

**Teilrevision
des Gesundheitsgesetzes (GesG)
vom 20. Januar 2009**

**Notfalldienst / Spitalseelsorge / Ausbildungsverpflichtung /
Obduktionsberichte / Forschung**

Bericht für das Anhörungsverfahren

Aarau, 4. Dezember 2013

Zusammenfassung

Das neue Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009 (SAR 301.100) samt fünf Ausführungsverordnungen ist am 1. Januar 2010 in Kraft getreten und hat sich im Vollzug sehr gut bewährt. Es hat in den rund 3 Jahren seit Inkrafttreten kaum Probleme in der Rechtsanwendung gegeben.

Aus unterschiedlichem Anlass stehen bei fünf Themenbereichen Änderungen an, die zweckmässigerweise in einer Revisionsvorlage bearbeitet werden sollen. Es sind dies:

- Teil A: Notfalldienst Medizinalpersonen (Ersatzabgabe bei Befreiung vom Notfalldienst)
- Teil B: Patientenrechte und -pflichten im Bereich der Spitalseelsorge
- Teil C: Ausbildungsverpflichtung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen im Kontext der Versorgungssicherheit
- Teil D: Herausgabe der Obduktionsberichte an Amtsärzte
- Teil E: Aufhebung von § 30 GesG (Forschung)

Teil A: Notfalldienst

Um einen gut funktionierenden Notfalldienst aufrecht erhalten zu können, benötigen die betroffenen Berufsverbände das Instrument der Ersatzabgabe als Ausgleich des Vorteils, der den Notfalldienstpflichtigen aus der Befreiung vom Notfalldienst erwächst. Das Bundesgericht hat sich in einem den Kanton Thurgau betreffenden Entscheid am 25. Oktober 2011 zu den gesetzlichen Voraussetzungen zur Erhebung einer Ersatzabgabe im Falle einer Befreiung vom ärztlichen Notfalldienst geäussert (BGer 2C_807/2010). Gemäss dem Legalitätsprinzip bedarf die Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe einer formell-gesetzlichen Grundlage, welche zumindest den Kreis der Abgabepflichtigen, den Gegenstand und die Bemessungsgrundlagen selbst bestimmt. Eine Analyse der Regelung im kantonalen Gesundheitsgesetz zeigt, dass § 38 GesG den vom Bundesgericht formulierten Anforderungen nicht ganz zu genügen vermag und deshalb angepasst werden muss.

Zudem ist sicherzustellen, dass sich die einzelnen Medizinalpersonen an der bestehenden Notfalldienstorganisation, die vom jeweiligen Verband organisiert und koordiniert wird, beteiligen. Entsprechend sollen sie gestützt auf § 38 Abs. 2 GesG zur Teilnahme an den in ihrer Region bestehenden Notfalldienstorganisationen verpflichtet werden.

Teil B: Spitalseelsorge

Der Grosse Rat hat am 30. Oktober 2012 gemäss Antrag des Regierungsrats die Motion (12.44) betreffend ausreichende rechtliche Grundlage für die Spitalseelsorge überwiesen. Die Motion verlangt zur Sicherstellung der seelsorgerischen Betreuung der Patienten in den Spitälern die Einführung des sog. Widerspruchsprinzips für die Bekanntgabe von Namen und Adresse an Spitalpfarrdienste und Gemeindepfarrämter. Das Gesundheitsgesetz soll gemäss Motionstext wie folgt ergänzt werden: "Die seelsorgerische Betreuung der Patienten ist zu gewährleisten; sie wird durch die Spitalpfarrdienste der anerkannten Landeskirchen und die Gemeindepfarrämter wahrgenommen. Sie haben Anspruch auf Mitteilung von Name und Adresse von Angehörigen ihrer Glaubensgemeinschaft, sofern die Patienten die Weiterleitung ihrer Daten nicht abgelehnt haben."

Das Anliegen der Motion wird umgesetzt.

Teil C: Ausbildungsverpflichtung

In den Pflegeberufen und weiteren Berufen des Gesundheitswesens besteht ein akuter Personalmangel. Die Zuwanderung von Fachleuten genügt nicht und ist nicht nachhaltig. Nebst anderen Massnahmen muss mehr Fachpersonal in der Schweiz ausgebildet werden. Die grossrätliche Strategie 22 in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 sieht vor, dass der Kanton entsprechende Massnahmen ergreift, etwa die Einführung einer Ausbildungsverpflichtung. Für die Pflegeheime und die Spitex besteht eine Ausbildungsverpflichtung im Pflegegesetz. Im Spitalbereich besteht noch keine Gesetzesgrundlage.

Zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung ist ein in verschiedenen Kantonen erprobtes Bonus-Malus-System vorgesehen. Der Regierungsrat führte das System mittels Verordnung (Ausbildungsreglement) am 1. Januar 2012 ein. Das System misst das Ausbildungspotenzial jeder Institution und verpflichtet sie entsprechend zur Ausbildung. Wer nicht oder zu wenig ausbildet, muss eine Ersatzabgabe (Malus) bezahlen. Wer mehr ausbildet, kann einen Bonus erhalten. Zudem können weitere Beiträge zur finanziellen Entlastung von Ausbildungsbetrieben ausgerichtet werden: (teilweise) Kostenübernahme von überbetrieblichen Kursen (3. Lernort) und von Nachhol- und Weiterbildungskursen. Alle Beiträge erfolgen im Rahmen der eingenommenen Maluszahlungen, es werden keine Steuermittel verwendet.

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen eine Revision des Gesundheitsgesetzes, um auch im Spitalbereich eine gesetzliche Grundlage für die Ausbildungsverpflichtung zu schaffen. Wie schon bei Teil A sind aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gesetzliche Grundlagen für die Erhebung von Ersatzabgaben (Malus) zu errichten. Schliesslich ist zur Bewirtschaftung des Bonus-Malus-Systems eine Spezialfinanzierung vorgesehen, die ebenso einer Gesetzesgrundlage bedarf.

Teil D: Herausgabe der Obduktionsberichte an Amtsärzte

Mittels einer Ergänzung des Gesundheitsgesetzes soll die Rechtsgrundlage geschaffen werden, damit die Staatsanwaltschaft den Amtsärztinnen und Amtsärzten die jeweiligen Obduktionsgutachten der von diesen durchgeführten Leichenschauen herausgeben kann. Die Zustellung des Gutachtens bezweckt in erster Linie die Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung und dient damit der Weiterbildung der Amtsärztinnen und Amtsärzte.

Teil E: Aufhebung von § 30 GesG (Forschung)

Am 30. September 2011 hat das eidgenössische Parlament auf der Grundlage des neuen Art. 118b der Bundesverfassung das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) verabschiedet. Es tritt am 1. Januar 2014 in Kraft. Die in § 30 GesG enthaltenen Bestimmungen sind neu im HFG geregelt. § 30 GesG wird damit obsolet und kann aufgehoben werden.

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	6
II	Teil A: Notfalldienst	8
1	Ausgangslage	8
1.1	Geltendes Recht	8
1.2	Vollzug/Umsetzung von § 38 GesG	8
1.3	Bundesgerichtliche Rechtsprechung	10
2	Handlungsbedarf	10
3	Lösungsvorschlag	11
3.1	Notfalldienstpflicht	11
3.2	Ärztinnen und Ärzte	12
3.3	Apothekerinnen und Apotheker	12
3.4	Zahnärztinnen und Zahnärzte	12
3.5	Tierärztinnen und Tierärzte	12
3.6	Problematik der Rückwirkung	13
4	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	13
5	Auswirkungen	14
5.1	Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	14
5.2	Auswirkungen auf die Wirtschaft	15
5.3	Auswirkungen auf die Gesellschaft	15
5.4	Auswirkungen auf die Gemeinden	15
5.5	Auswirkung zum Bund und anderen Kantonen	15
III	Teil B: Spitalseelsorge	15
1	Ausgangslage	15
1.1	Gesetzliche Regelung der Spitalseelsorge	15
1.2	Parlamentarische Vorstösse	16
2	Handlungsbedarf	17
3	Lösungsvorschlag	17
3.1	Entwicklungen seit der Regelung im Gesundheitsgesetz (aGesG) vom 10. November 1987	17
3.2	Umsetzung der Motion (Weitergabe von Name und Adresse an Spitalseelsorgende der drei anerkannten Landeskirchen)	18
3.3	Weitergabe weiterer (insbesondere medizinischer) Daten an Seelsorgende	19
3.4	Vollzug	19
4	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	20
5	Auswirkungen	21
5.1	Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	21

5.2	Auswirkungen auf die Wirtschaft	21
5.3	Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	21
5.4	Auswirkungen auf die Spitäler im Besonderen	21
5.5	Auswirkungen auf die Gemeinden, zum Bund und anderen Kantonen	21
5.6	Auswirkungen auf die Religionsgemeinschaften	22
IV	Teil C: Ausbildungsverpflichtung	22
1	Ausgangslage.....	22
1.1	Akuter Personalmangel in den Gesundheitsberufen	22
1.2	Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010: Strategie 22.....	22
1.3	Aktuelle rechtliche Grundlagen	23
1.4	Erste Vollzugserfahrungen und Würdigung	24
1.5	Ausbildungsleistungen im Jahr 2012	25
2	Handlungsbedarf	27
3	Lösungsvorschlag.....	27
3.1	Überblick	27
3.2	Ausbildungsverpflichtung.....	30
3.3	Wer muss ausbilden? – Verpflichtete Leistungserbringer	30
3.4	Was muss ausgebildet werden? – Gesundheitsberufe mit Ausbildungs- verpflichtung	30
3.5	Wie viel muss ausgebildet werden? – Ermittlung des Ausbildungspotenzials	31
3.6	Handlungsspielraum der Leistungserbringer	32
3.7	Bonus-Malus-System	33
3.8	Ersatzabgabe (Malus) und Spezialfinanzierung.....	33
3.9	Verwendung der verfügbaren Mittel der Spezialfinanzierung.....	33
3.10	Selbstregulierung	34
4	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen	34
5	Auswirkungen.....	43
5.1	Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	43
5.2	Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	44
5.3	Auswirkungen auf die Wirtschaft	44
5.4	Auswirkungen auf die Gemeinden	44
5.5	Auswirkungen auf die Beziehungen zum Bund und zu anderen Kantonen ..	44
V	Teil D: Herausgabe der Obduktionsberichte an Amtsärzte.....	45
VI	Teil E: Aufhebung von § 30 GesG (Forschung)	45
	Weiteres Vorgehen (Zeitplan).....	46
	Anhang	47

I Einleitung

Am 1. Januar 2010 ist das totalrevidierte Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009 (SAR 301.100) samt fünf Ausführungsverordnungen in Kraft getreten.

Das Gesundheitsgesetz bezweckt gemäss § 1 Absatz 1 die Gesundheitsvorsorge sowie Schutz, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung. Es bezweckt zudem die Schaffung von Grundlagen zur Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung unter den Partnern im Gesundheitswesen (§ 1 Abs. 2 GesG). Unter dieser allgemeinen Zweckbestimmung deckt das Gesundheitsgesetz unterschiedliche Themen ab und ist deshalb in sich sehr heterogen.

Die Regelungsbereiche im Einzelnen sind:

- Organisation und Zuständigkeiten
- Berufe im Gesundheitswesen
- Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen
- Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten
- Gesundheitsvorsorge
- Versorgungssicherheit
- Heilmittel- und Betäubungsmittelwesen
- Bestattungswesen
- Aufsicht und Massnahmen
- Strafbestimmungen

Das neue Gesundheitsgesetz mit den erwähnten fünf Verordnungen hat sich im Vollzug sehr gut bewährt. Es hat in den knapp 4 Jahren seit Inkrafttreten keine nennenswerten Probleme in der Rechtsanwendung gegeben.

Aus unterschiedlichem Anlass stehen bei fünf Themenbereichen Änderungen an, die zweckmässigerweise in einer Revisionsvorlage bearbeitet werden sollen. Es sind dies:

- **Notfalldienst Medizinalpersonen (Ersatzabgabe bei Befreiung vom Notfalldienst)**
Das Bundesgericht hat sich in einem den Kanton Thurgau betreffenden Entscheid vom 25. Oktober 2011 zu den gesetzlichen Voraussetzungen zur Erhebung einer Ersatzabgabe im Falle einer Befreiung vom ärztlichen Notfalldienst geäussert (BGer 2C_807/2010). Eine Analyse der Regelung im Gesundheitsgesetz zeigt, dass § 38 GesG den vom Bundesgericht formulierten Anforderungen nicht ganz zu genügen vermag und deshalb angepasst werden muss. Zudem ist klarzustellen, dass Medizinalpersonen verpflichtet sind, sich an den bestehenden Notfalldienstorganisationen gemäss den Vorgaben des organisierenden Verbands zu beteiligen.
- **Patientenrechte und -pflichten im Bereich der Spitalseelsorge**
Der Grosse Rat hat am 30. Oktober 2012 die Motion 12.44 (Motion Dr. Roland Bialek, EVP, Buchs, Alexandra Abbt, CVP, Islisberg, Dieter Egli, SP, Windisch, Roger Fricker, SVP, Oberhof, Dr. Daniel Heller, FDP, Erlinsbach, Martin Köchli, Grüne, Boswil, und Dr. Peter Schuhmacher, GLP, Wettingen, vom 6. März 2012 betreffend ausreichende

rechtliche Grundlage für die Spitalseelsorge) überwiesen. Die Umsetzung der Motion bedingt eine Anpassung des Gesundheitsgesetzes.

– **Ausbildungsverpflichtung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen im Kontext der Versorgungssicherheit**

Die Ausbildungsverpflichtung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen wurde mit der Strategie 22 der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010, die vom Grossen Rat am 26. Oktober 2010 verabschiedet wurde, initialisiert. Die Umsetzung auf Gesetzesebene erfolgte bislang lediglich im Bereich der Langzeitpflege (§ 5a des Pflegegesetzes (PflG) vom 26. Juni 2007; Änderung vom 28. Juni 2011, in Kraft seit 1. Januar 2013). Für weitere Leistungserbringer, insbesondere für die Spitäler, fehlt die Grundlage auf Gesetzesstufe. Hier existiert in § 8 der Spitalverordnung (SpiV) vom 2. November 2011 lediglich eine entsprechende Regelung auf Verordnungsebene. In der Erkenntnis, dass eine parallele Gesetzgebung in zwei Spezialerlassen (SpiG und PflG) wenig zweckmässig erscheint, und in der Absicht, die Möglichkeit der Ausbildungsverpflichtung bei Bedarf auch auf weitere ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen ausdehnen zu können, soll unter der verfassungsmässig gebotenen Versorgungssicherheit für die Aargauer Bevölkerung (vgl. § 41 KV) eine gemeinsame gesetzliche Grundlage im Gesundheitsgesetz geschaffen werden.

– **Herausgabe von Obduktionsberichten an Amtsärztinnen und Amtsärzte**

Bei aussergewöhnlichen Todesfällen nehmen die Amtsärztinnen und Amtsärzte die Leichenschau vor. In gewissen Fällen ordnet die Staatsanwaltschaft nach der Leichenschau die Obduktion an. Die Obduktionsgutachten werden der Staatsanwaltschaft erstattet. In der Praxis besteht zwecks Qualitätssicherung und Weiterbildung das Bedürfnis der Amtsärztinnen und Amtsärzte, Einsicht in die Obduktionsgutachten der von ihnen durchgeführten Leichenschauen zu erhalten. Nach geltendem Recht kann die Staatsanwaltschaft diese Obduktionsgutachten mangels gesetzlicher Grundlage jedoch nicht herausgeben. Dies soll mit einer Ergänzung des GesG korrigiert werden.

– **Aufhebung von § 30 GesG (Forschung)**

Am 30. September 2011 hat das eidgenössische Parlament auf der Grundlage des neuen Art. 118b der Bundesverfassung (in Kraft seit 8. März 2010) das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) verabschiedet. Es tritt am 1. Januar 2014 in Kraft. Das neue Bundesrecht hat zur Folge, dass die bislang auf kantonaler Ebene bestehende Regelung in § 30 GesG ersatzlos aufgehoben werden kann.

Die erwähnten Themen werden in der Folge je separat behandelt, d.h.

- Teil A: Notfalldienst (Kapitel II)
- Teil B: Spitalseelsorge (Kapitel III)
- Teil C: Ausbildungsverpflichtung (Kapitel IV)
- Teil D: Herausgabe Obduktionsberichte an Amtsärzte (Kapitel V)
- Teil E: Aufhebung von § 30 GesG betreffend Forschung (Kapitel VI)

II Teil A: Notfalldienst

1 Ausgangslage

1.1 Geltendes Recht

Am 1. September 2007 ist das Bundesgesetz über die medizinischen Medizinalberufe (MedBG) in Kraft gesetzt worden. Gemäss Art. 40 lit. g MedBG sind Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbständig ausüben, verpflichtet, nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mitzuwirken. In den meisten Kantonen erfolgt die Organisation des Notfalldienstes der Medizinalpersonen durch die entsprechenden Berufsverbände, so auch im Kanton Aargau.

Das aargauische Gesundheitsgesetz enthält in diesem Zusammenhang folgende Regelung:

§ 38 GesG Notfalldienst

- ¹ Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, die im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung sind, sowie deren Stellvertretungen sind verpflichtet, ambulanten Notfalldienst zu leisten.
- ² Die Organisation des ambulanten Notfalldienstes erfolgt für sämtliche notfalldienstpflichtigen Personen mit Ausnahme der Tierärztinnen und Tierärzte durch die betreffenden Berufsverbände. Sie können
 - a) bei Vorliegen wichtiger Gründe Personen vom ambulanten Notfalldienst befreien, sofern die ambulante Notfalldienstversorgung weiterhin sichergestellt ist,
 - b) von den vom ambulanten Notfalldienst befreiten Personen eine zweckgebundene Entschädigung erheben.
- ³ Die zuständige Behörde entscheidet bei Streitigkeiten zwischen dem Berufsverband und der notfalldienstpflichtigen Person.
- ⁴ Die zuständige Behörde trifft soweit erforderlich die zur Sicherstellung eines zweckmässigen ambulanten Notfalldienstes erforderlichen Massnahmen.
- ⁵ Der Regierungsrat kann durch Verordnung Ausführungsbestimmungen erlassen. Er kann zudem Organisationen, welche die Lebensrettung von Personen bezwecken, finanziell unterstützen.

1.2 Vollzug/Umsetzung von § 38 GesG

Die Umsetzung von § 38 GesG erfolgt bei den vier betroffenen Medizinalberufen (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte) unterschiedlich:

Ärztinnen und Ärzte

Die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Früher haben sich die notfalldienstpflichtigen Ärztinnen und Ärzte ausschliesslich in einem Turnus organisiert und so die entsprechenden Notfalldienstzeiten (Nacht, Wochenende, Feiertage) abgedeckt. Die zunehmende Koordination mit den Spitälern, die einen eigenständigen Notfalldienst unterhalten, führte dazu, dass der Notfalldienst in der Nacht und an Wochenenden/Feiertagen heute verstärkt durch das Spital abgedeckt wird. Für den Notfalldienst der Ärztinnen und Ärzte haben sich verschiedene Modelle entwickelt. In den Regionen Aarau und Baden wird in den Spitalräumlichkeiten des Kantonsspitals Aarau bzw. Kantonsspitals Baden eine Notfallpraxis betrieben. Ein Teil der

freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte leistet dort den Notfalldienst im Sinne einer dem Spital vorgelagerten Arztpraxis mit Triagefunktion. Der andere Teil der Ärzteschaft ist im Sinne eines sog. Hintergrunddienstes, d.h. für Hausbesuche während den Notfalldienstzeiten, tätig. Darunter fallen vor allem Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen, wenn Patientinnen und Patienten nicht mehr mobil sind. Gemäss den Angaben des Aargauischen Ärzteverbands (AAV) werden einzelne Ärztinnen und Ärzte (z.B. junge Mütter oder Spezialistinnen und Spezialisten) in den verschiedenen Notfalldienstregionen regelmässig vom Notfalldienst befreit. Als Gegenzug sind die befreiten Personen gehalten, an den AAV eine entsprechende Entschädigung zu leisten. Das aktuell geltende Notfalldienstreglement des AAV sieht vor, dass diese Ersatzabgaben durch die regionalen Verbände festgelegt werden. Der als Ersatzabgabe zu leistende Betrag sollte dabei mindestens das Sechsfache des Mitgliederbeitrags an den AAV (zurzeit Fr. 805.-, somit mindestens Fr. 4'830.- pro Jahr) betragen. Gemäss den Angaben des AAV wird die Höhe der Ersatzabgabe in den einzelnen Notfalldienstregionen des Kantons jedoch sehr heterogen vollzogen und liegt teilweise auch unter dem gemäss Notfalldienstreglement geforderten Mindestbetrag von Fr. 4'830.- pro Jahr.

Apothekerinnen und Apotheker

Bei den Apothekerinnen und Apothekern war der Notfalldienst bis vor ein paar Jahren ebenfalls im Turnus pro Notfalldienstregion organisiert. In der Region Baden wurde im Jahr 2007 ein Modell entwickelt, das auf einer zentralen Notfallapotheke aufbaut. Die Notfallapotheke befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Kantonsspital Baden und deckt den gesamten Notfalldienst während der Nacht sowie den Wochenenden und Feiertagen ab. Die Apothekerinnen und Apotheker der Region haben sich hierzu in einer Genossenschaft zusammengeschlossen und finanzieren den Betrieb der Notfallapotheke persönlich. Aktuell beträgt der durch die beteiligten Apothekerinnen und Apotheker zu leistende Beitrag je rund Fr. 5'000.- pro Jahr. Im Ergebnis müssen sie dadurch selber keinen Notfalldienst mehr leisten. Die Apothekerinnen und Apotheker der Region Aarau sind daran, ein identisches Notfalldienstmodell wie in Baden zu organisieren. Weiter ist in der Region Brugg vor kurzem ein Modell installiert worden, das einen zentralen Notfalldienst der Apothekerinnen und Apotheker in der Apotheke Süssbach im neuen Haus der Medizin vorsieht. Im Gegensatz zu den Modellen Baden und Aarau leisten die Apothekerinnen und Apotheker hier persönlich Notfalldienst, allerdings alle in den Räumlichkeiten dieser Apotheke. Die betroffenen Apothekerinnen und Apotheker haben zu diesem Zweck eine Aktiengesellschaft gegründet. Eine Apotheke hat auf die Teilnahme am Notfalldienst verzichtet und leistet stattdessen eine Ersatzabgabe von Fr. 10'000.- pro Jahr. In den übrigen Regionen des Kantons ist der Apotheker-Notfalldienst weiterhin im Turnussystem organisiert. Gemäss Angaben des Aargauischen Apothekerverbands (AApV) bestehen dabei keine Befreiungen vom Notfalldienst mit Ersatzabgaben. Aufgrund der recht unterschiedlichen Anzahl Apotheken in den verschiedenen Notfalldienstregionen ist die Belastung der einzelnen Apothekerinnen und Apotheker aber sehr unterschiedlich.

Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Zahnärztegesellschaft Aargau (SSO Aargau) organisiert den Notfalldienst in fünf Notfalldienstregionen. Der Bedarf nach einem zahnärztlichen Notfalldienst ist im Vergleich zur Ärzte- und Apothekerschaft gering, weil die meisten Notfälle mittels Medikamenten soweit behandelbar sind, bis eine Zahnarztpraxis wieder ordentlich geöffnet hat. Schwere Fälle werden als Notfall im Spital behandelt. Der zahnärztliche Notfalldienst ist ebenfalls im

Turnus organisiert. Dabei verzichtet die SSO Aargau jedoch darauf, Zahnärztinnen und Zahnärzte, welche nicht dem Berufsverband angehören (ca. ein Drittel aller im Kanton Aargau praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte) in ihren Notfalldienst einzubinden. Als Grund dafür wird angegeben, dass den Nicht-Verbands-Zahnärztinnen und Nicht-Verbands-Zahnärzten gegenüber Vorbehalte bestehen in Bezug auf die Qualität und Ethik ihrer Arbeitsweise. Dementsprechend leisten diese jeweils einen eigenen Notfalldienst. Dieser ist jedoch sehr unterschiedlich ausgestaltet.

Tierärztinnen und Tierärzte

Auf ausdrücklichen Wunsch des Verbands Aargauer Tierärzte (VAT) wurde seinerzeit in § 38 GesG bestimmt, dass die Organisation des tierärztlichen Notfalldienstes - im Gegensatz zu den anderen Medizinalberufen - nicht durch den Berufsverband erfolgen soll. Aktuell existiert diesbezüglich eine sehr heterogene Situation. Es gibt regionale Zusammenschlüsse von Tierärztinnen und Tierärzten, welche einen koordinierten Notfalldienst im Turnus leisten. Daneben bestehen Tierärztinnen und Tierärzte, welche allein einen 24-h-Notfalldienst anbieten und aber auch solche, die ausserhalb der Öffnungszeiten gar nicht oder nur bei ihrer Klientschaft tätig werden. Zudem wenden sich Tierhalterinnen und Tierhalter bei Notfällen oft direkt an eine tierärztliche Klinik. Unter diesen Umständen sind Befreiungen vom Notfalldienst mit Ersatzabgaben bei den Tierärztinnen und Tierärzten und beim VAT momentan kein Thema.

1.3 Bundesgerichtliche Rechtsprechung

Das Bundesgericht hat sich am 25. Oktober 2011 zu den im Kanton Thurgau geltenden gesetzlichen Voraussetzungen zur Erhebung einer Ersatzabgabe im Falle einer Befreiung vom ärztlichen Notfalldienst geäussert (BGer 2C_807/2010). Gemäss diesem Urteil ist die zu leistende Ersatzabgabe im Zusammenhang mit der Befreiung vom Notfalldienst nicht privatrechtlicher Natur, sondern als eine Forderung mit öffentlich-rechtlichem Charakter zu qualifizieren. Dies hat zur Folge, dass gemäss dem in Art. 5 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) vom 18. April 1999 verankerten Legalitätsprinzip die Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe einer formell-gesetzlichen Grundlage bedarf, welche zumindest den Kreis der Abgabepflichtigen, den Gegenstand und die Bemessungsgrundlagen selbst bestimmt.

Die gestützt auf das vorerwähnte Bundesgerichtsurteil für den Kanton Aargau ergangene Analyse ergab, dass § 38 GesG den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht vollständig zu genügen vermag und deshalb gewisse Anpassungen notwendig sind.

2 Handlungsbedarf

Um einen gut funktionierenden Notfalldienst auch in Zukunft aufrechterhalten zu können, benötigen der AAV und der AAPV das Instrument der Ersatzgabe als Ausgleich des Vorteils, der den Notfalldienstpflichtigen aus der Befreiung vom Notfalldienst erwächst. Dabei ist es wichtig, dass der Berufsverband Entschädigungen bei der Befreiung vom Notfalldienst rechtsverbindlich durchsetzen kann. Aufgrund dessen bedarf es einer Revision von § 38 des Gesundheitsgesetzes.

3 Lösungsvorschlag

3.1 Notfalldienstpflicht

In der Vergangenheit gab es vereinzelt Fälle, wo sich Medizinalpersonen geweigert haben, sich in das in ihrer Dienstregion geltende Notfalldienstsystem zu integrieren. Stattdessen wurde unkoordiniert ein eigener Notfalldienst angeboten. Unter dem alten Gesundheitsgesetz bestand keine Rechtsgrundlage, um die Beteiligung am gemeinsamen Notfalldienst verpflichtend durchzusetzen. Das aktuell geltende Gesundheitsgesetz vom 20. Januar 2009 besagt demgegenüber in § 38, dass die Medizinalpersonen mit Ausnahme der Tierärztinnen und Tierärzte verpflichtet sind, ambulanten Notfalldienst zu leisten und dass die Organisation desselben allein durch die betreffenden Berufsverbände erfolgt.

Wie vorgängig aufgezeigt, bestehen aktuell regional unterschiedlich ausgestaltete Notfalldienstsysteme (Turnus oder Vereinigung zu einer Genossenschaft oder Aktiengesellschaft). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die notfalldienstpflichtigen Personen neben der allgemeinen Notfalldienstpflicht auch dazu gezwungen werden können, den in einigen Regionen privatrechtlich organisierten Genossenschaften resp. Aktiengesellschaften beizutreten. Grundsätzlich gilt diesbezüglich die Vereinigungsfreiheit gemäss Art. 23 BV, welche nicht nur das Recht auf freien Beitritt, sondern auch den Austritt beziehungsweise den Nichtbeitritt umfasst. Bei genügend starkem öffentlichem Interesse kann demgegenüber jedoch die Mitwirkung in einem Verein vorgeschrieben werden oder sogar die Zwangsmitgliedschaft bei einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft, die vom Staat mit der Wahrnehmung einer sachlich begrenzten Aufgabe betraut wird, rechtlich zulässig sein (ULRICH HÄFELIN/WALTER HALLER/HELEN KELLER, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 8. Auflage, Zürich 2012, N 565). Ein gut funktionierender Notfalldienst wird von einem breiten öffentlichen Interesse getragen, dient er doch der Sicherung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit. Entsprechend können die Medizinalpersonen von den jeweiligen Berufsverbänden gestützt auf § 38 GesG auch zur Mitwirkung in einer privatrechtlich organisierten Genossenschaft oder Aktiengesellschaft verpflichtet werden. Unter diesen Umständen erweist es sich als sinnvoll, die in § 38 GesG bereits bestehende Bestimmung mit dem Passus "Die pflichtigen Personen haben sich dabei gemäss den in ihrer Dienstregion beschlossenen Modalitäten zu beteiligen" zu ergänzen. Dadurch soll erreicht werden, dass der Kanton Aargau im Sinne einer Einheitsregelung über einen flächendeckend gut funktionierenden Notfalldienst verfügt. Die Medizinalpersonen müssen sich dabei der vom Berufsverband vorgenommenen Organisation unterziehen und sind nicht befugt, eigene unkoordinierte Lösungen zu wählen.

Betreffend die mögliche Verweigerung der vorgesehenen Pflichten der Medizinalpersonen (Teilnahme am Notfalldienst sowie die allfällige Leistung einer Ersatzabgabe) impliziert die in § 38 Abs. 2 lit. b GesG normierte Ermächtigung zur Erhebung einer Ersatzabgabe den Berufsverbänden eine entsprechende Verfügungskompetenz. Der jeweilige Verband ist folglich als Privater im Sinne von § 1 Abs. 2 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRPG) vom 4. Dezember 2007 befugt, sowohl im Zusammenhang mit der Teilnahmepflicht am Notfalldienst als auch bezüglich der Leistung einer entsprechenden Ersatzabgabe zu verfügen und die Pflicht rechtsverbindlich durchzusetzen. Der Entscheid des Verbands ist mit Beschwerde beim Regierungsrat anfechtbar (§ 41 und § 50 Abs. 1 lit. d VRPG).

3.2 Ärztinnen und Ärzte

Eine selbständige oder unselbständige Ärztin beziehungsweise ein selbständiger oder unselbständiger Arzt (Kreis der Abgabepflichtigen) ist bei Verhinderung zur Leistung des Notfalldienstes verpflichtet, eine jährliche Ersatzabgabe (Gegenstand) von 1.5 % des AHV-pflichtigen Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit am Patienten (Bemessungsgrundlage) zu leisten, maximal jedoch Fr. 5'000.-. Die Ersatzabgabe ist von den Berufsverbänden zweckgebunden zu verwenden. Die Feststellung, dass die Ersatzabgabe keine Strafe oder ein "Freikaufen" darstellt, erscheint dabei wichtig. Eine Befreiung erfolgt nur aus wichtigen Gründen. Die Ersatzabgabe dient somit der Förderung der Solidarität unter den Ärztinnen und Ärzten.

3.3 Apothekerinnen und Apotheker

Für die Apothekerinnen und Apotheker ist bei Verhinderung zur Leistung des Notfalldienstes eine jährliche Ersatzabgabe von 3 % des AHV-pflichtigen Einkommens aus der Apothekertätigkeit vorgesehen. Die Abgabe soll mindestens Fr. 6'000.- und maximal Fr. 10'000.- betragen und ebenfalls der zweckgebundenen Verwendung dienen.

Es rechtfertigt sich, bei der Apothekerschaft eine deutlich höhere Ersatzabgabe zu verlangen als bei der Ärzteschaft. Für den Notfalldienst stehen rund 14-mal mehr Ärztinnen und Ärzte als Apothekerinnen und Apotheker zur Verfügung. Die Notfalldienstregelung bei der Ärzteschaft besteht "ad personam", während sie bei der Apothekerschaft an den Betrieb gebunden ist. Die Leistung des Notfalldienstes ist für die Ärztin und den Arzt wesentlich einfacher als für die Apothekerin und den Apotheker. Die Ärztinnen und Ärzte können den Dienst in der Regel ohne grosse Hilfsmittel bewältigen, während die Apothekerinnen und Apotheker dabei auf die Infrastruktur der Apotheke angewiesen sind.

Die an der Notfallapotheke in der Region Baden beteiligten Apothekerinnen und Apotheker bezahlen einen jährlichen Betrag von aktuell Fr. 5'000.- für die Aufrechterhaltung des Betriebs. Damit kein finanzieller Anreiz besteht, aus dem Modell auszusteigen, muss die gesetzliche Regelung so konzipiert sein, dass dieser Anreiz mit einem höheren Minimalbetrag entfällt. Das Minimum der Ersatzabgabe ist folglich auf Fr. 6'000.- zu setzen. Eine Ersatzabgabe von Fr. 6'000.- erweist sich denn auch für die im Turnus dienenden Apothekerinnen und Apotheker als zumutbar.

3.4 Zahnärztinnen und Zahnärzte

Auf Änderungen der Notfalldienstmodalitäten für die Zahnärzteschaft soll wie erwähnt verzichtet werden. Allerdings ist die für die Ärzteschaft einzuführende, gesetzliche Grundlage im Sinne der Anforderungen des Bundesgerichts zur Erhebung einer Ersatzabgabe auch für den zahnärztlichen Bereich vorzusehen, auch wenn dies aktuell nicht von Bedeutung ist. So wäre für den Fall künftiger Befreiungen eine genügende Grundlage für die Ersatzabgabe vorhanden.

3.5 Tierärztinnen und Tierärzte

Die Revision der Notfalldienstregelung stellt für die Tierärztinnen und Tierärzte kein aktuelles Thema dar, weshalb sie denn auch von den Bestimmungen zur Ersatzabgabe ausgenommen bleiben.

3.6 Problematik der Rückwirkung

Die grundsätzliche Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe ist unbestritten und gesetzlich vorgesehen. Um die nachträgliche Rückforderung von Ersatzabgaben ausschliessen zu können, ist die Einführung einer Rückwirkungsklausel vorzusehen. Diese soll festlegen, dass die für die vergangenen Jahre erhobenen Ersatzabgaben unverändert Rechtsbestand haben und von den Medizinalpersonen nicht zurückgefordert werden können.

Eine Rückwirkung gilt insbesondere als zulässig, wenn sie klar angeordnet wird, in zeitlicher Hinsicht mässig ist und triftige Gründe die Rückwirkung rechtfertigen. Dies trifft dort zu, wo die durch die Rückwirkung entstandene Belastung für den Adressaten als verhältnismässig erscheint, d.h. wo es diesem zuzumuten ist, angesichts der auf dem Spiel stehenden öffentlichen Interessen und der staatlichen Ordnungsbelange das neue Recht gegen sich gelten zu lassen. Die vorliegend im Zusammenhang mit der zu erhebenden Ersatzabgabe geplante Regelung (Ausschluss der Rückforderung für bereits geleistete Ersatzabgaben) erweist sich unter diesen Gesichtspunkten als durchaus sachgerechte Lösung, zumal die erhobenen Ersatzabgaben seinerzeit in den regionalen Berufsverbänden einvernehmlich abgesprochen und auch bezahlt wurden. Zudem haben die Betroffenen dafür denn auch effektiv eine "Gegenleistung" erhalten (Befreiung vom Notfalldienst).

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

§ 38 GesG soll wie folgt geändert beziehungsweise ergänzt werden:

§ 38

Notfalldienst

- ¹ Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Tierärztinnen und Tierärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, die im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung sind, sowie deren Stellvertretungen sind verpflichtet, ambulanten Notfalldienst zu leisten.
- ² Die Organisation des ambulanten Notfalldiensts erfolgt für sämtliche notfalldienstpflichtigen Personen mit Ausnahme der Tierärztinnen und Tierärzte durch die betreffenden Berufsverbände. Die pflichtigen Personen haben sich dabei gemäss den in ihrer Dienstregion beschlossenen Modalitäten zu beteiligen. Die Berufsverbände können
 - a) bei Vorliegen wichtiger Gründe Personen vom ambulanten Notfalldienst befreien, sofern die ambulante Notfalldienstversorgung weiterhin sichergestellt ist,
 - b) von den vom ambulanten Notfalldienst befreiten Personen eine zweckgebundene Entschädigung gemäss den Absätzen 2^{bis} und 2^{ter} erheben.
- ^{2bis} Bei den vom Notfalldienst befreiten Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten beträgt die jährliche Ersatzabgabe 1.5 % des AHV-pflichtigen Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit am Patienten, maximal Fr. 5'000.-.
- ^{2ter} Bei den vom Notfalldienst befreiten Apothekerinnen und Apothekern beträgt die jährliche Ersatzabgabe 3 % des AHV-pflichtigen Einkommens aus der Apothekertätigkeit, mindestens Fr. 6'000.-, maximal Fr. 10'000.-.
- ³ Die zuständige Behörde entscheidet bei Streitigkeiten zwischen dem Berufsverband und der notfalldienstpflichtigen Person.
- ⁴ Die zuständige Behörde trifft soweit erforderlich die zur Sicherstellung eines zweckmässigen ambulanten Notfalldienstes erforderlichen Massnahmen.
- ⁵ Der Regierungsrat kann durch Verordnung Ausführungsbestimmungen erlassen. Er kann zudem Organisationen, welche die Lebensrettung von Personen bezwecken, finanziell unterstützen.

Absatz 2

Gemäss Absatz 2 haben sich die Medizinalpersonen im Sinne einer gut funktionierenden Einheitsregelung der vom Berufsverband vorgenommenen Organisation zu unterziehen und sind nicht befugt, eigene unkoordinierte Lösungen zu wählen. Durch den neu eingefügten Passus betont § 38 Abs. 2, dass die Medizinalpersonen im Zusammenhang mit der generell bestehenden Notfalldienstpflicht auch dazu gezwungen werden können, den in einigen Regionen privatrechtlich organisierten Genossenschaften resp. Aktiengesellschaften beizutreten.

Absatz 2^{bis}

Ein Ersatzabgabebetrag in gemäss Absatz 2^{bis} festgelegter Höhe steht in Relation zum geleisteten Dienst jener Ärztinnen und Ärzte, die Notfalldienst leisten und findet auch die vollkommene Zustimmung des Aargauischen Ärzteverbands. Weiter gilt er auch als gerechte Abgabehöhe für Personen, welche grundsätzlich gewillt wären, Notfalldienst zu leisten, aufgrund ihrer Spezialisierung jedoch nicht dazu in der Lage sind. Schliesslich stellt die Pflicht zur Leistung eines Betrags in dieser Höhe denn auch nicht eine grosse Gefahr des Abwanderns der Ärzteschaft in die umliegenden Kantone dar.

Absatz 2^{ter}

Die an der vorerwähnten Notfallapotheke in der Region Baden beteiligten Apothekerinnen und Apotheker bezahlen einen jährlichen Betrag von Fr. 5'000.- für die Aufrechterhaltung des Betriebs. Damit kein finanzieller Anreiz besteht, aus diesem Modell auszusteigen, muss die in Absatz 2^{ter} vorgesehene gesetzliche Regelung so konzipiert sein, dass dieser Anreiz mit einem höheren Minimalbetrag entfällt. Das Minimum der zu leistenden Ersatzabgabe ist folglich auf Fr. 6'000.- zu setzen. Eine Ersatzabgabe in dieser Höhe erweist sich auch für die im Turnus dienenden Apotheker als zumutbar.

§ 56a

Übergangsrecht zur Änderung vom xxx

¹ Eine Rückforderung der vor dem Inkrafttreten von § 38 Abs. 2^{bis} und 2^{ter} geleisteten Ersatzabgaben ist ausgeschlossen.

Um die nachträgliche Rückforderung von Ersatzabgaben ausschliessen zu können, ist die Einführung einer Rückwirkungsklausel vorgesehen. Diese soll festlegen, dass die für die vergangenen Jahre erhobenen Ersatzabgaben trotz bis dato ungenügender Rechtsgrundlage unverändert Rechtsbestand haben und von den Medizinalpersonen nicht zurückgefordert werden können.

5 Auswirkungen

5.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Mit der Umsetzung dieses Konzepts verfügt der Kanton Aargau über eine formell-gesetzliche Grundlage betreffend Entschädigung für die Befreiung vom Notfalldienst. Diese ermöglicht es den involvierten Berufsverbänden, auch zukünftig einen gut funktionierenden Notfalldienst aufrechterhalten zu können und die von der Notfalldienstpflicht befreiten Personen zu einer zweckgebundenen Ersatzabgabe zu verpflichten. Die angestrebten Optimierungen bei den entsprechenden Rechtsgrundlagen haben keine Kostenfolgen für

den Kanton. Da vorgesehen ist, dass die Notfallregelung und auch die Einziehung entsprechender Ersatzabgaben, wie bis anhin, durch den involvierten Berufsverband erfolgt, hat die vorgesehene Neuregelung denn auch keine personelle Auswirkungen auf den Kanton.

5.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Keine.

5.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Dass der Kanton über einen funktionierenden, qualitativ guten und koordinierten Notfalldienst verfügt, ist von grossem gesellschaftlichem Interesse.

5.4 Auswirkungen auf die Gemeinden

Keine.

5.5 Auswirkung zum Bund und anderen Kantonen

Keine.

III Teil B: Spitalseelsorge

1 Ausgangslage

1.1 Gesetzliche Regelung der Spitalseelsorge

Am 1. Januar 2010 trat die neue Gesundheitsgesetzgebung in Kraft. Nachfolgend werden die hier relevanten Bestimmungen aufgelistet, wobei Hervorhebungen unterstrichen dargestellt sind. Das Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009 enthält folgende Bestimmung:

§ 28 GesG Grundsätze

- ¹ Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Wahrung der persönlichen Freiheit und der Persönlichkeitsrechte.
- ² Patientinnen und Patienten haben insbesondere ein Recht auf
 - a) Information,
 - b) Aufklärung,
 - c) Berücksichtigung ihres Willens.
 - d) Akteneinsicht und -herausgabe,
 - e) Schutz ihrer Daten.

Die Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten (Patientenverordnung, PatV) vom 11. November 2009 enthält folgende Regelungen:

§ 1 PatV Inhalt (der Information)

- ¹ Patientinnen und Patienten sind von den behandelnden Personen unaufgefordert sowie in geeigneter und verständlicher Form zu informieren insbesondere über
 - a) ihre Rechte und Pflichten,
 - b) den Betrieb und die Hausordnung,
 - c) die Namen und Funktionen der behandelnden Personen,
 - d) die Möglichkeit, vertrauliche Gespräche führen zu können.

§ 21 PatV Andere Zwecke (für Informationen an Dritte ausser Nachbehandlung und Vorbehandlung)

- ¹ Dritten dürfen Auskünfte über Patientinnen und Patienten nur erteilt werden, wenn diese ihr Einverständnis gegeben haben.
- ² Soweit aus den Umständen nicht auf einen Geheimhaltungswillen der Patientinnen und Patienten geschlossen werden muss, wird die Zustimmung zu Auskünften an die gesetzliche Vertretung und die nächsten Angehörigen vermutet.

Im Rahmen der neuen Gesundheitsgesetzgebung wurde als Folge der Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der Patientinnen und Patienten sowie der Sensibilisierung für Anliegen des patientenbezogenen Datenschutzes von der ehemaligen Widerspruchslösung auf eine Zustimmungslösung gewechselt. Die Zustimmungslösung bedeutet, dass die Patientendaten nur weitergegeben werden dürfen, wenn die Patientin beziehungsweise der Patient der Datenweitergabe zugestimmt hat. Die Widerspruchslösung bedeutet demgegenüber, dass die Patientendaten weitergegeben werden dürfen, sofern die Patientin beziehungsweise der Patient die Datenweitergabe nicht untersagt hat. Die Widerspruchslösung setzt allerdings eine entsprechende Information der Patientenschaft (insbesondere über die Möglichkeit der Untersagung der Datenweitergabe) voraus. Unter § 1 lit. d PatV fallen auch Gespräche mit Seelsorgenden.

1.2 Parlamentarische Vorstösse

1.2.1 Interpellation betreffend seelsorgerische Betreuung der Patienten

In der Interpellation Dr. Roland Bialek, EVP, Buchs (Sprecher), und Alexandra Abbt, CVP, Islisberg, vom 20. September 2011 betreffend seelsorgerische Betreuung der Patienten (11.311) wurde geltend gemacht, die Seelsorge im Spital werde durch diese neue Regelung im Vergleich zur vormaligen Regelung massiv erschwert. In seiner Beantwortung führte der Regierungsrat aus, die bestehende Gesetzgebung verhindere die seelsorgerische Tätigkeit von Kirchen und Religionsgemeinschaften in keiner Weise. Sie verlange einzig, dass die Patientin beziehungsweise der Patient die Zustimmung zum Datenfluss an die seelsorgerisch tätigen Personen erteile und damit der Patientenwille respektiert werde. Vor diesem Hintergrund erweise sich aus Sicht des Regierungsrats eine Änderung der Gesetzgebung als nicht erforderlich. Mit der Optimierung des Vollzuges könnten zudem eine kantonal einheitliche Handhabung erreicht und die bestehenden legitimen Interessen in Einklang gebracht werden. Der Sprecher erklärte sich anlässlich der Sitzung des Grossen Rates vom 27. März 2012 als von dieser Interpellationsantwort des Regierungsrates nicht befriedigt.

1.2.2 Motion betreffend ausreichende rechtliche Grundlage für die Spitalseelsorge

Die Motion Dr. Roland Bialek, EVP, Buchs (Sprecher), Alexandra Abbt, CVP, Islisberg, Dieter Egli, SP, Windisch, Roger Fricker, SVP, Oberhof, Dr. Daniel Heller, FDP, Erlinsbach, Martin Köchli, Grüne, Boswil, und Dr. Peter Schumacher, GLP, Wettingen, vom 6. März 2012 betreffend ausreichende rechtliche Grundlage für die Spitalseelsorge (12.44) lautete wie folgt:

"Der Regierungsrat wird gebeten, das Gesundheitsgesetz wie folgt zu ergänzen: Die seelsorgerische Betreuung der Patienten ist zu gewährleisten; sie wird durch die Spitalpfarrdienste der anerkannten Landeskirchen und die Gemeindefarrämter wahrgenommen. Sie haben Anspruch auf Mitteilung von Name und Adresse von

Angehörigen ihrer Glaubensgemeinschaft, sofern die Patienten die Weiterleitung ihrer Daten nicht abgelehnt haben."

Der Regierungsrat hat sich in der Beantwortung der Motion vom 29. August 2012 bereit erklärt, die Motion im Sinne der Erklärungen entgegenzunehmen. Er führte insbesondere aus, es sei zusammenfassend vertretbar, im Bereich der Spitalseelsorge eine Widerspruchslösung in das Gesundheitsgesetz aufzunehmen. Der Datenfluss werde ausdrücklich auf Name und Adresse beschränkt. Weiter solle verdeutlicht werden, dass für die Weitergabe von medizinischen Daten an die Seelsorgenden eine vorgängige Einwilligung der Patientinnen und Patienten erforderlich sei.

Der Grosse Rat hat die Motion am 30. Oktober 2012 stillschweigend überwiesen.

2 Handlungsbedarf

Zur Einführung einer Widerspruchslösung im Bereich der Spitalseelsorge für die Weitergabe von Name und Adresse der Patientin beziehungsweise des Patienten im Sinne der erwähnten Motion braucht es eine Anpassung des Gesundheitsgesetzes.

3 Lösungsvorschlag

3.1 Entwicklungen seit der Regelung im Gesundheitsgesetz (aGesG) vom 10. November 1987

3.1.1 Gesetzliche Regelung bis 2009

Nachfolgend werden die Regelungen vor Erlass des neuen Gesundheitsgesetzes wiedergegeben, wobei Hervorhebungen unterstrichen dargestellt sind. Die seit 1987 bestehende Fassung von § 49 Abs. 3 aGesG lautete wie folgt:

§ 49 aGesG Rechte und Pflichten der Patienten

Die seelsorgerische Betreuung der Patienten ist zu gewährleisten.

Das frühere Dekret über die Rechte und Pflichten der Krankenhauspatienten (Patientendekret, PD) vom 21. August 1990 enthielt in § 6 folgende Regelung:

§ 6 PD Vertrauliche Gespräche

Der Patient erhält auf seinen Wunsch hin angemessenen Gelegenheit, vertrauliche Gespräche mit den zuständigen Ärzten, seinen Angehörigen und Bekannten oder dem Seelsorger zu führen.

Mit der Inkraftsetzung des Gesetzes über die Information der Öffentlichkeit, den Datenschutz und das Archivwesen (IDAG) vom 24. Oktober 2006 erlangte per 1. Juli 2008 folgende ergänzte Fassung des aGesG durch Fremdänderung Geltung:

§ 49 aGesG Rechte und Pflichten der Patienten

Die seelsorgerische Betreuung der Patienten ist zu gewährleisten; sie wird durch die Spitalpfarrdienste der anerkannten Landeskirchen und die Gemeindepfarrämter wahrgenommen. Sie haben Anspruch auf Mitteilung von Name und Adresse von

Angehörigen ihrer Glaubensgemeinschaft, sofern die Patienten die Weiterleitung ihrer Daten nicht abgelehnt haben.

Das Patientendekret galt unverändert weiter.

3.1.2 Motion

Die unter Kapitel 1.2 erwähnte Motion vom 6. März 2012 verlangt eine Ergänzung des Gesundheitsgesetzes mit folgenden ausdrücklichen Inhalten:

- Gewährleistung der seelsorgerischen Betreuung der Patientinnen und Patienten;
- Wahrnehmung der seelsorgerischen Betreuung durch die Spitalpfarrdienste der anerkannten Landeskirchen und der Gemeindepfarrämter;
- Anspruch dieser Personen auf die Mitteilung von Name und Adresse von Angehörigen ihrer Glaubensgemeinschaft, sofern die Patientinnen und Patienten die Weiterleitung ihrer Daten nicht abgelehnt haben (sog. Widerspruchslösung).

Das noch in der Interpellationsbeantwortung vom Regierungsrat ins Auge gefasste Vorgehen der Optimierung des Vollzuges für alle Aargauer Spitäler erwies sich zu diesem Zeitpunkt als nicht mehr zielführend. Es hatte sich gezeigt, dass die daran Beteiligten zuerst ein politisches Signal in Form der Beschlussfassung zur hängigen Motion erwarteten. In der Folge erklärte sich der Regierungsrat bereit, die Motion im Sinne der vorgenommenen Erklärung entgegenzunehmen.

3.1.3 Praxis der Spitalseelsorge

In der Praxis wird Spitalseelsorgenden teilweise offenbar neben Name und Adresse auch Auskunft über Diagnosen und Behandlungen erteilt, beispielsweise durch die Möglichkeit der Teilnahme an medizinischen Rapporten oder der Mitarbeit in interdisziplinären Teams. Dies ist ohne Einwilligung der betroffenen Person unzulässig. Diesbezüglich ist eine Verdeutlichung angezeigt.

3.2 Umsetzung der Motion (Weitergabe von Name und Adresse an Spitalseelsorgende der drei anerkannten Landeskirchen)

Bereits die Tatsache, dass sich eine Person im Spital aufhält, fällt unter das ärztliche Berufsgeheimnis. Wird diese Tatsache Dritten mitgeteilt, handelt es sich um eine Bekanntgabe von besonders schützenswerten Personendaten.

Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten hat in den letzten Jahrzehnten stark an Bedeutung gewonnen und nimmt heute eine absolut zentrale Stellung im gesamten Medizin- und Gesundheitsrecht ein. Das geltende GesG enthält entsprechend eine konzeptionelle Ausrichtung hin zur Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Mit dem Recht der Patientinnen und Patienten auf Berücksichtigung ihres Willens wurde in § 28 Abs. 2 lit. c GesG das Zustimmungsprinzip als Grundsatz verankert. Eine Widerspruchslösung steht an sich nicht im Einklang mit dem Grundgedanken des informationellen Selbstbestimmungsrechts gemäss Art. 13 der Bundesverfassung. Danach soll jede Person selber darüber bestimmen können, wer welche Daten über sie erhält. Unter diesen Umständen ist es angezeigt, die Regelung einer Widerspruchslösung auf gleicher Stufe wie das generelle Zustimmungsprinzip – das heisst auf Gesetzesstufe, konkret im

GesG – zu platzieren. Als Rahmenbedingung muss für den Vollzug einer Widerspruchslösung insbesondere sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten aktiv vorgängig über die Datenweitergabe und somit über die Möglichkeit der Ablehnung ("Widerspruch") informiert werden. So ausgestaltet erweist sich die Widerspruchslösung als vertretbar, zumal einzig Name und Adresse der Patientinnen und Patienten an Spitalseelsorgende weitergegeben werden.

Die Inanspruchnahme von seelsorgerischer Begleitung während eines Spitalaufenthaltes stellt ein Patientenrecht dar. Gemäss dem in der Motion vorgeschlagenen Wortlaut soll die Datenweitergabe an die Seelsorgenden der anerkannten Landeskirchen aus den Spitalpfarrdiensten und der Gemeindepfarrämtern vorgesehen werden. Dies sind die evangelisch-reformierte, die römisch-katholische und die christkatholische Kirche (vgl. § 109 Abs. 1 KV). Demnach wird das Widerspruchsprinzip für die Datenweitergabe an die Spitalseelsorgenden dieser Religionsgemeinschaften eingeführt.

3.3 Weitergabe weiterer (insbesondere medizinischer) Daten an Seelsorgende

Im Unterschied zur Weitergabe von Name und Adresse einer Person erweisen sich Informationen zum Gesundheitszustand der Patientin beziehungsweise des Patienten als wesentlich sensiblere Daten.

Widersprechen Patientinnen beziehungsweise Patienten der Weitergabe von Name und Adresse nicht oder stimmen sie dieser Weitergabe zu, müssen sie nicht damit rechnen, dass Spitalseelsorgende beispielsweise über die Teilnahme an ärztlichen Rapporten über intime Daten hinsichtlich ihrer Gesundheit informiert werden. Für solche Daten gilt weiterhin das Zustimmungsprinzip. Ohne Einwilligung zur Weitergabe anderer unter das Patientengeheimnis fallender Daten ausser Name und Adresse ist die Weitergabe deshalb unzulässig und verletzt sowohl die Persönlichkeit der betroffenen Person als auch das strafrechtlich geschützte Berufsgeheimnis.

Zum Schutz des Patientengeheimnisses als auch zur Schaffung von Rechtssicherheit für die beteiligten Personen wird ergänzend ausdrücklich festgehalten, dass die Weitergabe medizinischer Daten weiterhin dem Zustimmungsprinzip unterliegt beziehungsweise sich nach den allgemeinen Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung gemäss § 28 GesG richtet.

3.4 Vollzug

Für die Wahrnehmung der Spitalseelsorge und gerade beim Bestehen eines Widerspruchsprinzips muss sichergestellt sein, dass die Patientinnen und Patienten aktiv vorgängig über die Datenweitergabe und über die Möglichkeit der Ablehnung beziehungsweise der Zustimmung informiert werden. Die Spitäler sind bereits gestützt auf § 1 PatV (vgl. Ziff. 1.1) verpflichtet, die Patientinnen und Patienten "unaufgefordert sowie in geeigneter und verständlicher Form" insbesondere über ihre Rechte, den Spitalbetrieb, die Hausordnung und die Möglichkeit, vertrauliche Gespräche führen zu können, zu informieren. Diese Verpflichtung findet auch auf die Spitalseelsorge Anwendung. Die Informationen können beispielsweise in einer Patientenbroschüre, dem Anmeldeformular oder im direkten Gespräch erfolgen. Die Patientinnen und Patienten sind damit über die Datenweitergabe und ihre Wahlmöglichkeiten (und die Folgen, falls sie diese Wahlmöglichkeit nicht wahrnehmen) in Kenntnis gesetzt.

Die Patientinnen und Patienten können – müssen aber nicht – auf dem Anmeldeformular ihre Religionsgemeinschaft angeben, womit sichergestellt wird, dass sie von Spitalseelsorgenden "ihrer" Gemeinschaft betreut werden. Bei Notfalleintritten (hier liegt kein vorgängig ausgefülltes Anmeldeformular vor) werden die Patientinnen und Patienten in einem späteren geeigneten Zeitpunkt nach ihrer Religionsgemeinschaft gefragt. Falls jemand die Religionszugehörigkeit nicht angibt, ist dieser Wille zu akzeptieren und es sind seitens des Spitals keine Nachforschungen zu unternehmen.

Die Spitalseelsorgenden können sich wie bisher beim Spital melden und anfragen, ob sich Mitglieder ihrer Gemeinschaft im Spital befinden. Das Spital darf diesen Spitalseelsorgenden anschliessend Name und Adresse dieser Mitglieder bekanntgeben, sofern sich die Mitglieder nicht dagegen ausgesprochen haben. Das Spitalpersonal wird in verständlicher Weise über die Datenweitergabe an Spitalseelsorgende zu informieren sein.

Die Weitergabe gemäss Widerspruchsprinzip ist eindeutig auf Name und Adresse beschränkt und von der Weitergabe von medizinischen Daten klar abgegrenzt.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Spitalseelsorge stellt ein Patientenrecht dar und ist daher unter Titel 5. „Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten“ im GesG einzuordnen. In § 28 GesG werden die Grundsätze aufgeführt. Es rechtfertigt sich, die Regelung der Spitalseelsorge mit dem teilweise neu einzuführenden Widerspruchsprinzip als Ausnahme zum sonst geltenden Zustimmungsprinzip in § 28a GesG zu platzieren.

Es wird folgende Regelung vorgeschlagen:

§ 28a

Spitalseelsorge

- ¹ Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf seelsorgerische Betreuung.
- ² Die Spitäler sind nach vorheriger Information der Patientinnen und Patienten und auf Ersuchen der Spitalseelsorgenden der drei anerkannten Landeskirchen ermächtigt, den Spitalseelsorgenden Name und Adresse der Angehörigen ihrer Glaubensgemeinschaft bekanntzugeben, wenn die Patientinnen und Patienten dieser Datenbekanntgabe nicht widersprochen haben.
- ³ Die Bekanntgabe aller übrigen, insbesondere medizinischer Daten an alle Spitalseelsorgenden richtet sich nach den Bestimmungen von § 28 dieses Gesetzes.

Absätze 1 – 2

Die seelsorgerische Betreuung wird in Abs. 1 explizit als Recht der Patientenschaft formuliert.

Die Tatsache, dass sich eine Person im Spital aufhält, fällt unter das ärztliche Berufsgeheimnis (Patientengeheimnis). Wird diese Tatsache Dritten mitgeteilt, handelt es sich um eine Bekanntgabe von besonders schützenswerten Personendaten. Mit Absatz 2 erhalten die Spitäler die Rechtsgrundlage zur Offenbarung von Name und Adresse an Seelsorgende der anerkannten Landeskirchen zum Zweck der Spitalseelsorge, ohne das Patientengeheimnis zu verletzen. Für die Datenbekanntgabe an die Seelsorgenden der anerkannten Landeskirchen gilt das Widerspruchsprinzip. Die Datenbekanntgabe erfolgt nicht

automatisch, sondern aufgrund einer Nachfrage der Spitalseelsorgenden beim Spital; damit wird der Datenfluss auf das Notwendige beschränkt.

Absatz 3

In diesem Absatz wird explizit klargestellt, dass die Datenbekanntgabe an Spitalseelsorgende auch bei Nichtablehnung gemäss Abs. 2 auf Name und Adresse beschränkt ist und für die Bekanntgabe weiter Daten an diese Personen § 28 GesG (mit dessen generellen Zustimmungsprinzip und dessen Schutz der Patientendaten) Anwendung findet.

5 Auswirkungen

5.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Mit der Umsetzung dieses Konzeptes verfügt der Kanton Aargau über eine ausdrückliche, gesetzliche Regelung der Spitalseelsorge, die für die Datenbekanntgabe an die Seelsorgenden der anerkannten Landeskirchen das Widerspruchsprinzip zulässt. Dies hat keine personellen und finanziellen Folgen für den Kanton.

5.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Keine.

5.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die Spitalseelsorgenden der anerkannten Landeskirchen erhalten Name und Adresse der ihrer Religionsgemeinschaft angehörenden Patientinnen und Patienten, sofern sich diese nicht gegen die Datenweitergabe ausgesprochen haben. Es wird für die Beteiligten Rechtssicherheit betreffend die Herausgabe dieser Daten und das Vorgehen geschaffen und damit die seelsorgerische Betreuung der Patientinnen und Patienten gefördert. Zum Schutz der Patientenschaft wird klargestellt, dass die Weitergabe von weiteren (insbesondere medizinischen) Daten weiterhin vom Zustimmungsprinzip erfasst bleibt.

5.4 Auswirkungen auf die Spitäler im Besonderen

Die Spitäler erhalten eine explizite Ermächtigung zur Weitergabe bestimmter Daten. Dies schafft Rechtssicherheit darüber, welche Daten nach welchem Vorgehen an Spitalseelsorgende herausgegeben werden dürfen und für welche das Zustimmungsprinzip weiter gilt. Die Spitäler haben ihre Angestellten entsprechend zu instruieren. Die Erfassung der Religionszugehörigkeit auf dem Anmeldeformular bei geplanten Eintritten (und die Nachfrage bei Notfalleintritten in einem späteren Zeitpunkt) erfolgt innerhalb eines Spitalablaufes, der ohnehin stattfindet. Hinsichtlich Vorgehen bei Notfalleintritten ist das Spitalpersonal entsprechend zu sensibilisieren. Falls daraus Mehrkosten entstehen, gingen diese zu Lasten der Spitäler. Allfällige im Zusammenhang mit der Spitalseelsorge bei der Datenbeschaffung und der Datenweitergabe entstehende Kosten wären von den Spitälern zu tragen; dabei ist aber von einer unwesentlichen Kostenposition auszugehen. Die Kosten für die beim Spital angestellten Spitalseelsorgenden gehen zu Lasten des Spitals; jene Kosten für nicht beim Spital angestellte Spitalseelsorgende sind von den Religionsgemeinschaften zu tragen.

5.5 Auswirkungen auf die Gemeinden, zum Bund und anderen Kantonen

Keine.

5.6 Auswirkungen auf die Religionsgemeinschaften

Die Spitalseelsorgenden der anerkannten Landeskirchen erhalten Name und Adresse der Angehörigen ihrer Religionsgemeinschaft, sofern diese Patientinnen und Patienten der Datenweitergabe nicht widersprochen haben.

IV Teil C: Ausbildungsverpflichtung

1 Ausgangslage

1.1 Akuter Personalmangel in den Gesundheitsberufen

Die wichtigste Ressource im Gesundheitswesen ist der Faktor Mensch. Für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems sind die Kenntnisse, Kompetenzen und die Motivation des Gesundheitspersonals entscheidend.

In den Spitälern, Pflegeheimen und bei Spitexorganisationen herrscht zum Teil akuter Personalmangel in den Pflegeberufen. Die Rekrutierung von qualifiziertem Personal gestaltet sich für die Institutionen zunehmend schwieriger. Viele Stellen sind offen und bleiben teilweise monatelang unbesetzt. Zudem wird es künftig wesentlich mehr ausgebildete Pflegefachleute brauchen, um den Bedarf decken zu können.

Eine nationale Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) aus dem Jahr 2009 gelangt zum Ergebnis, dass aufgrund der Alterung der Bevölkerung, insbesondere der starken Zunahme der 80-jährigen und älteren Bevölkerung, sowie der Zunahme von chronischen Krankheiten, der Bedarf an Personal im Gesundheitswesen künftig stark ansteigen wird (nachfolgend: Obsan-Studie). Die veröffentlichten Zahlen und die ausgewiesene Bedarfslücke sind alarmierend. Der Personalbedarf in den nicht-universitären Gesundheitsberufen steigt in den Jahren 2006 bis 2020 je nach Szenario um rund 25'000 bis 48'000 Personen. Es braucht 13 bis 25 Prozent mehr Mitarbeitende als im Referenzjahr 2006 der Studie. Im gleichen Zeitraum sind alleine durch Pensionierungen schweizweit 60'000 Stellen neu zu besetzen. Dies entspricht 30 Prozent des heutigen Personalbestands.

Einer der wichtigsten Gründe für den Personalmangel ist nebst Berufswechseln und Pensionierungen die zu geringe Anzahl von Ausbildungsplätzen.

1.2 Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010: Strategie 22

Der Handlungsbedarf für eine Steigerung der Ausbildungsleistungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wurde vom Grossen Rat erkannt, indem er im Dezember 2008 den Auftrag 08.193 von Theres Lepori, Berikon, zur Einführung einer Ausbildungsverpflichtung an den Regierungsrat überwies. Am 26. Oktober 2010 setzte der Grosse Rat dieses politische Anliegen um und verabschiedete eine neue Strategie 22 in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010:

Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Zur Erfüllung seines Versorgungsauftrages tritt der Kanton dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegen, indem er:

- für ein bedarfsgerechtes schulisches Angebot sorgt;
- die Institutionen auf der Spital- bzw. Pflegeheimliste sowie die ambulanten Leistungserbringer im Pflegebereich dazu verpflichtet, genügend Ausbildungsplätze und eine ausreichende Weiterbildung sicherzustellen;
- sich zur Sicherstellung genügender Bestände an Fachpersonal an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung für Wiedereinsteigende beteiligen kann.

Diese Strategie bringt zum Ausdruck, dass der Kanton im Rahmen seines verfassungsmässigen Versorgungsauftrags (§ 41 der Kantonsverfassung) Massnahmen gegen die Personalknappheit in den Spitälern, Pflegeheimen und bei der Spitex zu ergreifen hat.

1.3 Aktuelle rechtliche Grundlagen

Im Rahmen der letzten Revision des Pflegegesetzes (PflG) vom 26. Juni 2007 hat der Grosse Rat am 28. Juni 2011 beschlossen, dass der Kanton Massnahmen zur Sicherstellung von genügend Pflegefachpersonal trifft. Insbesondere kann eine Ausbildungsverpflichtung eingeführt werden:

§ 5a PflG Personal

- ¹ Der Kanton kann Massnahmen treffen, damit genügend Fachpersonal für die ambulante und stationäre Pflege zur Verfügung steht.
- ² Er kann insbesondere
 - a) sich an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung für Wiedereinsteigende beteiligen,
 - b) ambulante Leistungserbringer und stationäre Pflegeeinrichtungen auf der Pflegeheimliste zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen verpflichten zwecks Vermeidung oder Behebung von Personalmangel.
- ³ Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten durch Verordnung.

Aufgrund des ergriffenen Referendums trat diese Bestimmung erst am 1. Januar 2013 in Kraft. Im Spitalbereich besteht zurzeit keine Grundlage für eine Ausbildungsverpflichtung auf Gesetzesstufe. Eine solche war in der vom Grossen Rat nicht weiter verfolgten Zentralspitalvorlage vorgesehen.

Der Regierungsrat hat auf Verordnungsstufe sowohl im Spital- als auch im Langzeitbereich der Pflege die Ausbildungsverpflichtung verankert und die Umsetzung fürs erste geregelt (§ 8 der Spitalverordnung [SpiV] vom 2. November 2011 und § 36 der Pflegeverordnung [PflV] vom 21. November 2012). Zur Umsetzung erliess der Regierungsrat am 2. November 2011 das "Reglement über die Ausbildungsverpflichtung für nicht-universitäre Gesundheitsberufe im Kanton Aargau" als Anhang zur Spitalverordnung (nachfolgend Ausbildungsreglement).

Das Ausbildungsreglement orientiert sich in den Grundzügen an einem von der Gesundheitsdirektion Bern erarbeiteten Konzept vom Mai 2011. Die Aargauer Adaption des

Systems verzichtet aber insbesondere auf den Einsatz von Mitteln aus dem allgemeinen Staatshaushalt. Andere Kantone (u.a. Zürich und Luzern) haben das Berner Konzept mit Anpassungen übernommen. Weitere Kantone werden folgen. Auch die GDK empfiehlt den Kantonen die Einführung einer Ausbildungsverpflichtung zur Steuerung der Ausbildungstätigkeit und zur Vermeidung eines Pflegenotstands in den Gesundheitsberufen.

Das Reglement wurde in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erarbeitet. Mitgewirkt haben namentlich der Verband Aargauischer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA), der Spitex-Verband Aargau und Vertretungen verschiedener Leistungserbringer, zusammen mit dem Departement Gesundheit und Soziales (DGS), dem Departement Bildung, Kultur und Sport (BKS) sowie der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau (OdA GSAG). Das Reglement sieht vor, dass für jeden Gesundheitsberuf im Stellenplan eines Leistungserbringers das sog. Ausbildungspotenzial berechnet wird. Dieses gibt an, wie viele Ausbildungs- und Praktikumswochen bzw. Lehrstellen pro Gesundheitsberuf angeboten werden müssen.

Die Ausbildungsleistungen werden in Ausbildungspunkten bemessen, wobei die Ausbildungstätigkeit in komplexen Berufsfeldern mit einer höheren Punktzahl abgegolten wird als jene in einfacheren Berufen. Jeder Leistungserbringer kann selber bestimmen, in welchen Gesundheitsberufen er wie viele Personen ausbilden möchte. Massgebend ist alleine die Erfüllung der festgelegten Gesamtpunktzahl (Ausbildungspunkte-Soll). Um den Betrieben Anreize zu geben, mehr Lehrstellen zu schaffen, wurde ein Bonus-Malus-System konzipiert: Betriebe mit zu wenig Ausbildungsplätzen bezahlen einen Malus (Ersatzabgabe) in einen Ausbildungsfonds, aus dem Betriebe mit besonders vielen Ausbildungsplätzen einen Bonus erhalten können. Im Anhang dieses Berichts ist ein Berechnungsbeispiel zu finden. Das Bonus-Malus-System kann aus rechtlichen Gründen erst mit Inkrafttreten der vorliegenden Gesetzesrevision im Jahr 2016 eingeführt werden (vgl. Kapitel 1.5).

Um den Betrieben eine reelle Chance zu geben, die geforderten Ausbildungsleistungen auf- bzw. auszubauen, sieht das Reglement in den Einführungsjahren abgestufte Ziele vor: Im Jahr 2013 muss 1/3 der Soll-Ausbildungsleistung erbracht werden, im Jahr 2014 sind es bereits 2/3 und ab dem Jahr 2015 muss die volle Ausbildungsleistung erbracht werden.

1.4 Erste Vollzugserfahrungen und Würdigung

Das System der Ausbildungsverpflichtung wurde im Jahr 2011 vorbereitet und per 1. Januar 2012 eingeführt. Aufgrund des Referendums gegen das Pflegegesetz wurden die Leistungserbringer erst für das Jahr 2013 zur Ausbildung verpflichtet. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass eine Mehrzahl der Leistungserbringer die Ausbildungsverpflichtung als wichtig erachtet und sie Anstrengungen unternimmt, die geforderten Ausbildungsleistungen zu erfüllen. Die fachliche und praktische Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung erfolgt durch die OdA GSAG in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, womit eine praxisnahe Einführung gewährleistet ist.

Jeder Leistungserbringer kann heute seine Daten einfach und mit wenig Aufwand auf der Website der OdA GSAG eingeben und sieht unmittelbar einen Vergleich zwischen dem geforderten Ausbildungspunkte-Soll und den erbrachten Ausbildungspunkten (Ausbildungspunkte-Ist). Das System der Dateneinreichung zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung ist bei den Leistungserbringern gut etabliert und akzeptiert.

Der Regierungsrat anerkennt, dass das Bonus-Malus-System zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung eine gewisse Komplexität aufweist. Diese ist aber unumgänglich, da das Ausbildungspotenzial der Leistungserbringer sehr unterschiedlich ist. Zu den wichtigsten Gründen, die für dieses System sprechen, siehe Kapitel 3.1 unten.

1.5 Ausbildungsleistungen im Jahr 2012

Eine im Auftrag des DGS durchgeführte Datenerhebung der OdA GSAG bei den Spitälern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen ergab für das Jahr 2012 Folgendes:

Das Soll der Ausbildungsleistungen gemäss Ausbildungsreglement betrug rund 14.8 Millionen Ausbildungspunkte. Erbracht wurden Ausbildungsleistungen im Wert von rund 11.5 Millionen Punkten. Somit wurden rund 78% der geforderten Ausbildungsleistungen erbracht.

Die erbrachten Ausbildungsleistungen im Jahr 2012 verteilen sich folgendermassen auf die Versorgungsbereiche:

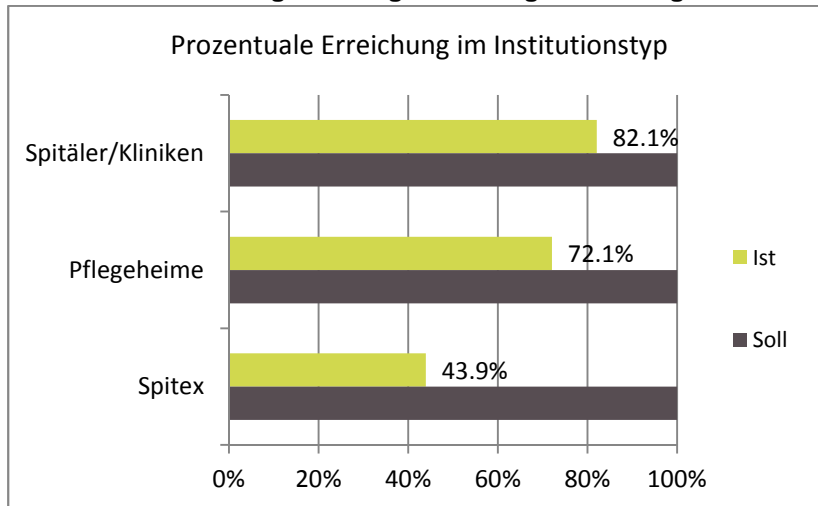
Ausbildungsleistungen 2012 nach Versorgungsbereich



Die grössten Ausbildungsleistungen (72%) erbrachten die Spitäler und Kliniken, gefolgt von den Pflegeheimen (25%) und den Spitexorganisationen (2%).

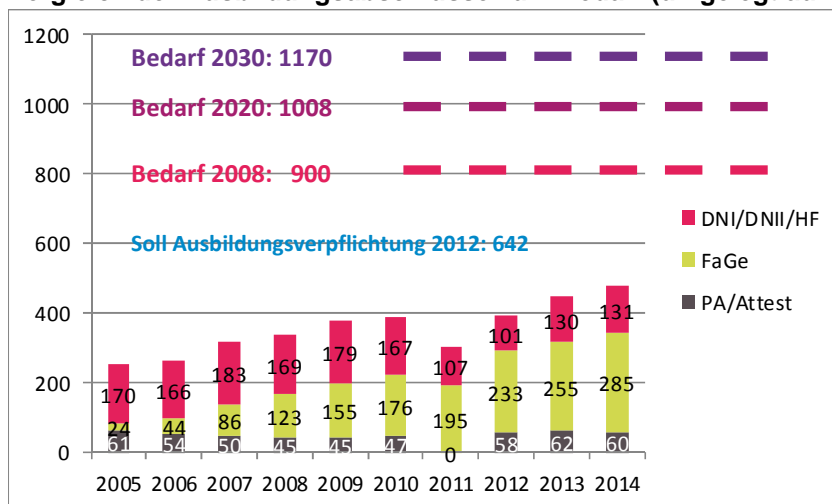
Die nachfolgende Darstellung der erbrachten Ausbildungsleistungen 2012 im Vergleich zum geforderten Soll zeigt, dass in den Spitälern und Kliniken bereits über 82% des gesteckten Ziels erreicht wurde, währenddem bei den Pflegeheimen (Erfüllung zu 72%) und insbesondere bei den Spitexorganisationen (44%) noch grösserer Handlungsbedarf besteht.

Erbrachte Ausbildungsleistungen im Vergleich zum geforderten Soll im Jahr 2012



Der prognostizierte gesamtschweizerische Bedarf an Gesundheitspersonal nach der Obsan-Studie (Kapitel 0) wurde in der nachfolgenden Darstellung auf Aargauer Verhältnisse umgerechnet. Anlass für die Entscheidung zur Ausbildungsverpflichtung war nebst diesen Zahlen die Erkenntnis, dass der Mehrbedarf sich nicht weiterhin alleine durch bereits ausgebildetes Personal aus dem Ausland decken lässt. Die Erhöhung der Anzahl Ausbildungsplätze braucht erhebliche Anstrengungen, damit der aufgrund der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Alterung der Gesellschaft befürchtete Pflegenotstand abgewendet werden kann. Es zeigt sich aber auch, dass die Deckung des Bedarfs allein damit nicht erreicht wird. Es braucht nebst einer Erhöhung der Ausbildungstätigkeit auch weiterführende Massnahmen: Verlängerung der Berufsverweildauer, Rekrutierung von Wiedereinsteigenden bzw. Quereinsteigenden und neue Modelle zum optimierten Personaleinsatz.

Vergleich der Ausbildungsabschlüsse zum Bedarf (umgelegt auf Kanton Aargau)



Abkürzungen

- DN I/DN II/HF Pflegefachfrau HF bzw. ähnliche, frühere Ausbildungsabschlüsse
- FaGe Fachfrau/Fachmann Gesundheit
- PA/Attest Assistentin Gesundheit/Assistentin Gesundheit (eid. Berufsattest)

2 Handlungsbedarf

Im Langzeitbereich besteht mit § 5a des Pflegegesetzes eine gesetzliche Grundlage für die Ausbildungsverpflichtung der Pflegeheime und Spitexorganisationen. Dagegen besteht im Spitalbereich nur eine Grundlage auf Verordnungsstufe. Die notwendige Grundlage im Spitalgesetz fehlt. Zudem sehen die Vollzugsbestimmungen im regierungsrätlichen Ausbildungsreglement (Verordnung) ein Bonus-Malus-System vor (siehe Kapitel 1.3). Bildet ein Leistungserbringer zu wenig aus, so hat er eine Ersatzabgabe (Malus) zu entrichten. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts¹ muss aber das Gesetz selbst – und nicht ein Reglement oder eine Verordnung – Folgendes regeln:

1. Wer muss eine Ersatzabgabe bezahlen?

Welche Leistungserbringer müssen eine Ersatzabgabe bezahlen, wenn sie zu wenig Ausbildungsstellen ausweisen?

Kreis der Abgabepflichtigen

2. Wofür muss eine Ersatzabgabe bezahlt werden?

Bei zu geringer oder gar keiner Ausbildungstätigkeit in den Gesundheitsberufen.

Gegenstand der Abgabe

3. Wie hoch ist die Ersatzabgabe in den Grundzügen?

Wie viele Ausbildungsstellen muss ein Leistungserbringer ausweisen beziehungsweise wie hoch ist die Ersatzabgabe in den Grundzügen?

Grundzüge der Bemessungsgrundlage

Schliesslich ist zur Bewirtschaftung des Bonus-Malus-Systems eine Spezialfinanzierung einzuführen, die nach Finanzrecht einer gesetzlichen Grundlage bedarf.

§ 5a des Pflegegesetzes genügt diesen rechtlichen Anforderungen nur zum Teil. Im Spitalbereich fehlt es überhaupt an einer Grundlage in einem Gesetz. Die Grundsätze des Bonus-Malus-Systems im regierungsrätlichen Ausbildungsreglement, insbesondere die Ersatzabgabepflicht (Malus), sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in den Grundzügen auf Gesetzesstufe zu verankern. Zur Bewirtschaftung des Bonus-Malus-Systems ist eine Spezialfinanzierung vorgesehen, die aus finanzrechtlichen Gründen² ebenfalls einer gesetzlichen Grundlage bedarf. Aus diesen Gründen wird vorliegend eine Teilrevision des Gesundheitsgesetzes vorgeschlagen.

3 Lösungsvorschlag

3.1 Überblick

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen im Überblick folgenden Lösungsvorschlag zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen:

¹ Siehe etwa Bundesgerichtsentscheid [BGE] 136 II 337, Erwägung 5.1, Seite 348 mit weiteren Hinweisen auf die ständige Rechtsprechung.

² § 37 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF, SAR 612.300) vom 5. Juni 2012.

Regelung zentral im Gesundheitsgesetz

Die Regelung der Ausbildungsverpflichtung und die Grundzüge des Bonus-Malus-Systems sollen neu zentral im Gesundheitsgesetz geregelt werden, da ein enger Zusammenhang zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit besteht (§§ 40 ff. Gesundheitsgesetz). So können zudem parallele Gesetzgebungen im Spital- und Pflegegesetz vermieden werden.

Ausbildungsverpflichtung (Kapitel 3.2)

Eine der wichtigsten Ursachen des Personalmangels im Gesundheitswesen ist die zu geringe Anzahl Ausbildungsstellen. Deshalb ist eine Ausbildungsverpflichtung auf Gesetzesstufe einzuführen, wie schon in den strategischen Vorgaben des Grossen Rats (GGpl 2010) und im Pflegegesetz vorgesehen.

Wer muss ausbilden? (Kapitel 3.3)

Zur Ausbildung einer angemessenen Anzahl von Gesundheitsfachpersonen werden verpflichtet: alle Spitäler und Pflegeheime, Spitexorganisationen sowie ambulante Pflegeeinrichtungen mit Tages- oder Nachtstrukturen. Für weitere Berufe und Betriebe im Gesundheitswesen kann der Regierungsrat bei Bedarf ebenfalls eine Ausbildungsverpflichtung einführen.

Was muss ausgebildet werden? (Kapitel 3.4)

Die Ausbildungsverpflichtung soll in den nicht-universitären Gesundheitsberufen gelten, die in direktem Kontakt zu Patientinnen, Bewohnern und Klientinnen stehen. Es handelt sich insbesondere um folgende Berufe: Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe), Assistentin/Assistent Gesundheit (AGS), Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter.

Wie viel muss ausgebildet werden? (Kapitel 3.5)

Für jeden Leistungserbringer wird anhand der angestellten Gesundheitsfachpersonen (Stellenplan) das Ausbildungspotenzial im jeweiligen Gesundheitsberuf ermittelt und mit einer Punktzahl hinterlegt. Es resultiert pro Leistungserbringer das sog. Ausbildungspunkte-Soll.

Handlungsspielraum der Leistungserbringer (Kapitel 3.6)

Jeder Leistungserbringer kann selber bestimmen, in welchen Gesundheitsberufen er wie viele Personen ausbildet. Massgebend ist alleine die Erfüllung des gesamten Ausbildungspunkte-Solls in einem Jahr. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Lernende in einem Ausbildungsverbund gemeinsam mit einem anderen Betrieb zu beschäftigen oder Ausbildungsleistungen (Punkte) bei einem anderen Leistungserbringer einzukaufen.

Bonus-Malus-System (Kapitel 3.7)

Leistungserbringer, welche die festgelegte Ausbildungspunktezahl nicht erreichen, haben einen Malus (Ersatzabgabe) in eine Spezialfinanzierung einzubezahlen. Daraus können Betriebe, welche das festgelegte Ausbildungspunkte-Soll übertreffen, einen Bonus erhalten. Im Rahmen der verfügbaren Mittel können weitere Beiträge gewährt werden, so namentlich an die Kosten für überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte sowie an die Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung. Gerade für kleine Ausbildungsbetriebe kann so ein Grossteil der Ausbildungskosten gedeckt werden.

Ersatzabgabe (Malus) und Spezialfinanzierung (Kapitel 3.8)

Die Erhebung von Maluszahlungen (Ersatzabgabe) sowie die Errichtung einer Spezialfinanzierung zur zweckgebundenen Bewirtschaftung bedürfen gesetzlicher Grundlagen, die mit dieser Vorlage geschaffen werden (vgl. Kapitel 2 oben).

Verwendung der verfügbaren Mittel der Spezialfinanzierung (Kapitel 3.9)

Die eingenommenen Maluszahlungen werden einer Spezialfinanzierung gutgeschrieben, um die zweckentsprechende Verwendung der Mittel sicherzustellen. Im Rahmen der verfügbaren Mittel können folgende Beiträge ausgerichtet werden:

- Beiträge an Leistungserbringer, die das Ausbildungspunkte-Soll übertreffen (Bonus)
- Beiträge an die Kosten für überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte
- Beiträge an die Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung

Möglichkeit zur Selbstregulierung (Kapitel 3.10)

Bestehen dereinst genügend Ausbildungsplätze oder treffen die Leistungserbringer im Rahmen eines Verbands selber geeignete Massnahmen zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen (Selbstregulierung), so kann der Regierungsrat die gesetzliche Ausbildungsverpflichtung und das gesetzliche Bonus-Malus-System wieder ausschalten, ohne dass dafür eine Gesetzesrevision nötig wäre. Im Rahmen der Selbstregulierung sind Leistungserbringer ohne Verbandsmitgliedschaft gesetzlich verpflichtet, sich der Selbstregulierung des Verbands anzuschliessen.

Fazit

Der Lösungsvorschlag weist eine gewisse Komplexität aus, ist aber im Stand, das Ausbildungspotenzial eines Betriebs aufgrund seiner Struktur und Stellenpläne exakt und einzelfallgerecht zu ermitteln. Er wurde in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erarbeitet und mit dem regierungsrätlichen Ausbildungsreglement vom 2. November 2011 erfolgreich eingeführt. Es ist bei den Leistungserbringern anerkannt und hat sich als adäquate Lösung zur Behebung des Personalmangels bewährt. Zwischen 2011 und 2012 stieg die Ausbildungsleistung um rund 6%! Schliesslich ist auch die Administration für die Leistungserbringer dank einer Internetplattform einfach. Insgesamt sprechen sechs wesentliche Gründe für dieses bereits etablierte System, dem nur noch die gesetzliche Grundlage fehlt:

1. Das System kann das Ausbildungspotenzial eines Betriebs exakt ermitteln.
2. Die Branche begrüsst dieses System ausdrücklich, da es verschiedenste Gegebenheiten mitberücksichtigen kann (Einzelfallgerechtigkeit).
3. Einfache Informatiktools nehmen Berechnungen automatisch vor. Die Erfassung für die Betriebe per Internet ist einfach.
4. Das System ist seit 2004 erprobt und in den Kantonen Bern, Luzern und Zürich im Einsatz. Weitere Kantone folgen.
5. Die Aargauer Adaption basiert zu 100% auf Eigenverantwortung (Finanzierung zu 100% durch die Branche selbst, kein Einsatz von Steuermitteln).
6. Das System zur Berechnung des Ausbildungspotenzials ist im Kanton Aargau seit 1. Januar 2012 im Einsatz und hat sich bewährt.

3.2 Ausbildungsverpflichtung

Die Ausbildungsverpflichtung ist die wirksamste Massnahme, um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und insbesondere dem Mangel an Ausbildungsplätzen entgegenzutreten. Insbesondere ist nur eine Pflicht zur Ausbildung einer genügenden Anzahl von Lernenden eine taugliche Massnahme, um das sog. Trittbrettfahrerproblem zu lösen. Alle Leistungserbringer haben ein Interesse an genügend qualifiziertem Personal, weshalb auch alle ausbilden sollen oder sie haben eine Ersatzabgabe (Malus) zu bezahlen.

Die aktuellen strategischen Vorgaben des Grossen Rats, das Pflegegesetz und das Ausbildungsreglement des Regierungsrats sehen eine Ausbildungsverpflichtung für die Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen vor (siehe oben Kapitel 1.2 und 1.3).

3.3 Wer muss ausbilden? – Verpflichtete Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer sollen zur Ausbildungstätigkeit verpflichtet werden:

- Spitäler
- Pflegeheime
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (u.a. Spitex)
- ambulante Pflegeeinrichtungen mit Angebot Tages- oder Nachtstrukturen

Während Strategie 22 der GGpl 2010 darauf abstellt, ob ein Spital auf der Spitalliste des Kantons bzw. ein Pflegeheim auf der Pflegeheimliste geführt ist, wird vorgeschlagen, die Ausbildungsverpflichtung auf alle Spitäler und Pflegeheime auszudehnen. Ein Listenplatz berechtigt zur Abrechnung von stationären Leistungen mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Vereinzelt existieren aber auch Institutionen ohne Listenplatz. Auch diese benötigen Berufsnachwuchs und sollen daher zur Ausbildung verpflichtet werden.

3.4 Was muss ausgebildet werden? – Gesundheitsberufe mit Ausbildungsverpflichtung

Die Ausbildungsverpflichtung soll für die nicht-universitären Gesundheitsberufe im Bereich der Pflege und Betreuung gelten, die in direktem Kontakt zu Patientinnen, Bewohnern und Klientinnen stehen. Es geht also um jene Gesundheitsberufe, die im Rahmen einer Berufslehre oder eines berufsbegleitenden Lehrgangs an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule erlernt werden. Dazu gehören:

- **Sekundarstufe II (Lehrberufe)**
 - Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales (AGS) EBA
 - Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) EFZ
 - Fachfrau/Fachmann Gesundheit mit Berufsmaturität (BM) EFZ
 - Fachfrau/Fachmann Betreuung Fachrichtung Betagtenbetreuung (FaBe) EFZ
 - Fachfrau/Fachmann Betreuung Fachrichtung Betagtenbetreuung (FaBe) mit BM EFZ
- **Höhere Fachschule**
 - Biomedizinische Analytikerin/Analytiker (BMA) HF
 - Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF
 - Medizin Technische Radiologie Assistentin/Assistent (MTRA) HF
 - Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF

- Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter HF
- **Fachhochschule**
 - Ergotherapeutin/Ergotherapeut FH
 - Ernährungsberaterin/Ernährungsberater FH
 - Hebamme/Geburtshelfer FH
 - Pflegefachfrau/Pflegefachmann FH
 - Physiotherapeutin/Physiotherapeut FH
- **Nachdiplomstudien**
 - Fachfrau/Fachmann Anästhesiepflege NDS
 - Fachfrau/Fachmann Intensivpflege NDS
 - Fachfrau/Fachmann Notfallpflege NDS

Abkürzungen

EBA	Eidgenössisches Berufsattest (Anlehre)
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (Lehre)
BM	Berufsmatura
HF	Höhere Fachschule
FH	Fachhochschule
NDS	Nachdiplomstudium

Universitäre Gesundheitsberufe (Ärztin, Zahnarzt, Chiropraktin, Apotheker) werden von der Ausbildungsverpflichtung nicht erfasst, da deren Ausbildungsgänge von den Universitätskantonen angeboten werden. Praktika und Assistenzzeit können dagegen insbesondere in Spitälern im Aargau absolviert werden, die dafür vom Kanton im Rahmen der sog. gemeinwirtschaftlichen Leistungen eine Abgeltung pro Ausbildungsstelle erhalten. Auch im Rahmen der Praxisassistenz und des Hausarzt-Curriculums finanziert der Kanton einen Anteil der praktischen Weiterbildung der Ärzteschaft, um den Assistenzärzten an den Aargauer Spitälern die vielseitige, interessante und selbständige Tätigkeit in der Hausarztpraxis näher zu bringen und sie dafür zu motivieren.

Der Einfachheit halber wird in diesem Bericht der Begriff "Gesundheitsberufe" verwendet. Es sind dabei stets die nicht-universitären Gesundheitsberufe gemeint.

3.5 Wie viel muss ausgebildet werden? – Ermittlung des Ausbildungspotenzials

Als Standard für die Ausbildungsverpflichtung gilt nicht der eigentliche Ausbildungsbedarf, sondern primär das Ausbildungspotenzial, also die Antwort auf die Frage: Wie viele Ausbildungsleistungen muss ein Betrieb im Durchschnitt erbringen können?

Für jeden Leistungserbringer wird anhand der angestellten Gesundheitsfachpersonen (Stellenplan) das Ausbildungspotenzial im jeweiligen Gesundheitsberuf ermittelt. Ein Leistungserbringer wird dabei lediglich für jene Berufe zu Ausbildungsleistungen verpflichtet, in welchen er ausgebildetes Personal beschäftigt. Die Ausbildungsleistungen werden in Ausbildungspunkten bemessen, wobei die Ausbildungstätigkeit in komplexen Berufsfeldern mit einer höheren Punktzahl abgegolten wird als jene in einfacheren Berufen. Aufgrund der Anzahl Vollzeitstellen im jeweiligen Gesundheitsberuf wird für jeden Leistungserbringer ein Ausbildungspunkte-Soll festgelegt.

Das Ausbildungspotenzial im jeweiligen Gesundheitsberuf wurde in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erarbeitet. Mitgewirkt haben namentlich der Verband Aargauischer

Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA), der Spitex-Verband Aargau und Vertretungen verschiedener Leistungserbringer, zusammen mit dem Departement Gesundheit und Soziales (DGS), dem Departement Bildung, Kultur und Sport (BKS) sowie der OdA GSAG. Die OdA GSAG hat bei 15 verschiedenen Leistungserbringern im Kanton Aargau eine Analyse der aktuellen Ausbildungstätigkeit vorgenommen und diese Daten zusammen mit den Leistungserbringern analysiert. Dieses Vorgehen zeigte einerseits die aktuell erbrachten Ausbildungsleistungen pro Beruf und das von den Verantwortlichen eingeschätzte, weitergehende Ausbildungspotenzial auf. Schliesslich wurde pro Beruf das Ausbildungspotenzial (sog. Standardwert) festgelegt. Nähere Angaben und ein Beispiel finden sich im Anhang.

3.6 Handlungsspielraum der Leistungserbringer

3.6.1 Freie Wahl der Anzahl Ausbildungsplätze pro Beruf im Betrieb

Es soll jedem Leistungserbringer selber überlassen werden, in welchen Berufen er wie viele Personen ausbildet. So kann sich ein Betrieb entscheiden, in der einen Berufsgruppe mehr auszubilden und dafür in einer anderen weniger. Massgeblich für die Erfüllung der Ausbildungsverpflichtung ist nicht die Erfüllung des Ausbildungspotenzials pro Beruf, sondern über alle Berufe des Betriebs betrachtet. Es kommt also alleine auf die Erfüllung der festgelegten Gesamtpunktzahl an. Dieser Handlungsspielraum sollte über alle Leistungserbringer hinweg zu einem Ausgleich führen, so dass gewisse Betriebe mehr in den Nachwuchs des Berufs X und andere mehr in den Nachwuchs des Berufs Y investieren.

3.6.2 Ausbildungsverbund und Möglichkeit des Einkaufs von Ausbildungsleistungen bei anderen Leistungserbringern im Kanton

Es können gute Gründe bestehen, wieso ein Leistungserbringer die verfügte Ausbildungsleistung nicht im eigenen Betrieb erfüllen kann. So kann es je nach Aus- oder Weiterbildung Module und Praktika geben, die aufgrund des Angebots oder der Struktur des Betriebs nicht (alleine) erbracht werden können, sondern nur gemeinsam mit einem anderen. Auch bestehen Betriebe, die in spezialisierten Gebieten tätig sind, die sich nicht zur Aus- oder Weiterbildung eignen. Und schliesslich existieren Kleinbetriebe, insbesondere kleine Spitexorganisationen, die keine oder nur wenige Ausbildungsplätze anbieten können. Den verpflichteten Leistungserbringern soll daher die Handlungsfreiheit belassen werden, entweder selber auszubilden oder (einen Teil) der verfügten Ausbildungsleistung bei einem anderen Leistungserbringer im Kanton einzukaufen. Auch können bestehende oder neue Ausbildungsverbünde benützt bzw. eingegangen werden. Die Modalitäten (inkl. finanzielle Abgeltungen) sind direkt zwischen den Beteiligten zu regeln.

Einerseits besteht das von der OdA GSAG betriebene Ausbildungsnetz, das insbesondere Kleinbetrieben hilft, Lehrstellen anzubieten. Die OdA GSAG übernimmt die gesamte Administration der Anstellung (inkl. Lohnadministration und Sozialversicherungen) und entlastet den Ausbildungsbetrieb durch die Übernahme der Ausbildungsplanung und –organisation. Sie unterstützt zudem die Berufsbildner im Betrieb und ist Kontaktpartner für die Berufsfachschule und die Erziehungsberechtigten. Auf der anderen Seite existieren auch Ausbildungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern, so etwa zwischen einer spezialisierten Spitexorganisation (Kinderspitex, ambulante Onkologiepflege) und einer Klinik. Aufgrund des speziellen Leistungsauftrags und der unregelmässigen Auftragslage kann die Kinderspitex keine umfassende Ausbildung anbieten. Die Spitexorganisation bietet

für Lernende der Klinik Spezialpraktika an, die jeweils zwei Wochen dauern und zweimal im Jahr angeboten werden. Dadurch kann sie 10% ihres Ausbildungs-Solls leisten. Die restlichen 90% werden bei der Klinik eingekauft.

3.7 Bonus-Malus-System

Zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung ist ein Bonus-Malus-System vorgesehen. Leistungserbringer, welche das Ausbildungspunkte-Soll nicht erreichen, haben einen Malus (Ersatzabgabe) in eine Spezialfinanzierung einzubezahlen. Daraus können Betriebe, welche das festgelegte Ausbildungspunkte-Soll übertreffen, einen Bonus erhalten. Das System basiert zu 100% auf den einbezahlten Mitteln jener Leistungserbringer, die zu wenige Ausbildungsplätze ausweisen. Es werden keine Steuermittel verwendet. Ein Berechnungsbeispiel mit Erläuterungen befindet sich im Anhang.

3.8 Ersatzabgabe (Malus) und Spezialfinanzierung

Die Erhebung von Maluszahlungen (Ersatzabgabe) bedarf aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genauer Grundlagen im Gesetz (vgl. Kapitel 2 oben). Zur Bewirtschaftung des Bonus-Malus-Systems ist eine zweckgebundene Spezialfinanzierung vorgesehen, die aus Gründen des Finanzrechts ebenso einer gesetzlichen Grundlage bedarf (§ 37 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen [GAF, SAR 612.300] vom 5. Juni 2012).

3.9 Verwendung der verfügbaren Mittel der Spezialfinanzierung

Im Rahmen der verfügbaren Mittel in der Spezialfinanzierung können folgende Beiträge ausgerichtet werden:

- Beiträge an Leistungserbringer, die das Ausbildungspunkte-Soll übertreffen (Bonus)
- Beiträge an die Kosten für überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte
- Beiträge an die Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung

Die Bonuszahlungen wurden bereits erläutert (Kapitel 3.7).

Punktuelle und für den Betrieb spürbare Kostenübernahmen können Anreize schaffen, zusätzliche Ausbildungsstellen zu schaffen. Überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte sind im eidg. Berufsbildungsgesetz vorgesehen und dienen der Vernetzung der praktischen Ausbildung im Lehrbetrieb (1. Lernort) mit der theoretischen Ausbildung in der Berufsschule (2. Lernort). Die Kosten für die Kurstage des 3. Lernorts gehen aktuell zu Lasten der Ausbildungsbetriebe. Insbesondere für kleinere Betriebe fallen die Kosten der obligatorischen Kurstage des 3. Lernorts ins Gewicht. Im Jahr 2012 wurden in den Berufen Assistent/in Gesundheit, Fachfrau/Fachmann Gesundheit und Pflegefachfrau/mann insgesamt 17'048 Kurstage absolviert mit Totalkosten von rund 2.7 Millionen Franken. Die Kurskosten werden den Leistungserbringern von der Veranstalterin dieser Kurse, der OdA GSAG in Rechnung gestellt. Zwecks eines einfachen Vollzugs ist vorgesehen im Rahmen der verfügbaren Mittel, einen (anteilmässigen) Kantonsbeitrag an die OdA GSAG auszurichten. Die Kurskosten für die Leistungserbringer vermindern sich entsprechend.

Nachhol- und Weiterbildungskurse werden sowohl von privaten, wie auch von öffentlichen Bildungsinstitutionen angeboten. Diese Angebote werden entweder von den Teilnehmenden oder deren Arbeitgeber finanziert. Es ist vorgesehen, Beiträge an solche Kurse im Rahmen

der verfügbaren Mittel direkt an die Bildungsinstitutionen zu entrichten, damit die entsprechenden Kurskosten für vorgenannte Zahler sinken.

3.10 Selbstregulierung

Eine Selbstregulierung innerhalb der Branche scheiterte bisher daran, dass gewisse Leistungserbringer nicht daran teilnehmen wollten. Um dieses Trittbrettfahrerproblem zu lösen, gelangte sie an den Kanton mit dem Anliegen, eine gesetzliche Ausbildungsverpflichtung mitsamt Umsetzungssystem (Bonus-Malus) für alle Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen einzuführen.

Bestehen dereinst genügend Ausbildungsplätze oder treffen die Leistungserbringer im Rahmen eines Verbands selber geeignete Massnahmen zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen (Selbstregulierung), dann kann der Regierungsrat die gesetzliche Ausbildungsverpflichtung und das gesetzliche Bonus-Malus-System wieder ausschalten, ohne dass dafür eine Gesetzesrevision nötig wäre. Im Rahmen der Selbstregulierung sind Leistungserbringer ohne Verbandsmitgliedschaft gesetzlich verpflichtet, sich der Selbstregulierung des Verbands anzuschliessen.

Zu Einzelheiten siehe den Kommentar zu § 40h GesG unten.

4 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

§ 40b

Ausbildungsverpflichtung

¹ Der Regierungsrat sorgt in Zusammenarbeit mit den Verbänden für die Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen und fördert die Weiterbildung in den nicht-universitären Gesundheitsberufen (Gesundheitsberufe).

² Folgende Leistungserbringer sind nach Massgabe ihres Ausbildungspotenzials zur praktischen Ausbildung verpflichtet:

- a) Spitäler,
- b) stationäre Pflegeeinrichtungen,
- c) Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex),
- d) ambulante Pflegeeinrichtungen mit Angebot Tages- oder Nachtstrukturen.

³ Der Regierungsrat bezeichnet durch Verordnung die Gesundheitsberufe, die einer Ausbildungsverpflichtung unterstehen.

⁴ Er kann die Ausbildungsverpflichtung nach Anhörung der Berufsverbände auf weitere Personen beziehungsweise Betriebe mit Berufs- oder Betriebsbewilligung gemäss diesem Gesetz ausdehnen.

Siehe hierzu auch die Ausführungen in den Kapiteln 3.2 – 3.4 oben.

Absatz 1

Dieser Grundsatz entspricht inhaltlich der Strategie 22 der GGpl 2010. Herausgestellt wird, dass der Regierungsrat für die Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen *in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Verbänden* sorgt.

Absatz 2

Bei der Ausbildungsverpflichtung der in Absatz 2 aufgeführten Leistungserbringer wird jeweils auf die Betriebsbewilligung abgestellt:

- Spitäler: Betriebsbewilligung nach § 8a des Spitalgesetzes (SpiG) vom 25. Februar 2003
- Pflegeheime: Betriebsbewilligung nach § 6 PflG
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex): Betriebsbewilligung nach § 25 Abs. 1 lit. c GesG
- ambulante Pflegeeinrichtungen mit Angebot Tages- oder Nachtstrukturen: Betriebsbewilligung nach § 6 Abs. 8 PflG

Absatz 3

Eine aktuelle Auflistung der Gesundheitsberufe mit Ausbildungsverpflichtung enthält Kapitel 3.4. Der Regierungsrat überprüft diese Liste periodisch.

Absatz 4

Bei einem Personalmangel in weiteren ambulanten Bereichen (Bsp. Arztpraxen, Apotheken) kann der Regierungsrat nach Anhörung der Berufsverbände die Ausbildungsverpflichtung ausdehnen (Bsp. medizinische Praxisassistenten, Pharma-Assistenten). Ein zeitnahes Handeln des Regierungsrats auf dem Verordnungsweg innert ca. 6 Monate ist zur Sicherung der kantonalen Gesundheitsversorgung unabdingbar. Eine Gesetzesrevision würde zu lange dauern (ca. 2 Jahre).

§ 40c

Ausbildungspotenzial, Soll-Ausbildungsleistung und Erfüllungsmöglichkeiten

¹ Der Regierungsrat legt durch Verordnung das Ausbildungspotenzial im jeweiligen Gesundheitsberuf fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere:

- a) kantonale Versorgungsplanung,
- b) Anzahl Ausbildungsplätze in Referenzbetrieben,
- c) Rekrutierungspotenzial,
- d) Struktur und Leistungsangebot der Betriebe der Leistungserbringer,
- e) Vergleich mit Vorgaben anderer Kantone.

² Aus versorgungspolitischen Gründen kann der Regierungsrat die Ausbildungsleistung in einzelnen Gesundheitsberufen höchstens doppelt gewichten.

³ Die zuständige kantonale Behörde legt für jeden Leistungserbringer anhand der Anzahl Vollzeitstellen die Soll-Ausbildungsleistung fest.

⁴ Jeder Leistungserbringer kann frei entscheiden, in welchen Gesundheitsberufen er wieviele Personen ausbildet.

⁵ Die Soll-Ausbildungsleistung wird im eigenen Betrieb oder von einem beauftragten Leistungserbringer im Kanton Aargau erbracht.

Siehe dazu die Ausführungen in den Kapiteln 3.5 und 3.6 oben.

Absatz 1

Bei der generellen Festlegung des Ausbildungspotenzials im jeweiligen Gesundheitsberuf sind insbesondere folgende Kriterien massgebend:

- a) die Bedarfshochrechnungen der kantonalen Versorgungsplanung im Spital- und Langzeitbereich
- b) Anzahl Ausbildungsplätze in Referenzbetrieben: insbesondere Erhebung der OdA GSAG vom Mai 2011 in vier Spitälern, einer psychiatrischen Klinik, zwei Rehabilitationskliniken, vier Pflegeheimen und vier Spitex-Organisationen jeglicher Grösse im Kanton Aargau
- c) Rekrutierungspotenzial: abhängig von Berufswahl und Grösse der aktuellen Jahrgänge von Lernenden
- d) Struktur und Leistungsangebot des Betriebs: Typ, Angebotsstruktur, Umfang der Angebote
- e) Vergleich mit den Vorgaben anderer Kantone: insbesondere der Kantone Bern und Zürich

Zur Ermittlung des Ausbildungspotenzials siehe die Ausführungen in Kapitel 3.5 und im Anhang.

Absatz 2

Sollten dereinst in gewissen Gesundheitsberufen zu wenig Personen ausgebildet werden, so kann der Regierungsrat die Ausbildungsleistung in diesen Berufen mit einer maximal doppelt so hohen Punktzahl gewichten, um entsprechende Anreize zu setzen, insbesondere in diesen Berufen Ausbildungsstellen anzubieten.

Absatz 3

Das DGS legt für jeden Leistungserbringer anhand der Vollzeitstellen im jeweiligen Gesundheitsberuf die Soll-Ausbildungsleistung mittels Verfügung fest. Pro Gesundheitsberuf im Stellenplan wird das Ausbildungspunkte-Soll festgelegt. Verfügt wird schliesslich eine Gesamtpunktzahl, die pro Kalenderjahr erreicht werden muss. Ein Beispiel findet sich im Anhang.

Absätze 4 – 5

Es steht dem Leistungserbringer frei, mit welchen Ausbildungsstellen er die verfügte Gesamtpunktzahl erreichen will. Möchte er in einzelnen Berufen keine Lehrlinge beschäftigen, so kann er diesen Umstand mit der Ausbildungstätigkeit in anderen Berufen kompensieren, um die verfügte Gesamtpunktzahl zu erfüllen. Zudem kann er die Ausbildungsleistung auch im Verbund mit anderen erbringen oder sie bei einem anderen Leistungserbringer im Kanton Aargau einkaufen. Siehe auch Kapitel 3.6 oben.

§ 40d

Ersatzabgabe (Malus)

- ¹ Unterschreitet ein Leistungserbringer die Soll-Ausbildungsleistung, hat er auf der durchschnittlichen Differenz zwischen Soll- und Ist-Ausbildungsleistung der letzten drei Jahre eine Ersatzabgabe (Malus) in die Ausbildungsverpflichtungskasse gemäss § 40f einzubezahlen. Die Höhe der Ersatzabgabe entspricht 200 – 300 Prozent der durchschnittlichen Ausbildungskosten im jeweiligen Gesundheitsberuf.
- ² Die Ersatzabgabepflicht entfällt, wenn die Differenz gemäss Absatz 1 einen Toleranzwert nicht überschreitet.
- ⁴ Der Regierungsrat legt durch Verordnung fest:

- a) die prozentuale Höhe der Ersatzabgabe,
- b) die durchschnittlichen Ausbildungskosten im jeweiligen Gesundheitsberuf,
- c) den Toleranzwert von maximal 10 Prozent.

Absatz 1

Leistungserbringer, welche die festgelegte Ausbildungsleistung nicht erreichen, haben im Umfang der Differenz zwischen verfügbarer Soll- und tatsächlich erbrachter Ausbildungsleistung (Ist-Ausbildungsleistung) eine Ersatzabgabe zu bezahlen (Malus).

Bei der Berechnung der Differenz wird auf den Durchschnitt der letzten drei Jahre abgestellt (gleitender Dreijahresdurchschnitt), da die meisten Ausbildungsgänge drei Jahre dauern. Dadurch lassen sich gewisse natürliche Schwankungen in der Anzahl Lernende im Betrieb ausgleichen. Dies ist insbesondere bei Kleinbetrieben wichtig, da andernfalls in einem "schlechten" Jahr eine Ersatzabgabe fällig würde, obwohl in den vorangehenden oder folgenden Jahren mehr als nötig ausgebildet wurde. Das Abstellen auf einen Durchschnitt ermöglicht es, jährliche Spitzen auszugleichen und ist insbesondere für Leistungserbringer von Bedeutung, die ihre Ausbildungstätigkeit erst aufbauen.

Die Höhe der Ersatzabgabe bemisst sich nach den durchschnittlichen Netto-Ausbildungskosten im jeweiligen Gesundheitsberuf. Der Faktor der Ersatzabgabe beträgt zwischen 200% – 300% dieser Kosten, um einen genügend starken Anreiz zur Ausbildung zu setzen. Leistungserbringer, die nicht oder zu wenig ausbilden, müssen demnach zwei- bis dreimal so viel bezahlen, wie wenn sie (genügend) ausbilden würden. Der Regierungsrat legt den Faktor so fest, dass einerseits für die Leistungserbringer ein genügend starker Anreiz zur Ausbildung besteht und andererseits die Spezialfinanzierung ein möglichst ausgeglichenes Einnahmen-Ausgaben-Verhältnis aufweist (vgl. § 40f).

Ein Berechnungsbeispiel findet sich im Anhang.

Absatz 2

Es können gute Gründe bestehen, wieso ein Leistungserbringer die Soll-Ausbildungsleistung nicht erbringen kann. In diesen Fällen ist trotz nicht gänzlicher Erfüllung der Ausbildungsleistung keine Ersatzabgabe geschuldet. Ein Toleranzwert von maximal 10 Prozent berücksichtigt insbesondere folgende Umstände:

- Entwicklung der Zahl der Lehrstellensuchenden: insbesondere abhängig von der Grösse des Jahrgangs und dem Anteil an Schulabgängerinnen und –abgänger, die eine Mittelschule (Kantonsschule, FMS etc.) besuchen.
- Entwicklung der Zahl der Studierenden in Gesundheitsberufen an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule
- Ausbildungsabbrüche

Es handelt sich dabei um eher kurzfristige Entwicklungen, die nicht vorhergesehen werden können und/oder unverschuldet sind. Verändert sich etwa das Rekrutierungspotenzial in einem Gesundheitsberuf auf Dauer, so kann der Regierungsrat das entsprechende Ausbildungspotenzial neu festsetzen (vgl. § 40c Absatz 1).

Absatz 3

Dieser Absatz zeigt auf, welche Berechnungswerte zum Vollzug der Regelung vom Regierungsrat festzulegen sind.

§ 40e

Bonus und weitere Beiträge an Ausbildungs- und Weiterbildungskosten

¹ Aus der Ausbildungsverpflichtungskasse gemäss § 40f werden von der zuständigen kantonalen Behörde im Rahmen der verfügbaren Mittel folgende weitere Beiträge ausgerichtet:

- a) Beiträge an die Ausbildungskosten (Bonus) für Leistungserbringer, welche die Soll-Ausbildungsleistung übertreffen,
- b) Beiträge an die Kosten für überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte,
- c) Beiträge an die Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung,
- d) weitere Beiträge im Rahmen des Zwecks gemäss § 40b Absatz 1.

² Der Regierungsrat legt durch Verordnung eine Prioritätenordnung fest.

Absatz 1

Leistungserbringer, deren Ist-Ausbildungsleistung höher liegt als die verfügte Soll-Ausbildungsleistung erhalten im Rahmen der verfügbaren Mittel einen Bonus ausbezahlt. Reichen die vorhandenen Mittel nicht aus, werden die Bonuszahlungen anteilmässig ausbezahlt. Im Anhang findet sich ein Berechnungsbeispiel.

Nach Auszahlung der Bonuszahlungen können im Rahmen der verfügbaren Mittel weitere Beiträge an die Ausbildungskosten der Leistungserbringer aus der Spezialfinanzierung entrichtet werden:

- Beiträge an die Kosten für überbetriebliche Kurse und vergleichbare dritte Lernorte
- Beiträge an die Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung
- weitere Beiträge im Rahmen des Zwecks gemäss § 40b Absatz 1

Siehe hierzu bereits die Ausführungen in Kapitel 3.7 und 3.9 oben.

Absatz 2

Grundsätzlich soll gelten, dass in erster Linie die bonusberechtigten Leistungserbringer einen (anteilmässigen) Beitrag aus der Ausbildungsverpflichtungskasse erhalten. Verbleiben nach Auszahlung der Boni noch Mittel in der Spezialfinanzierung, so können weitere Beiträge ausgeschüttet werden. Der Regierungsrat legt dazu eine Prioritätenordnung fest.

§ 40f

Ausbildungsverpflichtungskasse

¹ Es wird eine Spezialfinanzierung gemäss § 37 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) vom 5. Juni 2012 mit der Bezeichnung Ausbildungsverpflichtungskasse geführt.

² Einnahmen der Ausbildungsverpflichtungskasse sind die geleisteten Ersatzabgaben (Malus) gemäss § 40d Abs. 1.

³ Ausgaben der Ausbildungsverpflichtungskasse sind die Bonuszahlungen und weitere Beiträge an Ausbildungs- und Weiterbildungskosten gemäss § 40e.

⁴ Der Vollzugsaufwand wird im Rahmen der verfügbaren Mittel der
Ausbildungsverpflichtungskasse belastet.

⁵ Besteht in drei aufeinanderfolgenden Rechnungsjahren ein positiver Saldo von mehr als Fr. 5
Mio., kann der Regierungsrat die prozentuale Höhe der Ersatzabgabe (Malus) gemäss § 40d
Abs. 1 auf unter 200% festlegen.

Absatz 1

Die eingenommenen Mittel (Ersatzabgaben, Malus) sollen zweckentsprechend verwendet werden, weshalb eine Spezialfinanzierung nach § 37 GAF einzurichten ist. Es sollen jeweils nur die gesammelten Mittel der Ersatzabgaben wieder zweckentsprechend ausgegeben werden. Die Spezialfinanzierung kann sich also nicht verschulden und ihr Guthaben wird auch nicht verzinst (vgl. § 37 Abs. 2 und 3 GAF). Maluszahlungen sind somit immer zu leisten, währenddem Boni nur im Rahmen der verfügbaren Mittel ausbezahlt werden. Das Bonus-Malus-System wird alleine von den Leistungserbringern finanziert. Allgemeine Steuermittel werden – im Gegensatz zur Lösung anderer Kantone – nicht eingesetzt.

Absätze 2 – 3

Wie bei anderen Spezialfinanzierungen des Kantons üblich, werden die Einnahmen und Ausgaben überblicksmässig dargestellt (vgl. die Strassenrechnung in §§ 5 – 7 des Gesetzes über die National- und Kantonsstrassen und ihre Finanzierung [Strassengesetz] vom 17. März 1969, SAR 751.100).

Absatz 4

Der anfallende Aufwand zur Umsetzung des Systems der Ausbildungsverpflichtung und des Bonus-Malus-Systems wird – im Rahmen der verfügbaren Mittel – der Spezialfinanzierung belastet. Diese Ausgabe ist vorrangig gegenüber allen Bonuszahlungen und weiteren Beiträgen gemäss § 40e.

Absatz 5

Um auf Dauer ein ausgeglichenes Einnahmen-Ausgaben-Verhältnis sicherzustellen, kann insbesondere die genaue prozentuale Höhe des Malus in einer Bandbreite von 200 – 300% vom Regierungsrat festgelegt werden (vgl. § 40d Absatz 1). Sollte der Bestand der Spezialfinanzierung in drei aufeinanderfolgenden Rechnungsjahren nach Abzug des Administrativaufwands (Absatz 4), der Boni und der weiteren Beiträge gemäss § 40e einen Saldo von mehr als 5 Millionen Franken aufweisen, so kann der Regierungsrat (vorübergehend) die prozentuale Höhe des Malus auf einen Wert unter 200% senken. Die Anreizwirkung zur Ausbildungstätigkeit gegenüber dem "freiwilligen" Bezahlen des Malus soll aufrechterhalten bleiben, womit die prozentuale Höhe des Malus ein gewisses Mass nicht unterschreiten sollte.

§ 40g

Sanktionen

¹ Bei wiederholter erheblicher Unterschreitung der festgelegten Ausbildungsleistung kann die zuständige kantonale Behörde:

- a) den Leistungsauftrag eines Spitals, Geburtshauses oder einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Spital- und Pflegeheimliste sistieren oder kündigen;
- b) die zuständige Gemeinde der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex)

oder der ambulanten Pflegeeinrichtung mit Angebot Tages- oder Nachtstrukturen über diesen Umstand informieren. Die Gemeinde trifft geeignete Massnahmen.

Wer nicht oder zu wenig Gesundheitsfachpersonen ausbildet, bezahlt eine Ersatzabgabe, womit in aller Regel ein genügend starker Anreiz für die Leistungserbringer besteht, entsprechende Ausbildungsanstrengungen zu unternehmen oder sich diese Leistungen einzukaufen. Vereinzelt kann es allerdings Leistungserbringer geben, die auch nach Einführung der Ausbildungsverpflichtung keine oder deutlich zu wenig Anstrengungen unternehmen. Als letzte Sanktionsmassnahme soll – insbesondere aus präventiver Sicht – die Möglichkeit bestehen, Leistungserbringer, die über mehrere Jahre hinweg die festgelegte Ausbildungsleistung deutlich unterschreiten, von der Spital- beziehungsweise Pflegeheimliste zu streichen oder ihre Leistungsaufträge vorübergehend zu sistieren. Die Sistierung des Leistungsauftrags beziehungsweise die gänzliche Streichung einer Institution von der Liste hat zur Folge, dass keine Leistungen mehr über die Grundversicherung nach dem eidg. Krankenversicherungsgesetz abgerechnet werden können. Diese Sanktionsmöglichkeit kommt nur in Ausnahmefällen in Betracht. Zudem muss die Versorgung durch andere geeignete Leistungserbringer sichergestellt sein.

Die Sistierung des Leistungsauftrags oder die Streichung von der Spital- oder Pflegeheimliste ist nur bei Spitälern und Pflegeheimen möglich. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) und ambulante Pflegeeinrichtungen mit Angebot Tages- oder Nachtstrukturen werden als ambulante Leistungserbringer nicht auf der Pflegeheimliste geführt. Als zusätzliche Sanktionsmöglichkeit kommt daher nur eine entsprechende Information des Kantons an die zuständige Gemeinde in Frage. Die Gemeinden sind für die Planung und Sicherstellung der ambulanten Versorgung nach Pflegegesetz zuständig und schliessen soweit erforderlich entsprechende Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern ab (§ 11 Abs. 1 und 4 PflG). Die Gemeinde kann nun etwa die Vertragsverlängerung von der Erfüllung der Ausbildungspflicht abhängig machen, die Leistungsvereinbarung aufkündigen und einen anderen Leistungserbringer beauftragen, der seiner Ausbildungspflicht nachkommt. Letztere Möglichkeit ist erst von Belang, wenn sich private Anbieter etabliert haben und eine echte Wahl besteht.

Der Entzug der Betriebsbewilligung als Sanktionsmöglichkeit wurde geprüft, jedoch verworfen. Es besteht kein rechtsgenügender Zusammenhang zwischen den mit der Bewilligung verfolgten gesundheitspolizeilichen Interessen und der Ausbildungsverpflichtung. Die Nichterfüllung der Ausbildungsverpflichtung bedeutet noch keine Gefährdung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise der öffentlichen Gesundheit, solange genügend ausgebildetes Personal angestellt ist.

§ 40h

Selbstregulierung

¹ Bestehen genügend Ausbildungsplätze in den Gesundheitsberufen oder treffen zur Ausbildung verpflichtete Leistungserbringer gemäss § 40b im Rahmen eines Verbands selber geeignete Massnahmen zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen (Selbstregulierung), kann der Regierungsrat die Anwendung der §§ 40b-g aussetzen.

² Leistungserbringer ohne Verbandsmitgliedschaft sind verpflichtet, an der Selbstregulierung

teilzunehmen. Der Verband schliesst mit dem Leistungserbringer einen Vertrag ab und kann einen Unkostenbeitrag für den Vertragsabschluss und die Durchführung der Selbstregulierung erheben.

³ Nötigenfalls verfügt die zuständige kantonale Behörde den Beitritt zur Selbstregulierung.

⁴ Erweist sich die Umsetzung der Selbstregulierung im Hinblick auf die Zielsetzung von § 40b Abs. 1 als nicht genügend, kann der Regierungsrat nach Anhörung der Verbände die §§ 40b-g wieder zur Anwendung bringen.

Eine Selbstregulierung innerhalb der Branche scheiterte bisher daran, dass gewisse Leistungserbringer nicht daran teilnehmen wollten. Um dieses Trittbrettfahrerproblem zu lösen, gelangte sie an den Kanton mit dem Anliegen, eine gesetzliche Ausbildungsverpflichtung für alle Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen einzuführen.

Absatz 1

Bestehen dereinst genügend Ausbildungsplätze oder treffen die Leistungserbringer im Rahmen eines Verbands selber geeignete Massnahmen zur Sicherstellung einer genügenden Anzahl von Ausbildungsplätzen, so kann der Regierungsrat die gesetzliche Ausbildungsverpflichtung aussetzen und das Bonus-Malus-System wieder ausschalten. Als Selbstregulierungsmassnahme ist insbesondere ein Bonus-Malus-System – wie oben ausgeführt – denkbar, aber auch weitere gleich geeignete Massnahmen sind möglich.

Absatz 2

Trifft ein Verband für die ihm angeschlossenen Leistungserbringer Selbstregulierungsmassnahmen zur Sicherstellung von genügend Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen, so kann das sog. Trittbrettfahrerproblem entstehen. Auch Nichtverbandsmitglieder profitieren von der Ausbildungstätigkeit von Verbandsmitgliedern und können deren ausgebildetes Personal nach erfolgreicher Ausbildungszeit ohne weitere Kostenfolge abwerben und einstellen. Damit auch Nichtverbandsmitglieder ihren Beitrag an die Ausbildung des Nachwuchses der gesamten Branche leisten (durch Ausbildung oder einen finanziellen Beitrag), sollen auch sie zur Teilnahme an der Selbstregulierung verpflichtet werden. Konkret sind sie verpflichtet mit dem Verband einen privatrechtlichen Vertrag abzuschliessen, der den Beitritt zur Selbstregulierung im Rahmen des Verbands und die Rechte und Pflichten regelt. Selbstregulierungsmassnahmen kombiniert mit einer Teilnahmepflicht (Kontrahierungspflicht) bestehen auf Bundesebene insbesondere in der Finanzbranche. Beispiele:

- Pflicht einer Bank, sich an der "Einlagensicherung der Banken und Effektenhändler" esisuisse zu beteiligen. Die Selbstregulierung der Banken sichert den Schutz von Kundenvermögen bis zu Fr. 100'000.- pro Kunde.
Art. 37h des Bankengesetzes (BankG) vom 8. November 1934
- Selbstregulierung der Finanzbranche im Bereich der Geldwäschereibekämpfung
Art. 24 ff. des Geldwäschereigesetzes (GWG) vom 10. Oktober 1997

Eine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrags (Kontrahierungspflicht) besteht unter anderem in diesen Bereichen:

- Transportpflicht im öffentlichen Verkehr
Art. 12 des Bundesgesetzes über die Personenbeförderung (PBG) vom 20. März 2009
- Gewährung des Zugangs für andere Telekommunikationsanbieter, insbesondere durch die Swisscom ("letzte Meile", Interkonnektionspflicht)
Art. 11 des Fernmeldegesetzes (FMG) vom 30. April 1997
- Pflicht des Verursachers einer unzulässigen Wettbewerbsbeschränkung zum Abschluss eines Vertrags zu marktgerechten oder branchenüblichen Bedingungen
Art. 13 lit. b des Kartellgesetzes (KG) vom 6. Oktober 1995

Diese Auflistung zeigt, dass die Pflicht zur Teilnahme an einer Selbstregulierung ein anerkanntes Mittel darstellt, um das sog. Trittbrettfahrerproblem zu lösen. Auch im Bereich der Ausbildung in den Gesundheitsberufen haben grundsätzlich alle zur Branche gehörenden Leistungserbringer ein Interesse an einem funktionierenden Ausbildungsmarkt und an der Sicherung des aktuell und künftig notwendigen Berufsnachwuchses, weshalb auch vorliegend eine Pflicht zur Teilnahme an der Selbstregulierung der Branche sachgemessen ist.

Verbandsmitglieder beteiligen sich im Rahmen der Mitgliederbeiträge an den Unkosten der Selbstregulierung. Nichtverbandsmitglieder können vom Verband verpflichtet werden, einen Unkostenbeitrag für den Vertragsabschluss und die Durchführung der Selbstregulierung zu bezahlen. Das Nähere ist im Vertrag zwischen dem Verband und dem entsprechenden Nichtverbandsmitglied zu regeln. Bei Streitigkeiten aus diesem privatrechtlichen Vertrag ist der zivilprozessuale Rechtsweg einzuschlagen.

Absatz 3

Entstehen zwischen einem Branchenverband und einem Nichtverbandsmitglied betreffend Beitritt zur Selbstregulierung Streitigkeiten, so kann das zuständige Departement nötigenfalls den Beitritt zur Selbstregulierung verfügen. Gegen diesen Entscheid steht der ordentliche Rechtsmittelweg nach Verwaltungsrechtspflegegesetz zur Verfügung.

Absatz 4

Im umgekehrten Sinn soll der Regierungsrat die gesetzliche Ausbildungsverpflichtung und das Bonus-Malus-System wieder aktivieren können, sollte die Selbstregulierung scheitern oder die versorgungsrelevante Sicherstellung einer genügenden Anzahl von Gesundheitsfachpersonen verfehlen. Der Regierungsrat hört zuvor die Meinung der massgebenden Verbände an.

§ 56b

Ausbildungsverpflichtung

¹ Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Differenz zwischen Soll- und Ist-Ausbildungsleistung der letzten drei Jahre gemäss § 40d Abs. 1 gilt folgende Übergangsregelung:

- a) Jahr 2013: 1/3 der Soll-Ausbildungsleistung,
- b) Jahr 2014: 2/3 der Soll-Ausbildungsleistung.

Als Übergangsbestimmung ist in Einklang mit der aktuellen Regelung im regierungsrätlichen Ausbildungsreglement eine Regelung für die Einführungsphase vorzusehen. Bei der Berechnung des Malus/Bonus wird auf den gleitenden Dreijahresdurchschnitt der Differenz zwischen festgelegter und tatsächlich erbrachter Ausbildungsleistung abgestellt (vgl. § 40d Absatz 1). Bei der erstmaligen Berechnung des Bonus/Malus im Jahr 2016 (nach Inkrafttreten der vorliegenden Gesetzesrevision) werden demnach die Ausbildungsleistungen der Jahre 2013, 2014 und 2015 in die Berechnung miteinbezogen. In den Einführungsjahren 2013 und 2014 gelten in Einklang mit dem aktuellen Ausbildungsreglement abgestufte Ziele, um den Leistungserbringern genügend Zeit zum Ausbau bzw. Aufbau ihrer Ausbildungstätigkeit zu geben. So ist im Jahr 2013 erst 1/3 der eigentlich geforderten Ausbildungsleistung zu erbringen, um keinen Malus bezahlen zu müssen. Im Jahr 2014 liegt die Grenze bei 2/3. Ab dem Jahr 2015 ist die volle Ausbildungsleistung zu erbringen.

Siehe hierzu das Berechnungsbeispiel im Anhang.

5 Auswirkungen

5.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Mit der Schaffung der gesetzlichen Grundlagen im Gesundheitsgesetz werden die bereits bestehenden Grundlagen im Pflegegesetz und in der Spitalverordnung ersetzt und gleichzeitig optimiert. Die bisher fehlende Rechtsgrundlage für die Ersatzabgabe des Bonus-Malus-Systems wird auf Gesetzesstufe eingeführt.

Zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung und des Bonus-Malus-Systems fallen folgende Aufgaben beim Kanton an, die teilweise an eine externe Organisation vergeben werden können:

- Jährliche Datenerhebungen (Stellenpläne, Ausbildungsleistung), Berechnung des Ausbildungspotenzials pro Leistungserbringer, Abrechnung der erbrachten Ausbildungsleistungen
- Auswertung der erhobenen Daten
- Beobachtung des Ausbildungsmarkts
- Erstellung eines Jahresberichts inkl. Statistiken
- Ausstellen von Verfügungen: Festlegung Ausbildungspunkte-Soll, ev. Ersatzabgabe (Malus) oder Bonus festlegen
- Inkasso der Ersatzabgaben
- Auszahlung der Bonuszahlungen und weiterer Beiträge
- Verwaltung der Spezialfinanzierung, Controlling

Zusätzlich zu den bisherigen Aufwänden der vom DGS beauftragten OdA GSAG wird mit Inkrafttreten des Bonus-Malus-Systems mit einem Zusatzaufwand von rund 40 Stellenprozent gerechnet, welcher im Rahmen der verfügbaren Mittel der Spezialfinanzierung belastet wird (vgl. § 40f GesG). Zu den Aufgaben gehören insbesondere die Administration und fachliche Begleitung des Vollzugs der Ausbildungsverpflichtung, insbesondere Berichterstattung und Kommunikation, Systemcontrolling, Verfassen von Verfügungen, Administration der Spezialfinanzierung, der Prozesse sowie die Mittelverwendung.

5.2 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Mit der Ausbildungsverpflichtung wird der bereits manifeste und die drohende Zuspitzung des Mangels an Pflegepersonal abgeschwächt, die nachhaltige Leistungserbringung potentiell gestärkt und damit auch die Grundversorgungssicherheit (vgl. § 41 Kantonsverfassung).

5.3 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Mit der Ausbildungsverpflichtung wird der bereits manifeste und die drohende Zuspitzung des Mangels an Pflegepersonal abgeschwächt und die nachhaltige Leistungserbringung potentiell gestärkt. Die Zweckgebundenheit der in die Spezialfinanzierung einbezahlten Mittel für die Ausbildungsleistung wird definiert und der Verbleib der Gelder im Kreislauf der Leistungserbringer für Ausbildungszwecke sichergestellt.

5.4 Auswirkungen auf die Gemeinden

Die Gemeinden sind zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitversorgung. Mit der Ausbildungsverpflichtung wird der bereits manifeste und die drohende Zuspitzung des Mangels an Pflegepersonal abgeschwächt und die nachhaltige Leistungserbringung potentiell gestärkt.

Die Gemeinden sind gemäss § 12a-d Pflegegesetz für die Finanzierung der Pflege zu Hause und gemäss §§ 14 und 14a für die Pflegekosten in stationären Pflegeeinrichtungen zuständig. Die Ausbildungsleistungen sind als anrechenbare Kosten der Leistungserbringung zu werten. Bei der stationären Leistungserbringung und bei den ambulanten Leistungserbringern ohne Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden werden die Ausbildungskosten in die Berechnung der Normkosten für die kantonalen Tarifordnungen (Anhang 2 und 3 zur Pflegeverordnung) eingerechnet. Gleiches gilt für die individuellen Leistungsvereinbarungen zwischen Gemeinden und Spitexorganisationen. Ausbildungsleistungen verursachen nicht nur Kosten, sondern auch zusätzlichen Nutzen. In der dritten Kosten-Nutzen-Erhebung der dualen Bildungsgänge wurden die Lehrverhältnisse des Jahres 2009 untersucht. Neben Daten aus über 2500 Ausbildungsbetrieben wurden auch Daten von rund 10 000 nicht ausbildenden Betrieben ausgewertet. Dabei bestätigt die Erhebung die Ergebnisse aus den beiden Vorgängerstudien insofern, als Lernende für die ausbildenden Betriebe in der Schweiz schon während der Lehrzeit einen Nettonutzen erzielen. Dieser summierte sich im Jahr 2009 über alle Lehrverhältnisse gerechnet auf Fr. 474 Mio. bei Bruttoinvestitionen von Fr. 5.35 Mia. seitens der Unternehmen. Erstmals wurden 2009 mit den Ausbildungen Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe), sowie Fachfrau/Fachmann Betreuung (FaBe) auch Berufe im Gesundheitswesen analysiert und für beide Ausbildungen ein Nettonutzen nachgewiesen. Insofern lassen sich die finanziellen Auswirkungen für die Gemeinden noch nicht beziffern. Die Vermutung liegt aber nahe, dass sich Nutzen und Aufwand die Waage halten werden.

5.5 Auswirkungen auf die Beziehungen zum Bund und zu anderen Kantonen

Keine.

V Teil D: Herausgabe der Obduktionsberichte an Amtsärzte

§ 31

Obduktion

- ¹ Eine Obduktion kann durchgeführt werden, wenn ihr die verstorbene Person zugestimmt hat.
- ² Liegt keine Willensäußerung der verstorbenen Person vor, ist die Zustimmung der zu ihrer Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigten Person einzuholen.
- ³ Eine Obduktion kann gegen den Willen der zustimmungsberechtigten Personen vorgenommen werden, wenn sie
 - a) zur näheren Abklärung der Todesursache zwingend notwendig ist,
 - b) die zuständige Behörde im Interesse der öffentlichen Gesundheit anordnet.
- ⁴ Vorbehalten bleibt die Gesetzgebung über die Strafrechtspflege.
- ^{4bis} Die Staatsanwaltschaft ist berechtigt, Amtsärztinnen und Amtsärzte Einsicht in die Obduktionsgutachten der von diesen durchgeführten Leichenschauen zu geben.
- ⁵ Absatz 1 und 2 gelten auch für die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nach dem Tod zu Forschungszwecken.

Bei aussergewöhnlichen Todesfällen nehmen die Amtsärztinnen und Amtsärzte die Leichenschau vor. In gewissen Fällen ordnet die Staatsanwaltschaft nach der Leichenschau die Obduktion an. Die Obduktionsgutachten werden der Staatsanwaltschaft erstattet. Sie sind Bestandteil der Strafverfahrensakten. Seitens der Amtsärztinnen und Amtsärzte wurde zwecks Qualitätssicherung und Weiterbildung das Anliegen auf Einsicht in die Obduktionsgutachten der von ihnen durchgeführten Leichenschauen vorgebracht. Die Staatsanwaltschaft unterstützt diesen Wunsch. Die Staatsanwaltschaft erachtet es als sehr sinnvoll, wenn die Amtsärztinnen und Amtsärzte ihre Tätigkeit als Leichenschauer anhand der später erstellten Obduktionsgutachtens zwecks Qualitätssicherung und Weiterbildung überprüfen können. Mangels gesetzlicher Grundlage in der Strafprozessordnung (StPO) bzw. im Einführungsgesetz zur schweizerischen Strafprozessordnung (EG StPO) ist die Staatsanwaltschaft jedoch nicht befugt, den Amtsärztinnen und Amtsärzten Einsicht in die die Obduktionsgutachten zu geben.

Mittels einer Ergänzung des Gesundheitsgesetzes soll die dafür notwendige Rechtsgrundlage geschaffen werden. Da die Zustellung des Gutachtens an die Amtsärztinnen und Amtsärzte in erster Linie die Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung bezweckt und sie damit ihrer Weiterbildung dient, erweist sich eine Regelung im Gesundheitsgesetz als sachgerecht.

VI Teil E: Aufhebung von § 30 GesG (Forschung)

§ 30 GesG regelt die Rechte der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit Forschung. In der Botschaft 08.141 zur Totalrevision des Gesundheitsgesetzes wurde darauf hingewiesen, dass dieser Regelung lediglich Übergangscharakter zukomme bis zum Inkrafttreten des Verfassungsartikels und des Bundesgesetzes über die Forschung am Menschen.

Am 30. September 2011 hat das eidgenössische Parlament auf der Grundlage des neuen Art. 118b der Bundesverfassung (in Kraft seit 8. März 2010) das Bundesgesetz über die

Forschung am Menschen (Humanforschungsgesetz, HFG) verabschiedet. Es tritt am 1. Januar 2014 in Kraft.

Die in § 30 GesG enthaltenen Bestimmungen sind neu im HFG (insbesondere Art. 10, 16 und 21 ff.) geregelt. Dies hat zur Folge, dass die bislang auf kantonaler Ebene bestehende Normierung in § 30 GesG ersatzlos aufgehoben werden kann.

Weiteres Vorgehen (Zeitplan)

Das weitere Vorgehen sieht wie folgt aus:

Wann	Was
10. Januar – 9. April 2014	Anhörungsverfahren
April - September 2014	Auswertung der Anhörung und Überarbeitung Gesetzesentwurf sowie Erstellung Botschaft 1. Beratung mit anschliessendem Mitberichtsverfahren
Oktober 2014	Genehmigung Botschafts- und Gesetzesentwurf 1. Beratung durch Regierungsrat
November/Dezember 2014	1. Beratung in GSW und im GR
April 2015	Genehmigung Botschafts- und Gesetzesentwurf 2. Beratung durch Regierungsrat
Mai – Juni 2015	2. Beratung GSW und GR
August 2015	Redaktionskommission
September – November 2015	Referendumsfrist
01. Januar 2016	Inkrafttreten

Beilagen

- Gesetzesentwurf vom 4. Dezember 2013 (5 Synopsen – Teile A, B, C, D und E)
- Fragebogen

Anhang

1. Messgrösse des Ausbildungspotenzials: Der Standardwert

Die OdA GSAG hat bei 15 verschiedenen Leistungserbringern im Kanton Aargau eine Analyse des Ausbildungspotenzials vorgenommen. In einem ersten Schritt wurde die aktuelle Ausbildungsleistung in den einzelnen Gesundheitsberufen erhoben. In einem zweiten Schritt wurden die Ergebnisse mit den betreffenden Leistungserbringern mündlich validiert und sodann ihre Qualität überprüft (Plausibilisierung). Dieses Vorgehen zeigte einerseits die aktuell erbrachten Ausbildungsleistungen pro Beruf und das von den Verantwortlichen eingeschätzte Ausbildungspotenzial auf. Schliesslich wurde ein sog. Standardwert berechnet. Ausgehend von den Rahmenlehrplänen wurde die effektive Anwesenheitszeit im Betrieb ermittelt und in Ausbildungswochen pro Jahr ausgedrückt. Beispielsweise ist eine Lernende Fachfrau Gesundheit (FaGe) ohne Berufsmaturität durchschnittlich während 31.6 Wochen effektiv im Betrieb, was bei den ausgebildeten Angestellten einen entsprechenden Ausbildungs- und Betreuungsaufwand verursacht. Aufgrund der oben beschriebenen Analyse des Ausbildungspotenzials und der Anzahl effektiv im Betrieb verbrachter Ausbildungswochen kann ein Standardwert ermittelt werden. Der Standardwert bezeichnet die Anzahl der Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle und Jahr im entsprechenden Beruf. Ein Standardwert von 11.5 für den Beruf FaGe ohne Berufsmaturität bedeutet, dass pro 100%-Stelle im Betrieb ein durchschnittliches Ausbildungspotenzial von 11.5 Ausbildungswochen vorhanden ist. Ist eine Lernende wie oben ausgeführt durchschnittlich 31.6 Wochen effektiv im Betrieb, so können auf rund 3 ausgebildete FaGe eine Lehrstelle angeboten werden:

Beispiel: Fachangestellte Gesundheit (FaGe) ohne Berufsmatura	
effektive Anwesenheitszeit des Lehrlings im Betrieb	31.6 Wochen
Ausbildungspotenzial pro Vollzeitstelle (Standardwert)	11.5 Wochen
	$31.6 / 11.5 = 2.75$ Vollzeitstellen für 1 Lehrstelle

2. Berechnung des Bonus bzw. Malus mit Beispiel

Das Resultat für einen allfälligen Bonus bzw. Malus eines Leistungserbringers wird über vier Schritte erreicht. Nachfolgend ein Berechnungsbeispiel anhand einer fiktiven Institution:

- a) Verteilschlüssel für die Berufe der Pflege und Betreuung
- b) Anzahl Stellen / Berechnung der Soll-Punkte
- c) Ausbildungsleistung / Berechnung der Ist-Punkte
- d) Berechnung des gleitenden 3-Jahresdurchschnitts

a) Verteilschlüssel für die Berufe der Pflege und Betreuung

Im Beispiel des Pflegeheims sind 12.2 Stellen im Bereich Pflege und Betreuung besetzt. Diese Angestellten besitzen zumeist Ausbildungstitel, die es heute nicht mehr gibt (u.a. Spitalgehilfin, Pflegerin, Allgemeine Krankenpflege [AKP], Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes [FA SRK], Kinderwöchnerinnen Säuglingspflege [KWS],

Psychiatrische Krankenpflege [PsyKP], Krankenschwester mit Diplommiveau I und II). Aus diesem Grund müssen die Stellen im Bereich der Pflege und Betreuung mit einem prozentualen Schlüssel auf die heutzutage geltenden Ausbildungslehrgänge und -titel verteilt werden.

Berufe der Pflege und Betreuung	Verteilschlüssel	Beispiel Pflegeheim Stellenaufteilung
AGS	10%	1.220
FaGe/FaBe Regelausbildung	45% (40%/5%)	4.880 0.610
FaGe/FaBe Regelausbildung mit Berufsmatura (BM)	5% (4%/1%)	0.488 0.122
FaGe/FaBe Erwachsene	10% (8%/2%)	0.976 0.244
Pflege HF	25%	3.050
Pflege FH	5%	0.610
Total	100%	12.200

b) Anzahl Stellen / Berechnung der Soll-Punkte

Berechnung der Soll-Punkte mit folgender Formel:

$$\text{Vollzeitstellen} \times \text{Standardwert} \times \text{Gewichtung} \times \text{Normansatz} = \text{Soll-Punkte}$$

Definitionen

- Standardwert: Anzahl Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle und Jahr (Ausbildungspotenzial, siehe auch oben Ziffer 1)
- Gewichtung: ev. Gewichtung der Ausbildungsleistung um Anreize zu setzen, vor allem in diesen Berufen auszubilden. Aktuell werden alle Berufe gleich gewichtet (1.0)
- Normansatz: durchschnittliche Nettoausbildungskosten pro Ausbildungswoche (Bruttoausbildungskosten – Nutzwert des Lernenden im Betrieb)

	Vollzeitstellen	X Standardwert	X Gewichtung	X Normansatz	= Soll-Punkte
AGS	1.220	11.5	1.0	142	1'992.26
FaGe Regelausbildung	4.880	11.5	1.0	155.3	8'715.44
FaGe Regelausbildung mit BM	0.490	11.5	1.0	378.7	2'125.26
FaGe Erwachsene	0.976	11.5	1.0	87	976.49
FaBe Regelausbildung	0.610	11.5	1.0	155.3	1'089.43

FaBe Regelausbildung mit BM	0.122	11.5	1.0	378.7	531.32
FaBe Erwachsene	0.244	11.5	1.0	87	244.12
Pflege HF	3.050	11.5	1.0	300	10'522.50
Pflege FH	0.610	11.5	1.0	450	3'156.75
Physiotherapeut/ Physiotherapeutin FH	0.3	8	1.0	300	720.00
Total	12.500				30'073.57

c) Ausbildungsleistung / Berechnung der Ist-Punkte

Berechnung der Ist-Punkte mit folgender Formel:

Anzahl Ausbildungsstellen X geleistete Ausbildungswochen X Gewichtung X Normansatz = Ist-Punkte

Definitionen

Gewichtung: ev. Gewichtung der Ausbildungsleistung um Anreize zu setzen, vor allem in diesen Berufen auszubilden. Aktuell werden alle Berufe gleich gewichtet (1.0)

Normansatz: durchschnittliche Nettoausbildungskosten pro Ausbildungswoche (Bruttoausbildungskosten – Nutzwert des Lernenden im Betrieb)

Pflege und Betreuung	Anzahl Ausbildungsstellen	X geleistete Ausbildungswochen	X Gewichtung	X Normansatz	= Ist-Punkte
AGS	2	36.5	1.0	142	10'366.00
FaGe Regelausbildung	-	-	-	-	-
FaGe Regelausbildung mit BM	1	24.4	1.0	378.7	9'240.28
FaGe Erwachsene	1	34.3	1.0	87	2'984.10
FaBe Regelausbildung	-	-	-	-	-
FaBe Regelausbildung mit BM	-	-	-	-	-
FaBe Erwachsene	-	-	-	-	-
Pflege HF	-	-	-	-	-
Pflege FH	-	-	-	-	-
Physiotherapeut FH Physiotherapeutin FH	-	4	1.0	300	1'200

Pflege und Betreuung	Anzahl Ausbildungsstellen	X geleistete Ausbildungswochen	X Gewichtung	X Normansatz	= Ist-Punkte
Total					23'790.38

d) Berechnung des gleitenden 3-Jahres-Durchschnitts / Bonus oder Malus

Bei diesem Schritt wird dem Punkte-Soll die Berechnung der effektiv geleisteten Ist-Punkte gegenübergestellt. Diese Berechnung zeigt, zum besseren Verständnis, einen unveränderten Soll- und Ist-Zustand des Betriebes über die aufgeführten Jahre hinweg.

In den Einführungsjahren der Ausbildungsverpflichtung gilt Folgendes (vgl. § 56b GesG):

- Im Jahr 2013 muss 1/3 der geforderten Ausbildungsleistung erfüllt sein,
- Im Jahr 2014 muss 2/3 der geforderten Ausbildungsleistung erfüllt sein,
- Ab dem Jahr 2015 muss die Ausbildungsleistung zu 100% erfüllt sein.

Die Berechnung des Bonus/Malus erfolgt auf der Punktedifferenz der drei letzten Jahre (gleitender Dreijahresdurchschnitt) als Berechnungsperiode wie folgt (vgl. § 40d Abs. 1 GesG):

	2013	2014	2015	2016	2017
Soll-Punkte	30'074	30'074	30'074	30'074	30'074
Ist-Punkte	23'790	23'790	23'790	23'790	23'790
Sollerreichung (1/3)	10'025				
Sollerreichung (2/3)		20'049			
Sollerreichung (3/3)			30'074	30'074	30'074
Differenz (IST-Punkte ./ Sollerreichung)	13'766	3'741	-6'283	-6'283	-6'283
Gleitender 3 Jahresschnitt			3'741	-2'942	-6'283
Malus 300%				-8'825	-18'850

Im Abrechnungsjahr 2016 (Berechnungsperiode 2013 – 2015) erhält unsere fiktive Institution eine Bonuszahlung von Fr. 3'741.- aus der Spezialfinanzierung ausbezahlt, soweit genügend Mittel vorhanden sind (vgl. § 40d Abs. 2 GesG).

Im Abrechnungsjahr 2017 (Berechnungsperiode 2014 – 2016) hat sie eine Maluszahlung von Fr. 2'942.- zu leisten.

Die Erfüllung von 100% der Ausbildungsleistung ist ab 2018 geschuldet (Berechnungsperiode 2015 – 2017), da dazumal kein Einführungsjahr 2013/2014 mehr in die Berechnung des gleitenden Dreijahresschnitts fällt. Daher muss unsere fiktive Institution im Abrechnungsjahr 2018 (Berechnungsperiode 2015 – 2017) Fr. 6'283.- in die Spezialfinanzierung einbezahlen. Um nicht weiterhin Maluszahlungen leisten zu müssen, sollte sie mehr Ausbildungsstellen schaffen. Dazu kann sie auf die rat- und tatkräftige Unterstützung durch die OdA GSAG zählen.