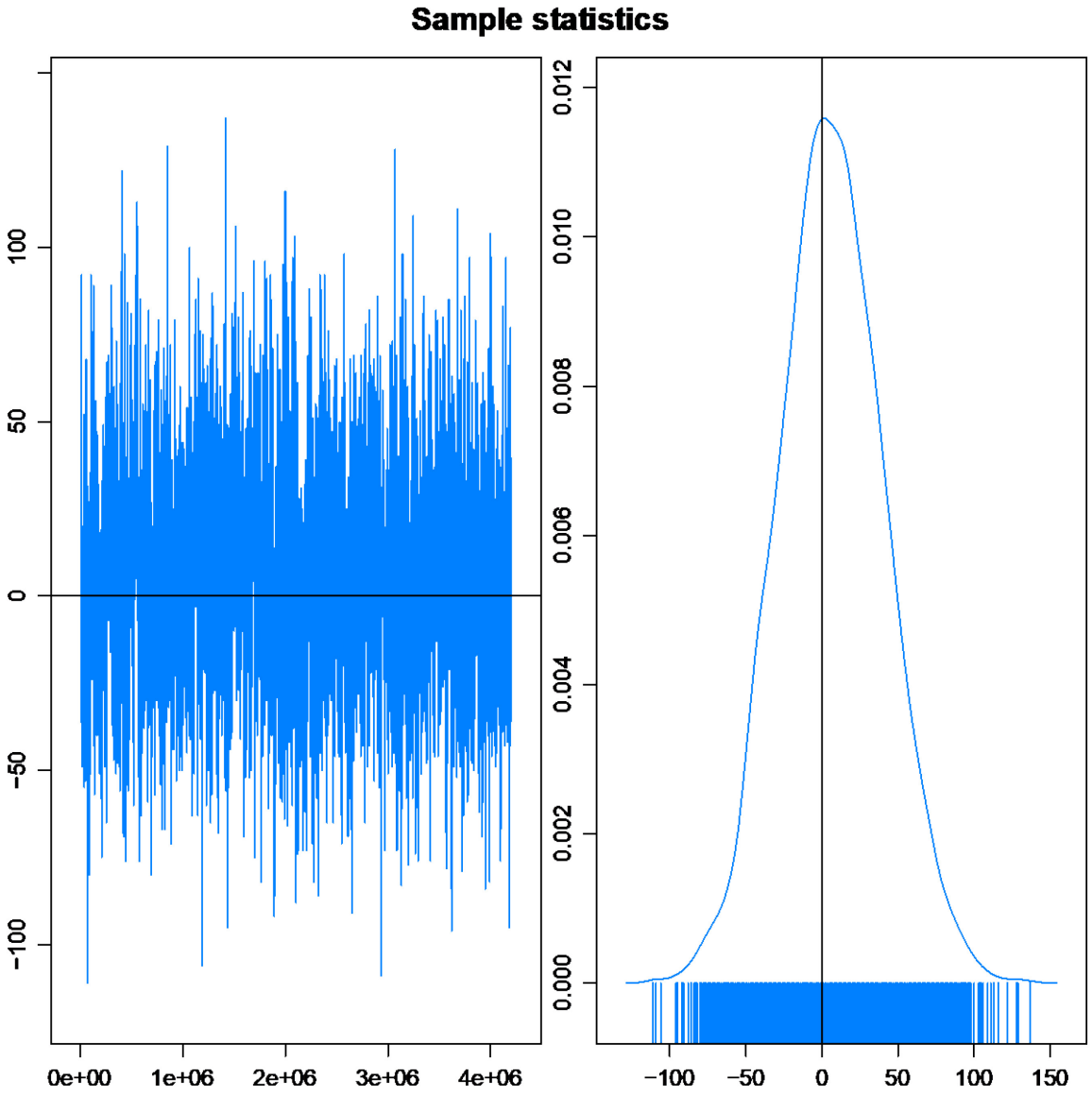


Abbildung 12 Traceplots für fortgeschrittene Kooperation Modell 2

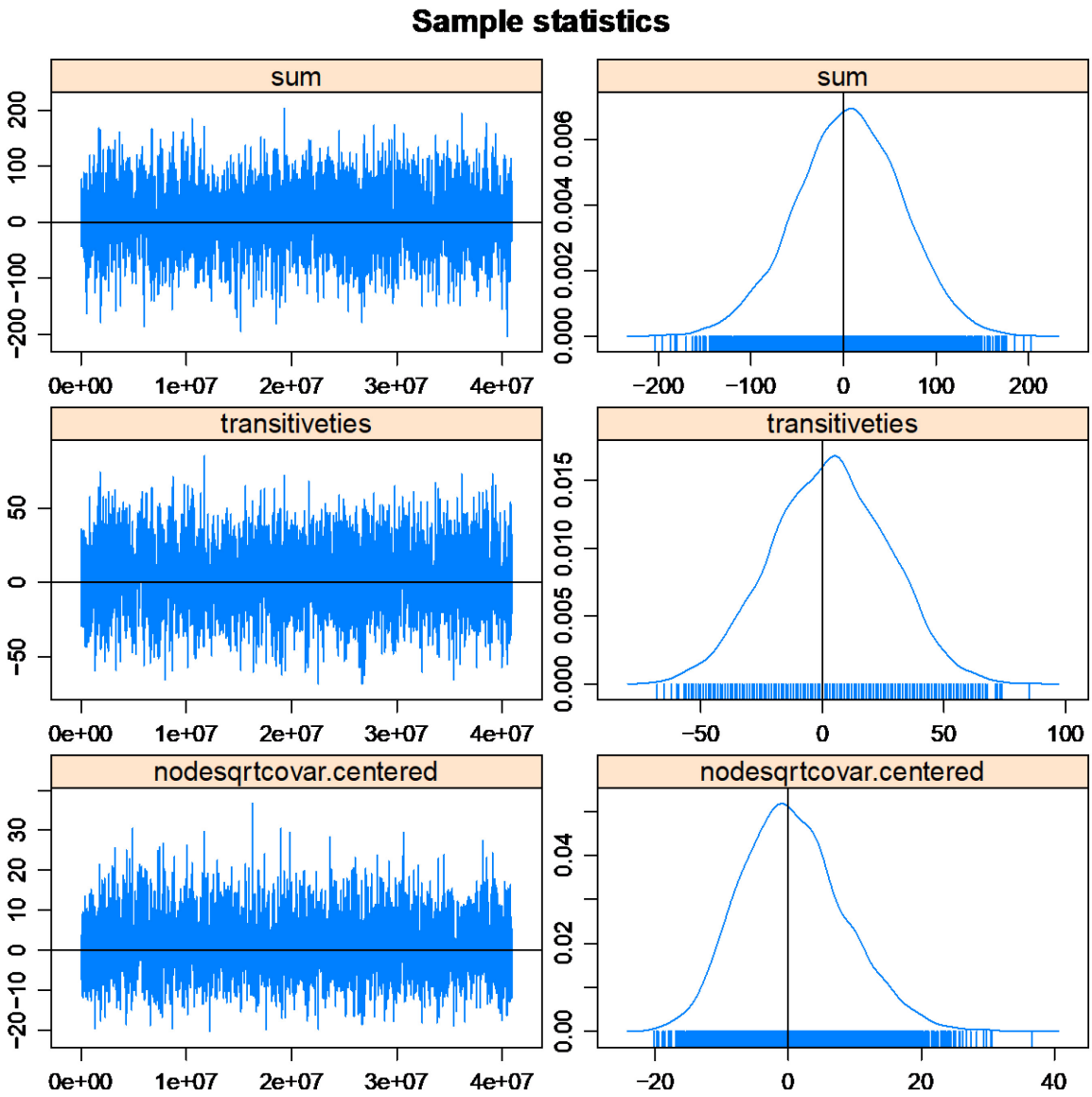
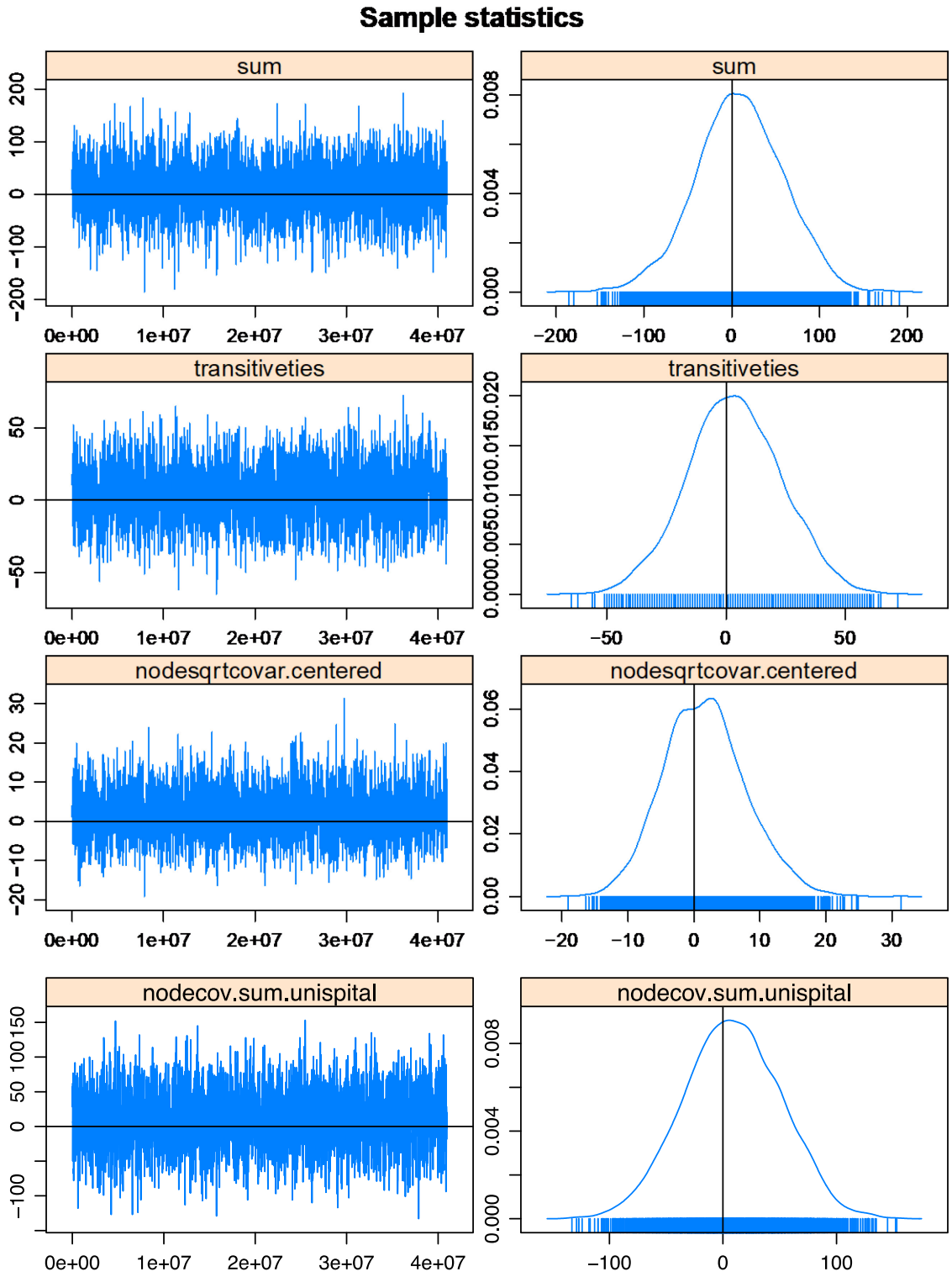
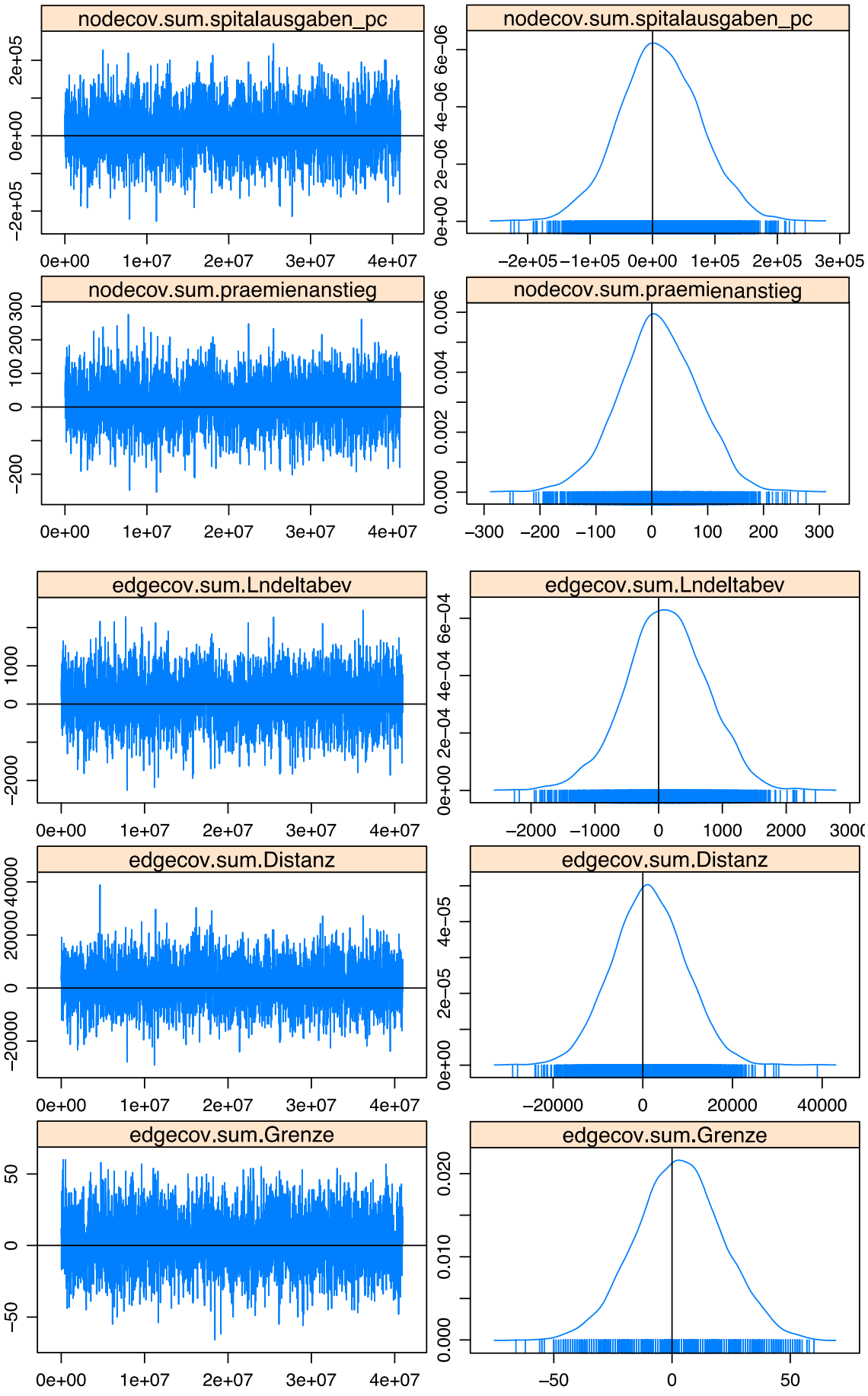


Abbildung 13 Traceplots für fortgeschrittene Kooperation Modell 3 (Modell 7 in Tab. 15)




nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze

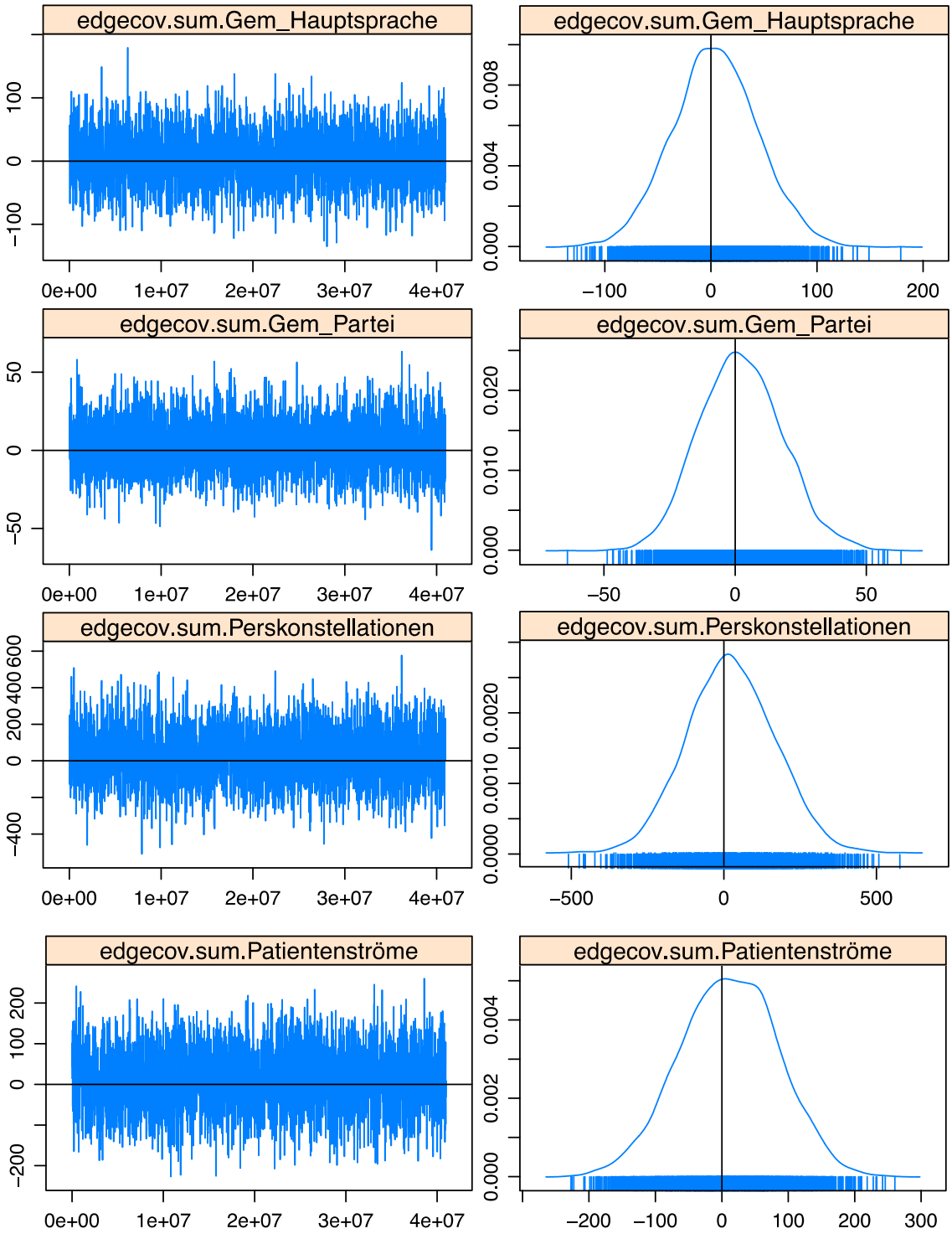
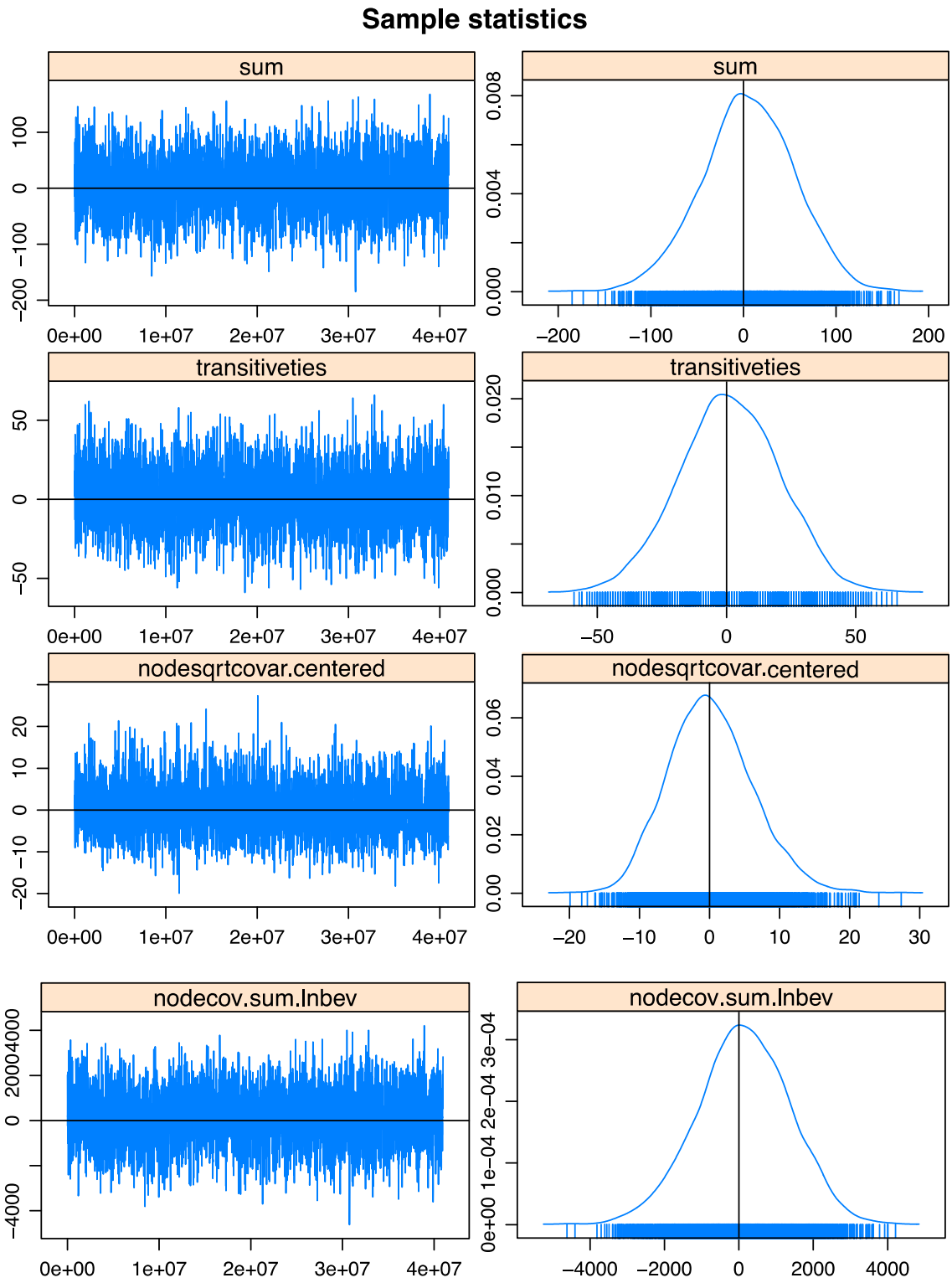
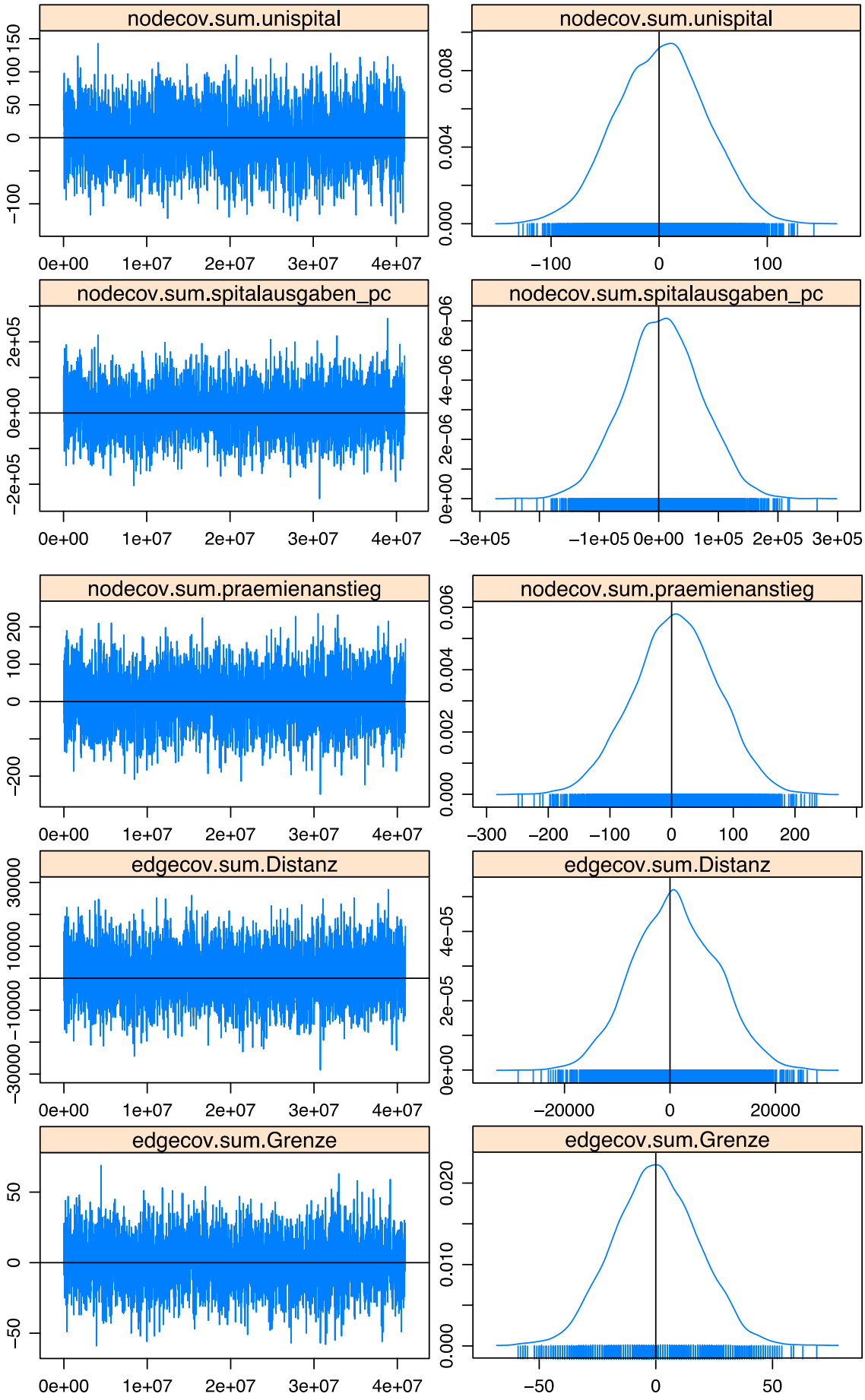

edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

Abbildung 14 Traceplots für fortgeschrittene Kooperation Modell 4 (Modell 8 in Tab. 15)




nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze

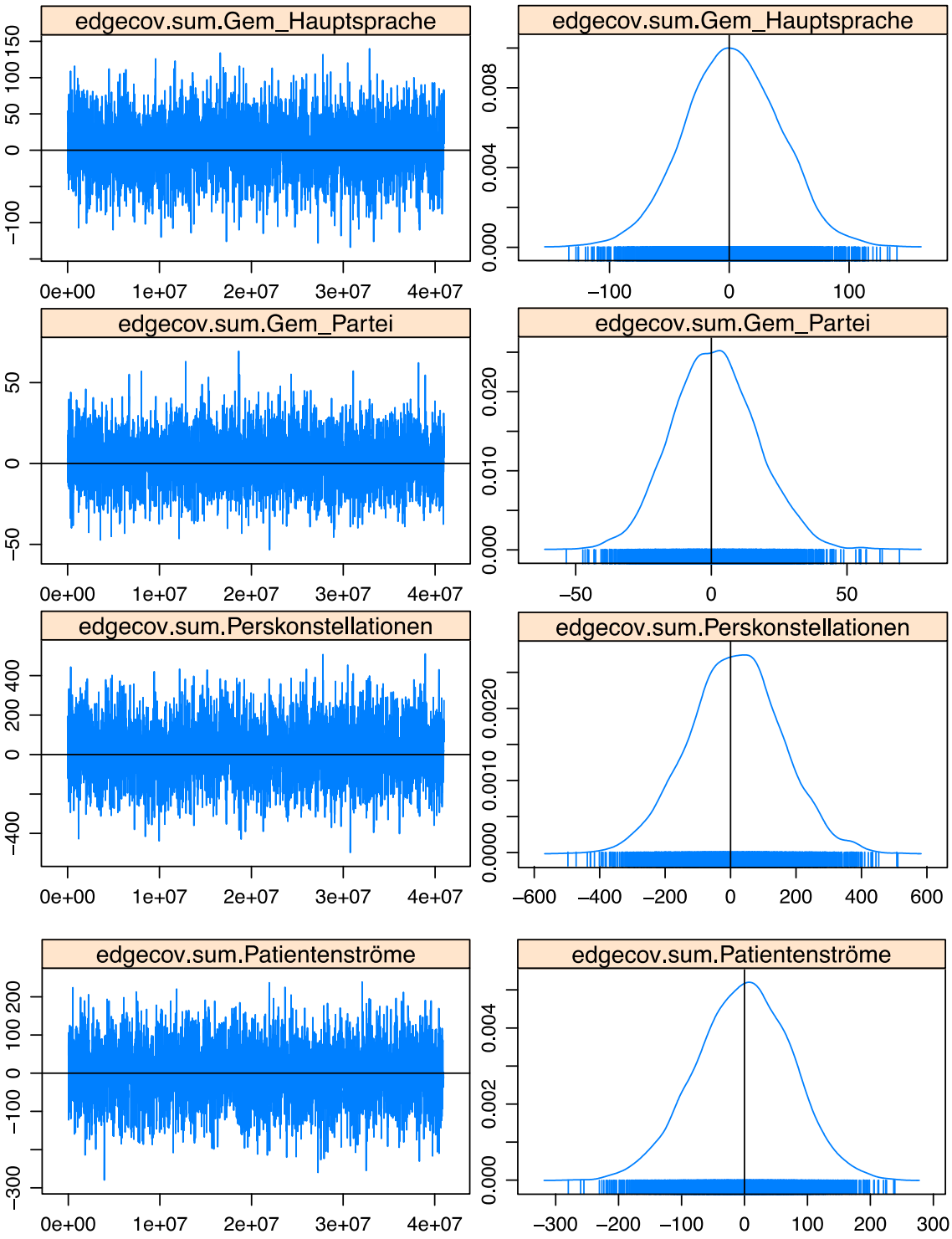
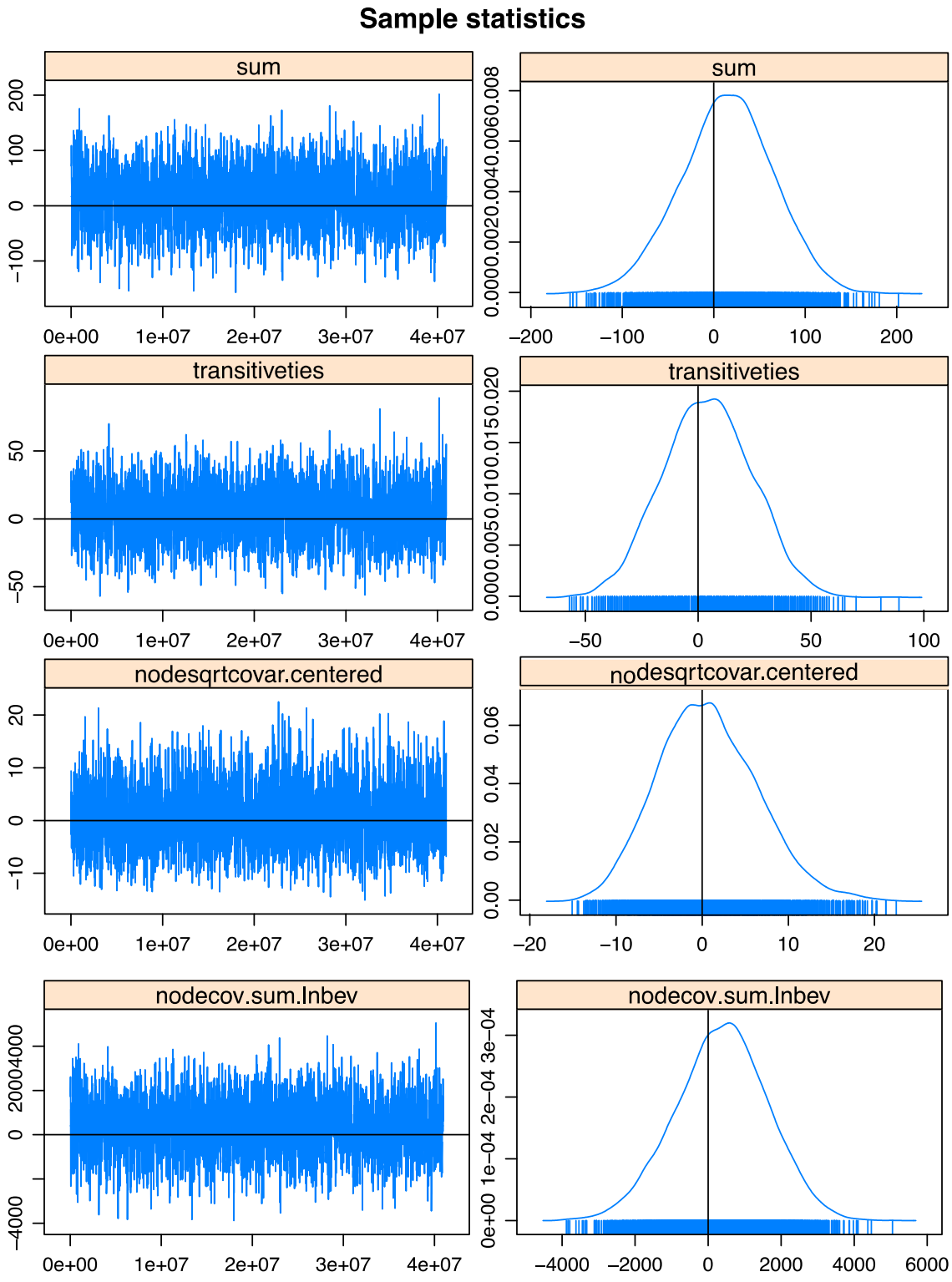
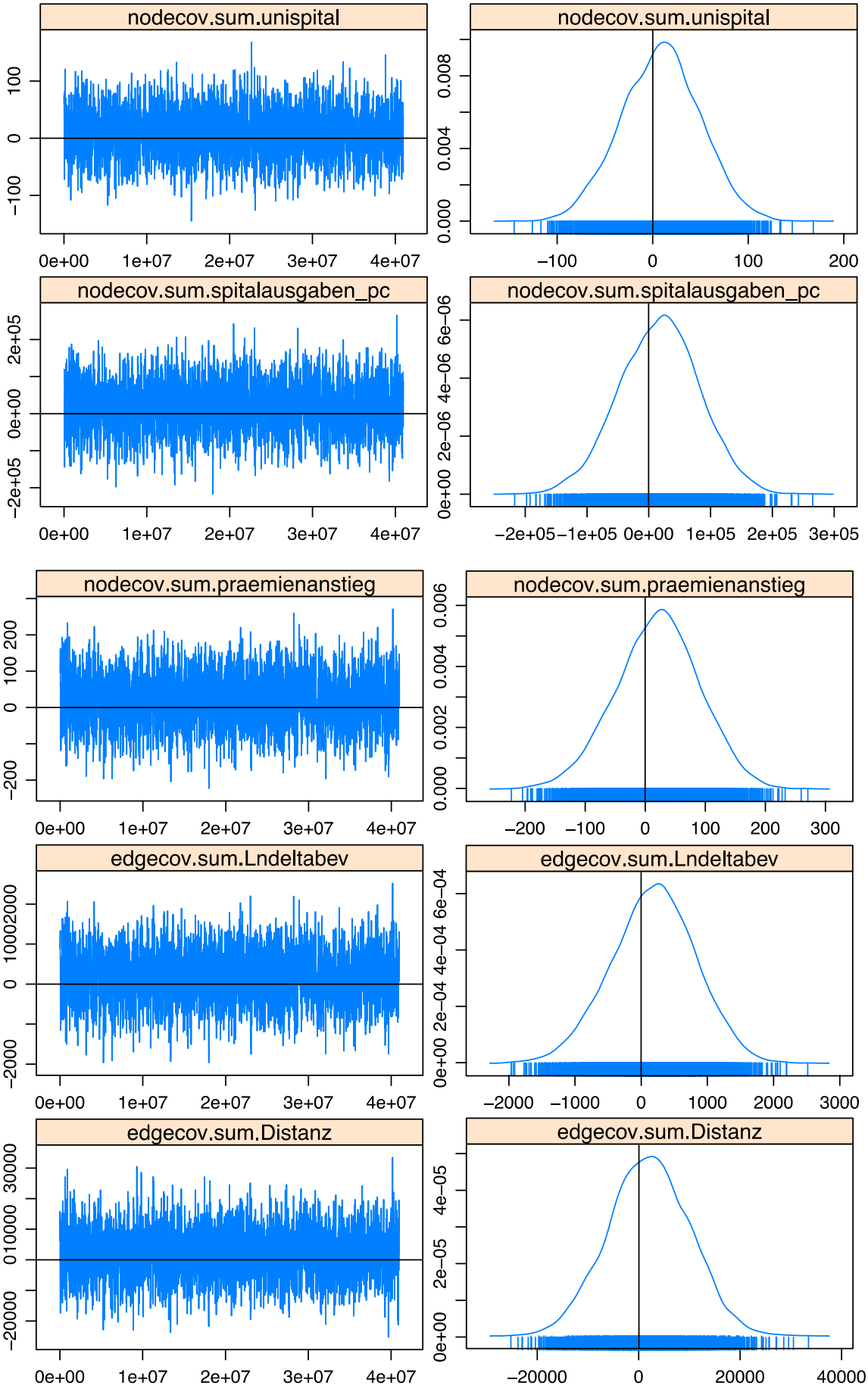
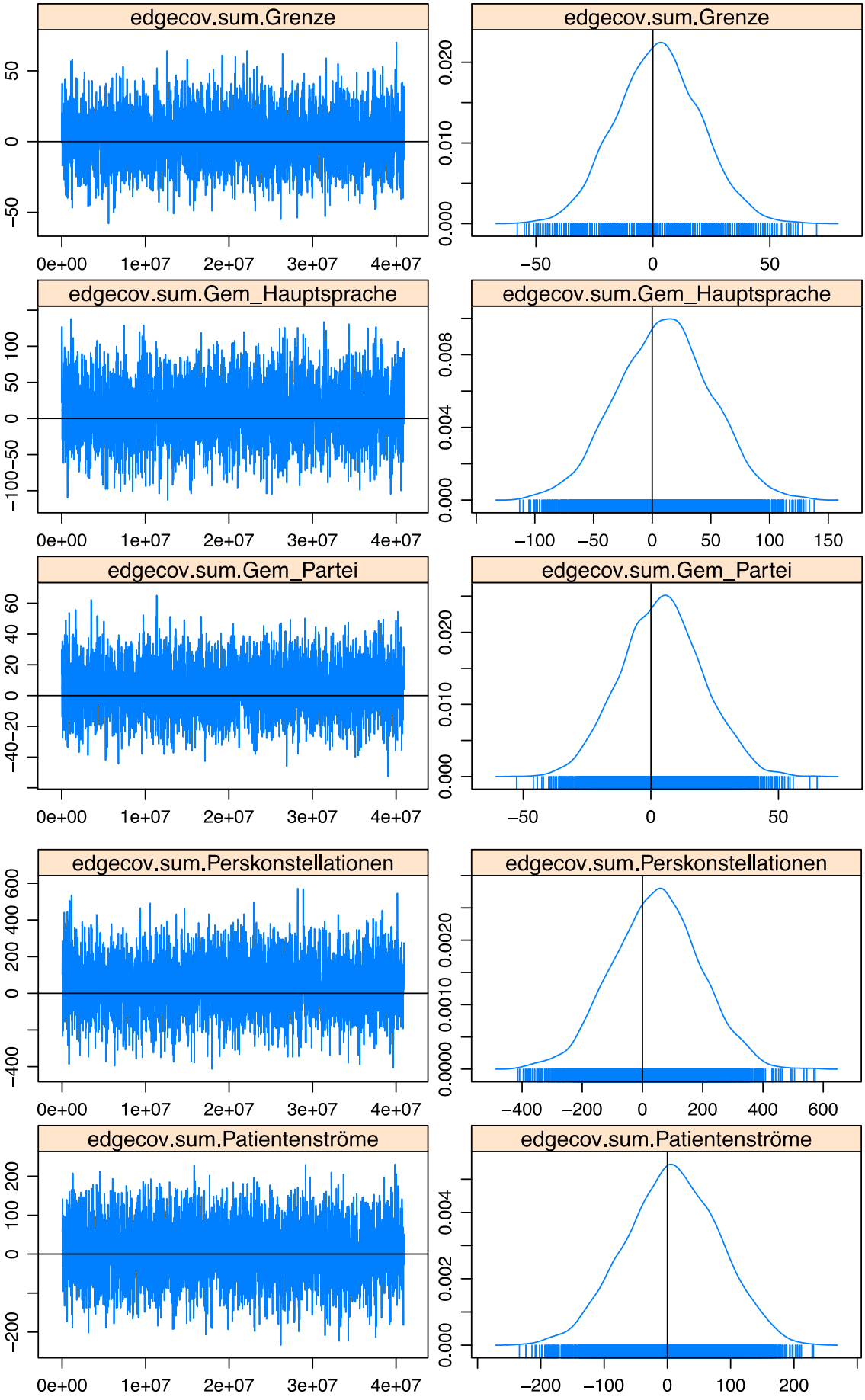

edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

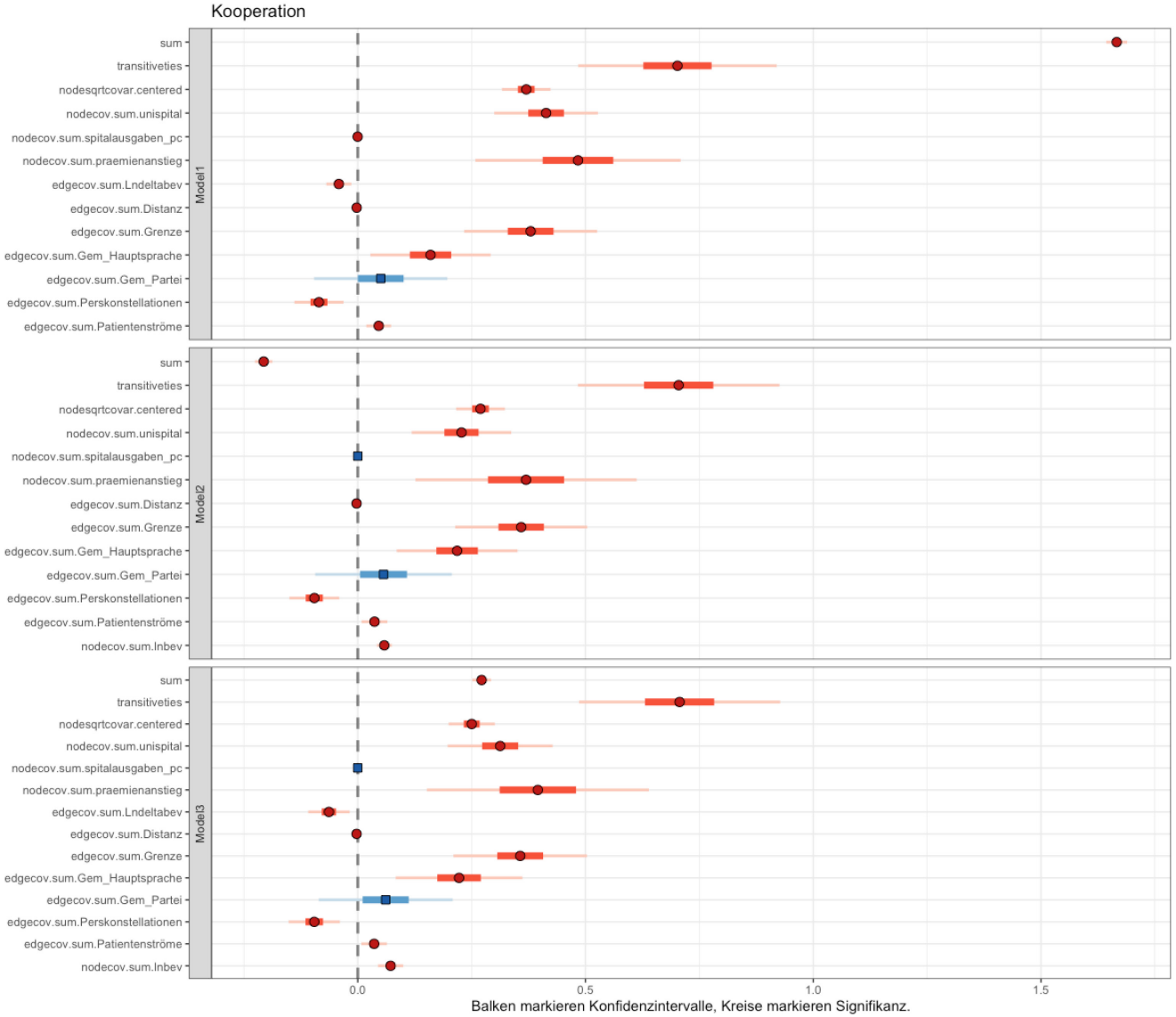
Abbildung 15 Traceplots für fortgeschrittene Kooperation Modell 5 (Modell 9 in Tab. 15)

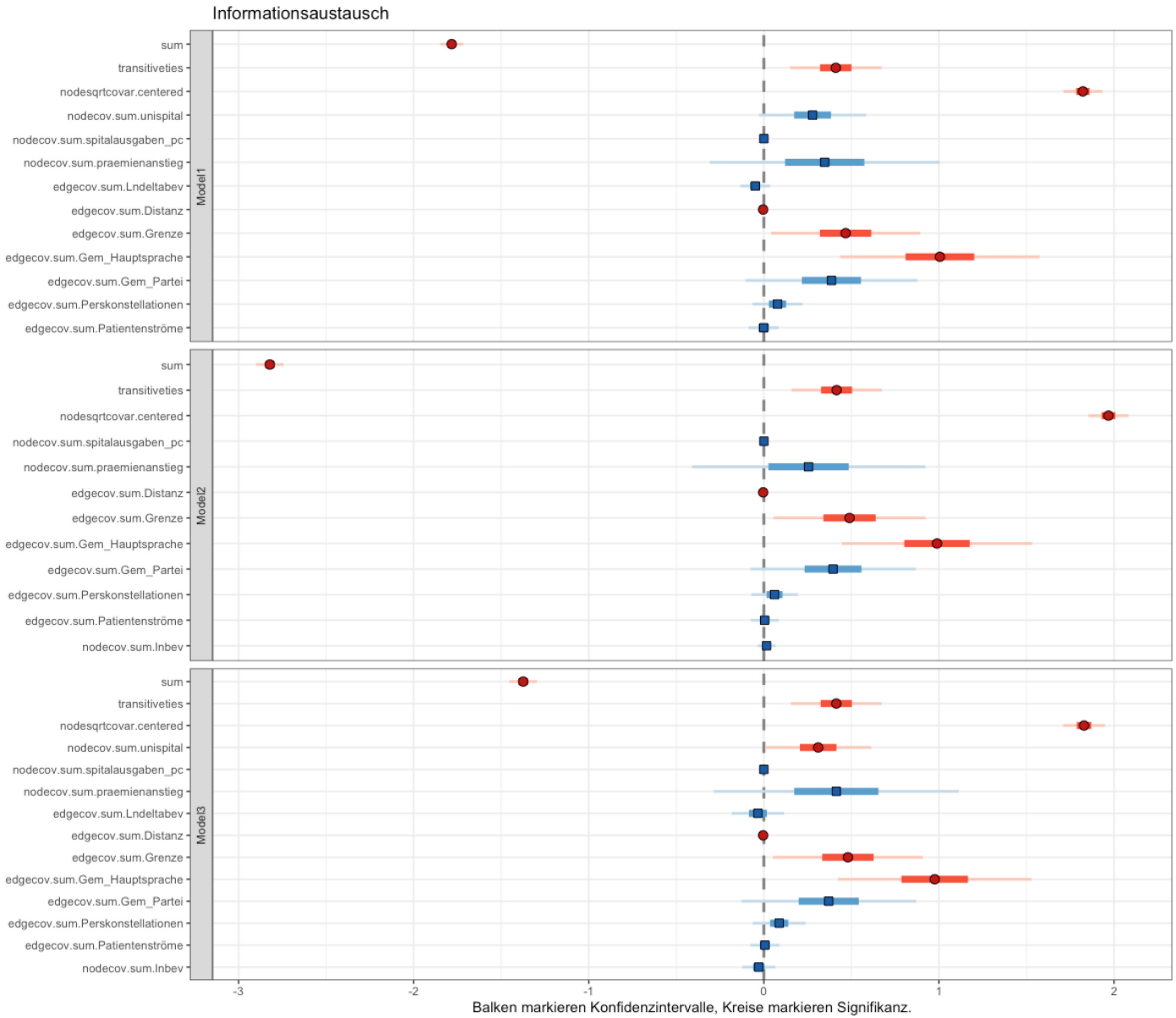


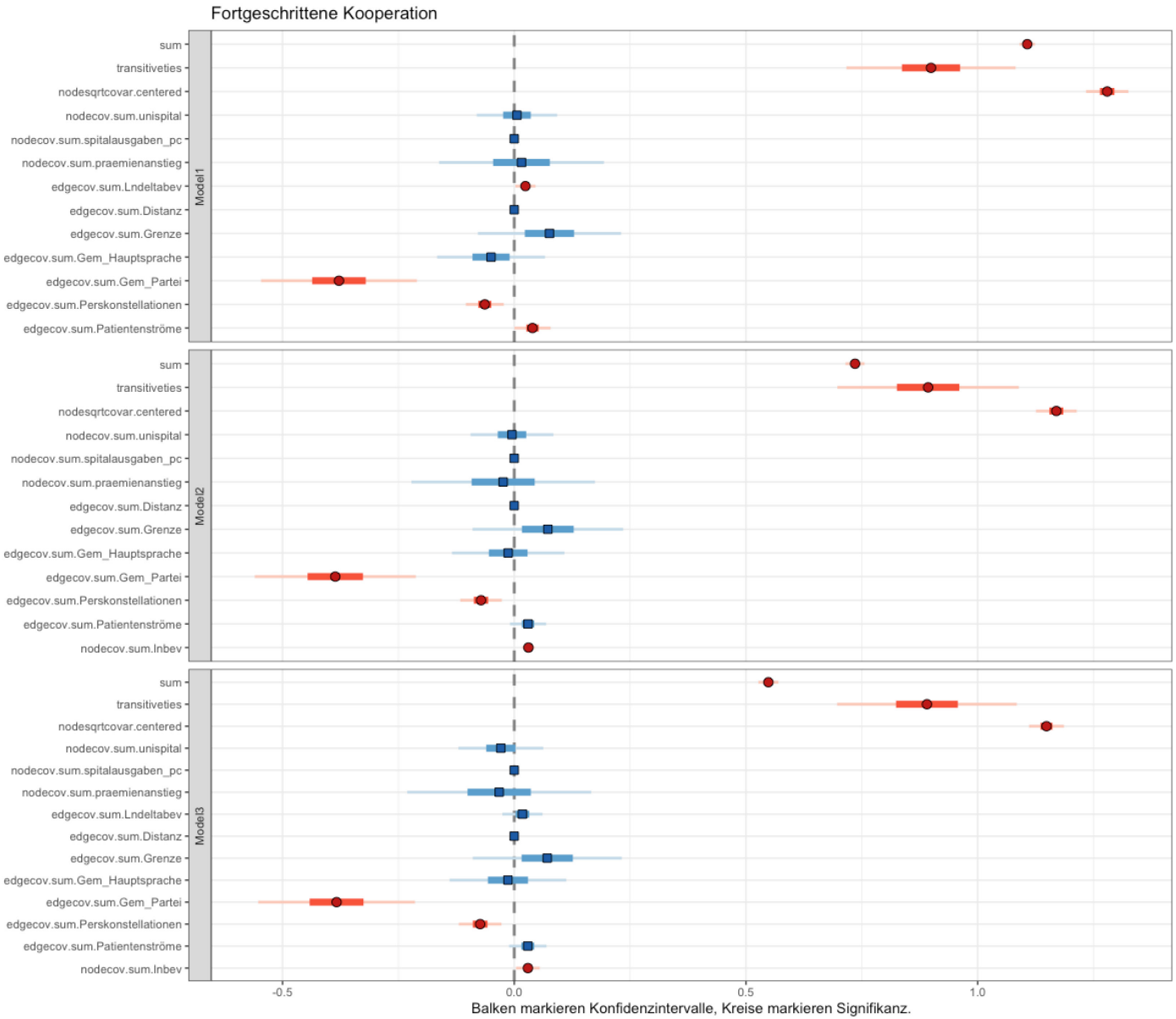

nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Distanz


edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
edgecov.sum.Patientenströme

E.4 Resultate der Modelle in Tabelle 15 als Boxplots




Informationsaustausch
Model1
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
Model2
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
nodecov.sum.lnbev
Model3
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
nodecov.sum.lnbev
-3
-2
-1
0
1
2
Balken markieren Konfidenzintervalle, Kreise markieren Signifikanz.


Fortgeschrittene Kooperation
Model1
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
Model2
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
nodecov.sum.lnbev
Model3
sum
transitiveties
nodesqrtcovar.centered
nodecov.sum.unispital
nodecov.sum.spitalausgaben_pc
nodecov.sum.praemienanstieg
edgecov.sum.Lndeltabev
edgecov.sum.Distanz
edgecov.sum.Grenze
edgecov.sum.Gem_Hauptsprache
edgecov.sum.Gem_Partei
edgecov.sum.Perskonstellationen
edgecov.sum.Patientenströme
nodecov.sum.lnbev
-0.5
0.0
0.5
1.0
Balken markieren Konfidenzintervalle, Kreise markieren Signifikanz.

F. Korrelationsmatrizen

Tabelle 4 Pearsons Korrelationskoeffizienten für die monadischen Variablen

	Bevölkerungsgrösse (ln)	Universitätsspitalstandort	Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf	Prämienanstieg	Bevölkerungsgrösse	BIP	BIP pro Kopf
Bevölkerungsgrösse (ln)	1						
Universitätsspitalstandort	0.5329	1					
Öffentliche Spitalausgaben pro Kopf	0.1106	0.6133	1				
Prämienanstieg	0.1372	-0.1165	-0.1095	1			
Bevölkerungsgrösse	0.8417	0.6805	-0.0027	0.0712	1		
BIP	0.7669	0.75	0.1174	0.0808	0.9647	1	
BIP pro Kopf	0.2119	0.5158	0.5741	0.0845	0.1502	0.3313	1

Anmerkung. Bevölkerungsgrösse, BIP und BIP pro Kopf sind nicht Teil der ERGMs. Ein Wert von 0 oder nahe bei 0: kein linearer Zusammenhang; Werte nahe bei 1 bzw. -1: starke positive/negative Korrelation (Jann 2005: 88f.).

Tabelle 5 Pearsons Korrelationskoeffizienten für die relationalen Variablen

	Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)	Distanz	Gemeinsame Grenze	Gemeinsame Hauptsprache	Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren	Personenkonstellation	Interkantonale Patientenströme
Differenz der Bevölkerungsgrösse (ln)	1						
Distanz	0.0705	1					
Gemeinsame Grenze	0.0461	-0.4388	1				
Gemeinsame Hauptsprache	-0.0296	-0.6189	0.1964	1			
Parteizugehörigkeit der Gesundheitsdirektoren	-0.028	0.017	-0.0073	-0.0498	1		
Anzahl „Gesundheitsdirektoren-Paare“	-0.1846	-0.0328	-0.0091	-0.0772	-0.1497	1	
Interkantonale Patientenströme	0.1478	-0.3314	0.5101	0.1784	0.0695	-0.1033	1

Curriculum Vitae

Malena Haenni Emmenegger

Persönliche Angaben:

Adresse:	Wattstrasse 25, 9012 St. Gallen
E-Mail:	malena.haenni@gmail.com
Geburtsort:	1984 in Jegenstorf (BE)
Zivilstand:	Verheiratet, ein Kind (*2016)

Berufserfahrung

06.2021	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Amt für Hochschulen, Kanton St. Gallen
08.2017 - 05.2021	Doktorandin am Institut für Systemisches Management und Public Governance, Bereich Regional Science, Universität St. Gallen
03.2014 - 07.2017	Doktorandin (50%) / Wiss. Mitarbeiterin (50%) am Institut für Systemisches Management und Public Governance, Bereich Regional Science, Universität St. Gallen
02. - 12.2013	Mitarbeiterin Politische Planung und Controlling, Staatskanzlei, Kanton St. Gallen (befristete Stelle).
01. - 07.2012	Projektmanagerin in der „Videnregion/Wissensregion Syddanmark Schleswig-Holstein“, ein Interreg 4A-gefördertes Projekt der Europäischen Union.
02.2010 -12.2011	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Sekretärin der Studienkommission des Naturwissenschaftlichen Fakultätssekretariats, Universität von Süddänemark
07. - 11.2008	Praktikum im Büro Vatter Politikforschung und -Beratung, Bern, Projektassistentin in der Politikevaluation, Schwerpunkt Migration und Gesundheit.

Ausbildung

01.2021	Einreichung Dissertation im Doktoratsprogramm Organisation und Kultur, Universität St. Gallen
06.2019	GSERM Global School in Empirical Research Methods 2019, Universität St. Gallen, Kurs «Network Analysis - Statistical Analysis of Social Network Data», bei Michael Heaney

06.2015	GSERM Summer School 2015, Universität St. Gallen, Kurs «Qualitative Research and Data Analysis» bei Paul Mihas
09.2014 -	Doktorat im Studienprogramm Organisation und Kultur, Universität St. Gallen
02. - 06.2013	CAS Professionelle Medienarbeit, MAZ – Die Schweizer Journalistenschule, Luzern
02.2010	Promotion als lic.rer.soc. in Politikwissenschaft mit Nebenfach in deutscher Literaturwissenschaft (äquivalent zu einem MA in Politikwissenschaft), Universität Bern mit Prädikat „magna cum laude“
02. – 06.2008	Studium der Politikwissenschaft, Aarhus University (Dänemark).
10.2004 – 02.2010	Studium der Politikwissenschaft und der deutschen Literatur-wissenschaft, Universität Bern
06.2004	Matura, Gymnase français de Bienne, notion bilingue