



**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

25. Oktober 2018

ANHÖRUNGSBERICHT

Spitalgesetz (SpiG); Totalrevision

Inhaltsverzeichnis	
Abkürzungen	4
Wichtigste Begriffe	6
Grundlagen der Spitalfinanzierung	8
Von der Totalrevision betroffene Erlasse	9
Zusammenfassung	10
1. Ausgangslage	12
1.1 Einführung	12
1.2 Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung	12
1.3 Entwicklungen im Gesundheitswesen	12
1.3.1 Medizinisch-technischer Fortschritt.....	13
1.3.2 Neue Versorgungsmodelle	14
1.3.3 Digitalisierung.....	15
1.3.4 Gesundheitsförderung und Prävention	16
1.3.5 Fehlanreize	16
1.3.6 Baumol's cost disease	17
1.4 Nutzen des Gesundheitswesens	17
1.5 Kosten des Gesundheitswesens.....	18
1.5.1 Leistungskosten nach KVG.....	18
1.5.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	19
1.5.3 Interkantonaler Kostenvergleich	20
1.5.4 Fehlender Sparwille bei den Einwohnerinnen und Einwohnern	20
1.6 Rollenkonflikt	21
1.7 Politisches Umfeld.....	21
1.8 Vision: Spitallandschaft 2035	22
2. Handlungsbedarf	25
2.1 Solldefinition	25
2.2 Notwendigkeit einer Totalrevision	27
2.3 Beizug von Experten	28
3. Umsetzung	29
3.1 Zielvorstellungen	29
3.2 Spitalbewilligungen	29
3.2.1 Ausgangslage	29
3.2.2 Bewilligungspflicht für alle Spitalstandorte.....	29
3.2.3 Bewilligungsvoraussetzungen.....	30
3.3 Versorgungsplanung und Spitallisten	31
3.4 Massnahmen zur Kostendämpfung	33
3.4.1 Anknüpfungspunkte	34
3.4.2 Ambulant vor Stationär	34
3.4.3 Mitfinanzierung der ambulanten sektorsierten Psychiatrie	36
3.4.4 Indikationsqualität	38
3.4.5 Pilotnorm	39
3.4.6 Controlling	40
3.4.7 Einbezug von Expertengruppen.....	41
3.5 Spitalsteuer	42
3.6 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	42
3.6.1 Verankerung der Finanzierungsmöglichkeit	42
3.6.2 Verzicht auf eine obligatorische Ausschreibung	43

3.7 Bodengebundenes Rettungswesen	43
3.7.1 Ausgangslage	43
3.7.2 Bewilligungspflicht.....	43
3.7.3 Verpflichtung zum Rettungsdienst	44
3.7.4 Planungskompetenz für Primärtransporte	44
3.7.5 Verzicht auf die Regelung zur Luftrettung	44
3.8 Verwaltungsmassnahmen.....	45
3.9 Kantonseigene Spitäler	46
3.9.1 Ausgangslage	46
3.9.2 Beteiligungsverhältnisse	46
3.9.3 Organisation.....	48
4. Verhältnis zur mittel- bis langfristigen Planung	51
4.1 Bezug zum Aufgaben- und Finanzplan.....	51
4.2 Bezug zum Reformmodul "finanzierbare Spitalversorgung"	51
4.3 Bezug zum Entwicklungsleitbild	51
5. Erläuterungen zu einzelnen Paragrafen.....	52
5.1 Allgemeine Bestimmungen	52
5.2 Bewilligung von Spitälern	56
5.3 Versorgungsplanung	58
5.4 Kostendämpfungsmassnahmen	63
5.5 Bodengebundenes Rettungswesen	66
5.6 Kantonseigene Spitäler / kantonale Spitäler	68
5.7 Weitere Bestimmungen.....	70
5.8 Übergangs- und Schlussbestimmungen	74
5.9 Fremdänderungen.....	76
5.9.1 Gesundheitsgesetz	76
5.9.2 Pflegegesetz	80
5.9.3 Steuergesetz	80
5.10 Fremdaufhebung.....	80
5.11 Inkrafttreten	80
6. Auswirkungen.....	81
6.1 Personeller Ressourcenbedarf für die Umsetzung des Projekts	81
6.2 Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton.....	81
6.2.1 Bereich Spitalversorgung.....	81
6.2.2 Bereich Versorgungsplanung und Spitallisten	81
6.2.3 Bereich sektorisierte Versorgung.....	81
6.2.4 Bereich Eigentümerschaft.....	81
6.2.5 Verhältnis zur mittel- und langfristigen Planung	82
6.3 Auswirkungen auf das Reformmodul "finanzierbare Spitalversorgung"	82
6.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft.....	83
6.5 Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	84
6.6 Auswirkungen auf die Umwelt.....	85
7. Zeitplan Umsetzung; Meilensteine	85

Abkürzungen

AFP	Aufgaben- und Finanzplan
Basis-PCGs	Psychiatrische Basis-Kostengewichte
BV	Schweizerische Bundesverfassung (SR 101)
CMI	Case Mix Index
DRG	Diagnosis Related Groups oder deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen
EKG	Elektrokardiogramm
ELS 144	Einsatzleitstelle 144
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (SR 816.1)
GAF	Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (SAR 612.300)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GesG	Gesundheitsgesetz (SAR 301.100)
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
GOPS	Geschützte Operationsstellen
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
ICD	Diagnose- und Behandlungscodes
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31)
KNZ	Kantonale Notrufzentrale
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
KV	Verfassung des Kantons Aargau (SAR 110.000)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
MIVAG	Masterplan Integrierte Versorgung Aargau
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten (engl.: noncommunicable diseases)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (umgänglich: Krankenkasse)
PCG-RL	Richtlinie zur Public Corporate Governance
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
PfIG	Pflegegesetz (SAR 301.200)
PwC	PricewaterhouseCooper

SNZ 144	Sanitätsnotrufzentrale 144
SpiG	Spitalgesetz (SAR 331.200)
Spiliv	Verordnung über die Spitalliste (SAR 331.215)
SpiV	Spitalverordnung (SAR 331.212)
ST Reha	Geplante Tarifstruktur Rehabilitation
StG	Steuergesetz (SAR 651.100)
TARMED	tarif médical (franz. für Ärztetarif)
Tarpsy	Tarifstruktur Psychiatrie
VBOB	Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (SAR 311.121)
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Wichtigste Begriffe

Ambulante Behandlung	Eine Behandlung gilt als ambulant, wenn sie für die Patientin oder den Patienten nicht mit einer Übernachtung im Spital verbunden ist.
Baserate	Bei der Baserate handelt es sich um einen Basistarif. Um den Betrag zu berechnen, der einem Spital für einen bestimmten stationären Fall effektiv vergütet wird, wird die Baserate mit dem Kostengewicht einer Behandlung multipliziert (siehe auch SwissDRG).
CMI	Der Case Mix Index (CMI) beschreibt den durchschnittlichen Schweregrad der während eines Jahres abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals. Er ergibt sich aus der Summe der Kostengewichte sämtlicher in einem Jahr behandelten Fälle eines Spitals. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den CMI.
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: Zweck der Konferenz ist es, die Zusammenarbeit der 26 Kantone sowie zwischen diesen, dem Bund und wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens zu fördern. Die Entscheide der Konferenz haben für ihre Mitglieder und die Kantone den Stellenwert von Empfehlungen.
Grundversorgung	Die medizinische Grundversorgung orientiert sich generell am üblichen Bedarf der Bevölkerung nach Behandlung, Pflege und Betreuung. Es geht dabei um präventive und kurative Leistungen, aber auch um Rehabilitation und Palliative Care. Leistungen der Grundversorgung werden erfahrungsgemäss von einem Grossteil der Bevölkerung oder von bestimmten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen. Sie müssen ausreichend und allen zugänglich sein.
GWL	Die Kantone können Spitäler und die übrigen Gesundheitsversorger für die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), welche über die KVG-pflichtigen Leistungen hinausgehen, finanziell entschädigen. Was gemeinwirtschaftliche Leistungen sind, wird indes vom KVG nicht abschliessend definiert. Im Kanton Aargau werden den Spitälern zum Beispiel für die Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten, die Umsetzung der sektorisierten psychiatrischen Versorgung oder die Umsetzung von Kinderschutzmassnahmen Gelder zugesprochen.
Indikationsqualität	In Indikationen verbinden Ärztinnen/Ärzte den klinischen Zustand einer Patientin/eines Patienten mit der inneren Wahl einer Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode in Hinblick auf ein definiertes Behandlungsziel. Damit beinhaltet sie alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung und Bewertung der Situation der Patientin/des Patienten einerseits und den daraus resultierenden ärztlichen Handlungsoptionen andererseits. Die Indikationsqualität umfasst die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen.
Kantoneigene Spitäler	Als kantonseigene Spitäler gelten im vorliegenden Kontext die Kantonsspital Aarau AG, die Kantonsspital Baden AG und die Psychiatrische Dienste Aargau AG.
Listenspital	Bei einem Listenspital handelt es sich um ein Spital, das sich auf einer kantonalen Spitalliste befindet. Dieses Spital darf Leistungen zulasten der Krankenkassen und des Wohnsitzkantons der Patientin oder des Patienten abrechnen. Bei der Kantonsspital Aarau AG oder dem Universitätsspital Zürich handelt es sich beispielsweise um Listenspitäler.
Referenztarif	Wählt eine Person aus nicht medizinischen Gründen für ihre Behandlung ein Spital, welches nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, so übernimmt der Wohnkanton maximal den vom Kanton festgelegten Referenztarif.
Sektorisierte Versorgung	Unter sektorisierter Versorgung wird im vorliegenden Kontext verstanden, dass ein

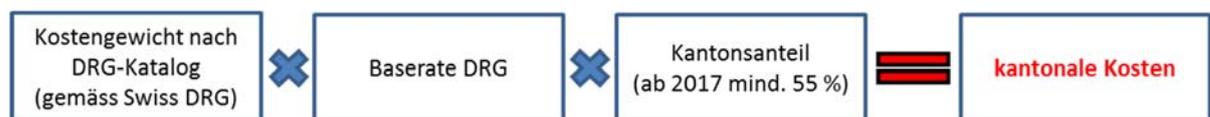
	<p>Leistungsanbieter oder mehrere Leistungserbringer gemeinsam sämtliche Angebote im Bereich der Psychiatrie komplett abdecken. Also beispielsweise ambulante, teilstationäre, stationäre oder aufsuchende Angebote anbieten und so den gesamten Behandlungsprozess einer Patientin oder eines Patienten optimal gestalten können.</p>
Stationäre Behandlung	<p>Eine Behandlung gilt als stationär, wenn sie für die Patientin oder den Patienten mit einer Übernachtung im Spital verbunden ist.</p>
SwissDRG	<p>SwissDRG (DRG= Diagnosis Related Groups oder deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) ist ein Patientenklassifikationssystem, das Patientinnen und Patienten anhand von Kriterien wie der Diagnosen, den notwendigen Behandlungen und dem Alter, in möglichst homogene Gruppen einteilt. Den Gruppen werden dann jeweils Kostengewichte zugeordnet.</p>
Vertragsspital	<p>Bei einem Vertragsspital handelt es sich um ein Spital, das zwar über eine Spitalbewilligung verfügt, sich aber nicht auf einer kantonalen Spitalliste befindet. Sofern es dem betreffenden Spital gelingt, einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abzuschliessen, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ebenfalls 45 % der Behandlungskosten. Der Kantonsanteil entfällt und wird vom Krankenversicherer über eine Zusatzversicherung oder von der Patientin oder vom Patienten selbst finanziert. Dies im Unterschied zu den Listenspitälern. Im Kanton Aargau gibt es derzeit keine Vertragsspitäler. Im Kanton Zürich handelt es sich zum Beispiel bei der Klinik Bethanien um ein Vertragsspital.</p>

Grundlagen der Spitalfinanzierung

a) Akutsomatik

Unter die Akutsomatik fallen Spitaldienstleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. In der Akutsomatik erfolgt die Vergütung über das System der Swiss DRG. Dabei wird jeder Fallgruppe ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Je höher ein Kostengewicht ist, desto schwieriger und komplexer ist der entsprechende Eingriff. Um den Preis für einen konkreten Spitalaufenthalt zu ermitteln, wird das Kostengewicht des Falls mit dem zwischen Spital und Versicherer vereinbarten oder durch den Kanton festgesetzten Tarif (Baserate) und schliesslich mit dem kantonalen Finanzierungsanteil multipliziert. Daraus ergibt sich der Betrag, welcher vom Kanton zu leisten ist.

Abbildung 1: Kostenermittlung Akutsomatik



Das unterschiedliche Kostengewicht aufgrund von Alter, Begleiterkrankungen und Komplikationen lässt sich anhand des Beispiels einer Blinddarmentfernung aufzeigen:

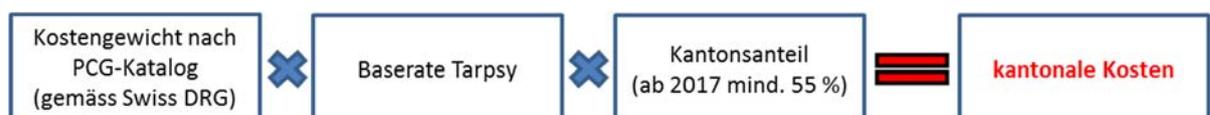
Abbildung 2: Kostengewichte bei Blinddarmentfernung

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht	Mittlere Verweildauer
G22A	Appendektomie bei Peritonitis mit schweren CC und Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,986	9,2
G22B	Appendektomie bei Peritonitis oder äusserst schweren CC, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,08	5,8
G22C	Appendektomie, mehr als ein Belegungstag	0,664	2,6
G22D	Appendektomie, ein Belegungstag	0,551	1,0

b) Psychiatrie

In der Psychiatrie ist per 1. Januar 2018 eine neue Tarifstruktur eingeführt worden (TARPSY). Die Patientenaufenthalte beziehungsweise Fälle werden dabei in sogenannte psychiatrische Basis-Kostengruppen (Basis-PCGs) unterteilt. Dieses Kostengewicht wird wiederum mit der zwischen Spital und Versicherer vereinbarten oder durch den Kanton festgesetzten Baserate und mit dem Kantonsanteil multipliziert. Die neue Tarifstruktur wurde wie in der Akutsomatik durch SwissDRG entwickelt.

Abbildung 3: Kostenermittlung Psychiatrie seit 2018



c) Rehabilitation

In der Rehabilitation lassen sich die Kosten aufgrund von Tagesstarifen ermitteln. Der Tagesstarif wird mit der Anzahl Behandlungstage und dem Kantonsanteil multipliziert.

Abbildung 4: Kostenermittlung Rehabilitation



Auch im Bereich der Rehabilitation ist auf nationaler Ebene die Einführung eines neuen Tarifsystems vorgesehen (ST Reha). Die Einführung wird voraussichtlich ab dem Jahr 2020 erfolgen.

Von der Totalrevision betroffene Erlasse

Neben dem Spitalgesetz sind in Gesetzgebungsarbeit folgende Erlasse einzubeziehen:

- Gesundheitsgesetz (GesG, SAR 301.100)
- Pflegegesetz (PflG, SAR 301.200)
- Steuergesetz (StG, SAR 651.100)
- Spitalverordnung (SpiV, SAR 331.212)
- Verordnung über die Spitalliste (SpilIV, SAR 331.215)

Zusammenfassung

Ausgangslage

Auf nationaler Ebene erfolgten in jüngster Vergangenheit grössere Gesetzesanpassungen im Bereich der Spitalversorgung. So wurde im Jahr 2007 das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) teilrevidiert. Die per 1. Januar 2012 umgesetzte neue Spitalfinanzierung hat grossen Einfluss auf die kantonale Gesundheits- und Spitalversorgung und insbesondere deren Finanzierung. Auch in naher Zukunft ist mit Anpassungen auf nationaler Ebene zu rechnen.

Neben dem geänderten Finanzierungssystem tragen Faktoren wie der medizinische Fortschritt, die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung und die erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu den stetig steigenden Gesundheits- und Spitalkosten bei.

Modernisierung und massvolle Regelung

Das aktuelle SpiG bietet dem Kanton zu wenige Handlungsspielräume und Steuerungsmöglichkeiten, um den nationalen und kantonalen Entwicklungen gerecht zu werden. Zudem enthält das aktuelle SpiG viele Bestimmungen, beispielsweise zur Umwandlung der kantonseigenen Spitäler in Aktiengesellschaften, die inzwischen überholt sind und ersatzlos gestrichen werden müssen. Die grosse Anzahl an Anpassungen hat die Durchführung einer Totalrevision notwendig gemacht.

Strikte Bestimmungen sollen dort erlassen werden, wo dies mitunter aus Gründen der Patienten- oder Versorgungssicherheit notwendig ist. Ansonsten sollen dem Kanton und den betroffenen Gesundheitsversorgern Handlungsspielräume offen gelassen oder eröffnet werden, um mit einer angemessenen Flexibilität den auftretenden Herausforderungen im Gesundheits- und Spitalmarkt entgegen treten zu können.

Bisher mussten die Spitäler beispielsweise alle vier Jahre ein Bewerbungsverfahren durchlaufen, um einen Leistungsauftrag des Kantons zu erhalten, was sowohl für die Leistungserbringer als auch den Kanton mit einem grossen administrativen Aufwand verbunden war. Neu sollen die Leistungsaufträge an die Spitäler grundsätzlich auf unbestimmte Dauer erteilt werden, womit auch das periodische Bewerbungsverfahren entfällt. Damit die Versorgungs- und Patientensicherheit dennoch gewährleistet werden kann, wird der Kanton den konkreten Vollzug der Leistungsaufträge überwachen und periodisch die Versorgungsplanung überprüfen. Bei Bedarf werden angemessene Massnahmen ergriffen werden.

Einsparungen dank Massnahmen zur Kostendämpfung

Das totalrevidierte SpiG soll in erster Linie die bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Spitalversorgung sicherstellen. Daneben werden aber auch Massnahmen vorgesehen, um das Kostenwachstum im Spitalbereich einzudämmen. Angesetzt werden soll dabei an der Wurzel des Kostenwachstums, nämlich bei der Menge der erfragten und erbrachten Leistungen.

Einsparungen sollen hauptsächlich dank der vorgesehenen Massnahmen zur Verbesserung der Indikationsqualität und der Erweiterung der Massnahme "ambulant vor stationär" realisiert werden. Mit der Verbesserung der Indikationsqualität sollen Eingriffe erst dann durchgeführt respektive vom Kanton mitfinanziert werden, wenn zuvor gleich zweckmässige aber kostengünstigere Behandlungen (zum Beispiel konservative Therapien) durchgeführt wurden. Durch "ambulant vor stationär" sollen gewisse Behandlungen nicht spitalbedürftiger Patientinnen und Patienten grundsätzlich ambulant und damit deutlich kostengünstiger durchgeführt werden.

Weiter können mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Mitfinanzierung von ambulanten psychiatrischen Angeboten die teureren stationären Strukturen entlastet werden. Eine kantonale Mitfinanzierung kommt nur unter bestimmten Bedingungen in Frage. Zum Beispiel muss eine kos-

tenbasiert ausgewiesene echte Finanzierungslücke bestehen. Dies ist dann der Fall, wenn die Leistungen nicht über den ambulanten Krankentarif (TARMED) entschädigt werden. Mit der Einführung einer Pilotnorm soll es dem Kanton in Zukunft zudem möglich sein, innovative Projekte und Versorgungsmodelle zu unterstützen und so mittel- bis langfristig Einsparungen zu realisieren.

Strategische Holdinggesellschaft als zukünftige Organisationsform

Im Rahmen der Revisionsarbeiten hat sich der Regierungsrat intensiv mit den kantonseigenen Spitälern, deren Rechtsform und Organisation beschäftigt. Er ist zum Schluss gekommen, dass die Beteiligungen an den kantonseigenen Spitäler mittel- bis langfristig in eine strategische Holdinggesellschaft eingebracht werden sollen. Diese übernimmt die strategische Führung sämtlicher Gesellschaften. Die operative Führung hingegen soll weiterhin bei den kantonseigenen Spitälern selbst verbleiben. Schliesslich werden bisherige Bestimmungen, welche die einheitliche Besetzung von Verwaltungsräten verhindert haben, nicht in das totalrevidierte SpiG übernommen. Für den Kanton und die kantonseigenen Spitäler werden so mehr Handlungsspielräume geschaffen.

Hohe Qualität bei vernünftigem Einsatz der Mittel

Mit den vorgesehenen Regelungen und Massnahmen wird es dem Kanton möglich sein, der Kantonsbevölkerung eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten und zwar unter vernünftigem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel.

Die Anhörung dauert bis am 25. Januar 2019. Die erste Beratung der Totalrevision des Spitalgesetzes durch den Grossen Rat ist für Juni 2019 vorgesehen. Das Gesetz soll im Dezember 2019 vom Grossen Rat verabschiedet werden und auf den 1. Juli 2020 in Kraft treten.

1. Ausgangslage

1.1 Einführung

Das zur Totalrevision stehende kantonale Spitalgesetz (SpiG) stammt aus dem Jahr 2003. Seither wurden auf kantonaler Ebene nur geringfügige Anpassungen vorgenommen. Auf nationaler Ebene hingegen erfolgten in jüngster Vergangenheit grössere Gesetzesanpassungen. So wurde im Jahr 2007 das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) teilrevidiert. Die per 1. Januar 2012 umgesetzte neue Spitalfinanzierung hat grossen Einfluss auf die kantonale Gesundheits- und Spitalversorgung und insbesondere deren Finanzierung. Auch in naher Zukunft ist mit Anpassungen auf nationaler Ebene zu rechnen.

Neben dem geänderten Finanzierungssystem tragen auch weitere Faktoren (zum Beispiel der medizinisch-technische Fortschritt, systembedingte Fehlanreize oder die Überalterung) zu den stetig steigenden Gesundheitskosten bei, welche den Kanton vor grosse Herausforderungen stellen.

Das aktuelle Spitalgesetz bietet dem Kanton zu wenig Handlungsspielraum und Steuerungsmöglichkeiten, um den nationalen und kantonalen Entwicklungen gerecht zu werden. Zudem enthält das aktuelle Spitalgesetz viele Bestimmungen, beispielsweise zur Umwandlung der kantonseigenen Spitäler, die inzwischen überholt sind und ersatzlos gestrichen werden können. Die grosse Anzahl an notwendigen Anpassungen erfordert die Durchführung einer Totalrevision.

1.2 Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung

- Dual-fixe Finanzierung von Pauschalen durch Kanton (55 %) und Krankenkassen (45 %) für Behandlungen in öffentlichen und privaten sowie inner- und ausserkantonalen Listenspitälern (freie Spitalwahl)
- Leistungsbezogene Pauschalen, basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen:
 - stationäre akutsomatische Versorgung: SwissDRG
 - stationäre psychiatrische Versorgung: TARPSY
 - stationäre Rehabilitation: ST Reha (voraussichtlich ab 2020)
- Volle Kostendeckung bei Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons oder bei medizinisch induzierte Behandlung in einem ausserkantonalen Listenspital.
- Im Sinne der freien Spitalwahl: Finanzierungspflicht bei freiwilligen ausserkantonalen Behandlungen im Rahmen des Referenztarifs (vor der KVG-Revision kantonale Beteiligung nur für medizinisch induzierte Behandlungen in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern).

Fazit

- Kostenverschiebung zulasten des Kantons im stationären Spitalbereich (Erhöhung des Kantonsanteils von 45 % auf mindestens 55 %)
- Zusätzliche Finanzierung von inner- und ausserkantonalen gelisteten Privatkliniken
- Zusätzliche Finanzierung der Anlagennutzungskosten der Spitäler über den Tarif

1.3 Entwicklungen im Gesundheitswesen

Das Verständnis von Gesundheit hat sich gewandelt. Dies wirkt sich auf die Art und Weise aus, wie die Gesellschaft mit Gesundheit und Krankheit umgeht, welche Versorgungsleistungen sie beansprucht und welche Erwartungen an die Leistungserbringer gestellt werden.

Durch medizinisch-technische Fortschritte können bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eingesetzt werden, sodass Patientinnen und Patienten schonender behandelt werden können.

Daneben sind im Kanton Aargau gewichtige demografische Veränderungen zu erkennen. Aufgrund der Zuwanderung aus anderen Kantonen und dem Ausland wird mit einem bedeutenden Zuwachs der Kantonsbevölkerung in den nächsten Jahren gerechnet. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass der Anteil der alten und hochaltrigen Bevölkerung stark ansteigen wird.

Chronische Krankheiten und Multimorbiditäten (gleichzeitiges Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer einzelnen Person) nehmen zu. Dieser Umstand stellt das Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen. Rund 44 % der Personen ab 85 Jahren leiden an zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Damit einher geht eine steigende Anzahl an komplexen Versorgungssituationen, sowohl aus medizinisch-pflegerischer als auch aus sozialer Sicht.

Die zunehmend mobile Gesellschaft fördert die Verbreitung von Krankheiten und Pandemien. Aufgrund der steigenden Mobilität sind Patientinnen und Patienten heute bereit, für eine stationäre Behandlung längere Wege auf sich zu nehmen. Der Selbstversorgungsgrad bezeichnet den Anteil von Kantonsbewohnerinnen und Kantonsbewohnern, welche sich innerkantonal behandeln lassen. Zwischen den Jahren 2014 und 2016 ist dieser Selbstversorgungsgrad in den akutsomatischen Spitälern des Kantons Aargau leicht gesunken. Ein ähnlicher Trend zeichnet sich im Psychiatriebereich ab. In der Rehabilitation sind die Zahlen hingegen relativ konstant geblieben. Die Zahlen zeigen, dass die Mehrheit der Aargauer Kantonsbevölkerung für ihre stationäre Behandlung zwar nach wie vor ein Aargauer Spital auswählt. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Abwanderung in andere Kantone künftig zunehmen wird.

Die Komplexität der Gesundheitsversorgung nimmt insgesamt zu. Die bereits bestehende hohe Spezialisierung in der Versorgungslandschaft wird erwartungsgemäss ansteigen. Diese Entwicklung kann noch komplexere Verflechtungen unterschiedlicher Leistungserbringer, Unübersichtlichkeiten des Systems und Doppelspurigkeiten bewirken. Für die Patientinnen und Patienten wird es dadurch zusehends schwieriger, sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Angesichts dieser hohen Komplexität ist eine verstärkte Zusammenarbeit und Absprache zwischen den Leistungserbringern dringend angezeigt.

Diese kurzen übergreifenden Ausführungen zeigen, dass sich das Gesundheitswesen der Schweiz in einem starken Wandel befindet. Auch im Kanton Aargau sind entsprechende Veränderungen erkennbar, welche das kantonale Gesundheitssystem beeinflussen und eine Überarbeitung der Spitalgesetzgebung erfordern.

1.3.1 Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt hat einen wesentlichen Einfluss auf die grossen Veränderungen im Gesundheitswesen und insbesondere auf die Kostenentwicklung. Dieser führt dazu, dass Eingriffe vermehrt ambulant durchgeführt werden können und weniger stationäre Behandlungen notwendig sind. In erster Linie hat sich der medizinische Fortschritt in minimalinvasive Operationstechniken und verbesserte Anästhesieverfahren mit geringeren Nebenwirkungen niedergeschlagen. Dies führt zu einer geringeren Belastung der Patientinnen und Patienten, was einen sofortigen Austritt nach der Behandlung möglich macht. Beispielhaft kann dazu der Ablauf bei einem Herzinfarkt aufgeführt werden:

Vor Jahren hat man Herzinfarkte oft rein symptomatisch behandelt und kaum mehr als Schmerzmittel, Sauerstoff und Medikamente gegen Rhythmusstörungen verwendet. Schwere Fälle wurden, in der Regel in der postakuten Phase, einer Bypass-Operation zugeführt, was einen grossen Eingriff mit Eröffnung des Brustkorbs, Entnahme von Venen aus den Beinen für die Bypässe und eine umfassende Rehabilitation bedeutete. Heute erfolgt schon bei Verdacht im Elektrokardiogramm (EKG), eine Darstellung der Herzkranzgefässe mittels Kontrastmittel (Koronar-Angiographie), wenn notwendig Einlage von Stents und eine umfassende medikamentöse Begleitbehandlung. Ein EKG kann

heute besser, schneller und viel einfacher erstellt werden als noch vor 35 Jahren. Für die vorstehend beschriebene Untersuchungs- beziehungsweise Therapie erfolgt der Zugang über eine Arterie, was mit etwas Übung einfach ist und die Patientinnen und Patienten nicht zusätzlich belastet. Diese Art des Vorgehens ist aber nicht nur deutlich teurer und apparativ aufwändiger, es führt auch zu einer deutlich grösseren Menge an Eingriffen. Es ist breit verfügbar, braucht weniger Zeit als eine Operation und es können viel mehr Patientinnen und Patienten damit behandelt werden als mit einer offenen Operation. Denn schwerkranke Menschen würden letztere nicht ohne weiteres ertragen. Bypass-Operationen gibt es für bestimmte Indikationen nach wie vor. Sie sind heute chirurgisch wie anästhesiologisch verfeinert verfügbar.

Auch auf der Kostenseite schlägt sich der medizinische Fortschritt nieder. Zwar können bereits bestehende Heilungsmöglichkeiten durch medizinisch-technische Entwicklungen günstiger bereitgestellt werden. Der technologische Fortschritt führt aber ständig zu neuen Behandlungs- und vor allem Diagnosemöglichkeiten. Oft werden diese in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen und führen somit zu einer höheren Nachfrage.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist der medizinische Fortschritt in vielen Fällen vorteilhaft. Absenzen und längere Spitalaufenthalte können minimiert werden und der Wiedereintritt ins Arbeitsleben erfolgt früher oder es tritt überhaupt keine Arbeitsunfähigkeit ein.

Der medizin-technische Fortschritt hat für die einzelnen Patientinnen und Patienten viele Vorteile. Doch dies hat seinen Preis. Der medizinisch-technische Fortschritt trägt einen wesentlichen Teil zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei.

1.3.2 Neue Versorgungsmodelle

Die Veränderungen im Gesundheitswesen fordern die Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungsmodelle. Als zukunftsweisende und innovative Form der Gesundheitsversorgung gelten Modelle der integrierten Versorgung. Die integrierte Versorgung fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Leistungserbringer (Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte, Spitäler, Pflegeheime, Spitex, Apotheken usw.), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Solche Versorgungskonzepte zeichnen sich durch eine optimale Durchlässigkeit aus. Dadurch können der Informationsfluss verbessert, Leistungen potenziert und Doppelspurigkeiten abgebaut werden. Mit Blick auf einen optimalen Mitteleinsatz legt die integrierte Versorgung ein besonderes Gewicht auf die Pflege von Aussenbeziehungen, Partnerschaften und Kooperationen. Durch mehr Koordination zwischen allen Beteiligten des Gesundheitswesens verbessern sich die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit, die Betreuung wird effizienter und das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimiert. Sowohl die Akut- als auch die Langzeitversorgung können in die integrierte Versorgung einbezogen werden. Eine integrierte Versorgung ermöglicht es sodann, auf die Bedürfnisse der Bevölkerung wohnortsnah einzugehen. Dadurch kann eine möglichst lange Betreuung in der vertrauten Umgebung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.

Im Kanton Aargau haben zahlreiche Versorgungspartner zukunftsweisende Projekte initiiert. Eine Aufstellung findet sich in der Zusammenfassung des Masterplans Integrierte Versorgung Aargau 2014–2017 (MIVAG) auf der Webseite des Departements Gesundheit und Soziales. Dieses Projekt war darauf ausgelegt, die Versorgungspartner für strukturiertere und verbindlichere Zusammenarbeit zu sensibilisieren, zu motivieren und zu befähigen.

Erwähnenswert ist sodann das sogenannte „Hospital @ Home“-Modell, wie es in den USA und Grossbritannien bereits bekannt ist. Bei diesem innovativen Versorgungsmodell sollen (vor allem chronisch kranke) Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause behandelt werden, womit ein kostenintensiver Spitalaufenthalt vermieden wird. Patientinnen und Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild werden dabei direkt auf der Notfallstation angefragt, ob sie eine Spitalbehandlung zu Hause wünschen. Die Pflegefachperson begleitet die Person danach nach

Hause und führt die Notfallpflege durch. Vorgesehen sind tägliche Visiten durch Pflegefachpersonen sowie die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten. In eine ähnliche Richtung geht das „Hometreatment“-Pilotprojekt der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG). Dieses umfasst die Behandlung von schwer und krisenhaft psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld statt in der psychiatrischen Klinik. Die Behandlung wird durch mobile und multi-professionelle Teams, die rund um die Uhr verfügbar sind, vollzogen. Sie erfolgt episodisch und zeitlich begrenzt in akuten Krankheitsphasen und führt zu einer Entlastung der stationären Strukturen.

1.3.3 Digitalisierung

Das Gesundheitswesen sieht sich vermehrt mit Fragen der Digitalisierung und damit zusammenhängend der Problematik des Datenschutzes konfrontiert. Unter dem Begriff „eHealth“ werden alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst. Durch elektronische Mittel sollen die Abläufe im Gesundheitswesen verbessert und die Beteiligten effizienter vernetzt werden. Die Digitalisierung des schweizerischen Gesundheitswesens ist im Gegensatz zu anderen Ländern noch nicht weit fortgeschritten. Eine Untersuchung der Health Tech Cluster Switzerland zeigt, dass die Digitalisierung im Bereich Gesundheit erst zu 39 % vollzogen ist (siehe Bericht Konsumentenstimme Februar 2017, digitales Gesundheitswesen). Dennoch – oder besonders aufgrund dieser Tatsache – ist die Digitalisierung ein wichtiger Aspekt, der künftig noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Da eine verstärkte Digitalisierung aber nicht nur Vorteile, sondern auch Gefahren birgt, ist es notwendig, für die Zukunft geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Der Kanton Aargau befasst sich intensiv mit dieser Thematik.

Als wichtiger Bestandteil der Digitalisierung im Gesundheitsbereich ist das elektronische Patientendossier (EPD) zu nennen. Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1) regelt die Rahmenbedingungen für die Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers und trat am 15. April 2017 in Kraft. Beim EPD handelt es sich um ein virtuelles Dossier, über das dezentral abgelegte behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten in einem Abrufverfahren den an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen zugänglich gemacht werden kann (zum Beispiel Labordaten, Rezepte, radiologischer Bericht). Die Patientin oder der Patient hat sodann die Möglichkeit, Daten, zum Beispiel Informationen über Allergien oder Kontaktdaten von im Notfall zu benachrichtigenden Personen, in das eigene Patientendossier hochzuladen. Durch das EPD sollen sich Patientinnen und Patienten einen Überblick verschaffen können, welche behandlungsrelevanten Informationen zur eigenen Person an den verschiedenen Behandlungsorten – wie Hausärztinnen/-ärzte, Spitäler, Apotheken, Spitex – elektronisch erfasst sind. Die Person bestimmt dann, welche Fachleute welche Informationen datenschutzkonform sehen und nutzen sollen, womit die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten qualitativ besser und sicherer wird. Zur Umsetzung des EPD wurde im Kanton Aargau am 25. September 2014 der Verein eHealth Aargau gegründet und am 26. November 2015 der Verein Stammgemeinschaft eHealth Aargau. Hauptzweck der beiden Vereine ist es, allen Leistungserbringern und Bewohnern im Kanton Aargau die Anwendung des elektronischen Patientendossiers zu ermöglichen.

Ebenfalls von grossem Interesse sind Bestrebungen des digitalen Monitorings mittels Apps oder Wearables. Diese Art der Datenproduktion ist beispielsweise für Krankenversicherer von grossem Interesse. Durch das Setzen von positiven Anreizen – wie der Gewährung von Prämienrabatten – bringen die Krankenversicherer ihre Versicherten dazu, sensible Daten wie die Anzahl täglich gemachter Schritte mit ihnen zu teilen. Das Monitoring lässt eine detaillierte Einschätzung des Gesundheitszustands und des Risikoverhaltens eines (potentiellen) Versicherungsnehmers zu. Dadurch soll eine gezielte Unterstützung im Krankheitsfall und die Erhöhung der Kostengerechtigkeit durch vermehrte Risikoklassifikation erzielt werden. Den Monitoring-Instrumenten wird ferner eine präventive Wirkung für eine gesundheitsbewusste Lebensweise zugesprochen. Es ist davon auszugehen, dass digitales Monitoring weiter an Bedeutung gewinnen wird. Aus Sicht des Datenschutzes sind solche Instrumente jedoch als problematisch zu betrachten und werden das Gesundheitswesen vermehrt vor datenschutzrechtliche Herausforderungen stellen.

1.3.4 Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem beschriebenen Wandel im Gesundheitswesen werden Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention immer bedeutender. Die Gesundheitsförderung beschreibt dabei den Prozess der Steigerung und Stärkung des Gesundheitspotenzials von Menschen. Im Bereich der Primärprävention besteht das Ziel in der Vermeidung des Auftretens von Erkrankungen und damit der Verringerung ihrer Verbreitung sowie Verminderung ihrer Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität. Aus der Perspektive der Leistungserbringer und der öffentlichen Hand können Gesundheitsförderung und Prävention die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen senken. Aus der Perspektive der Bevölkerung kann sie die Gesundheit bis ins hohe Alter stabil halten.

Die sogenannten „nichtübertragbaren Krankheiten (englisch: noncommunicable diseases, NCDs) stellen die grösste Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Einerseits verursachen sie viel persönliches Leid und andererseits generieren sie rund 80 % der direkten Gesundheitskosten. Darunter fallen Krankheitsbilder wie Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung leidet bereits heute an einer nichtübertragbaren Krankheit. Diese Krankheitsgruppe ist auch die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist anzunehmen, dass sich diese Problematik weiter verschärfen wird. Die Hälfte der NCDs kann mit einem gesunden Lebensstil verhindert oder zumindest verzögert werden. Dabei setzt die NCD-Strategie des Bundes auf die Erfahrungen aus den bisherigen nationalen Präventionsprogrammen Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung und auf bewährte Projekte von Bund, Kantonen, Gemeinden, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und zahlreicher weiterer Akteure. Alle diese Akteure sollen künftig noch enger zusammenarbeiten und ihre Aktivitäten stärker aufeinander abstimmen, um gemeinsam noch mehr Wirkung zu erzielen. Alle Massnahmen werden daher auf die gemeinsamen Ziele der NCD-Strategie ausgerichtet und themenübergreifend umgesetzt.

1.3.5 Fehlanreize

1.3.5.1 Tarifliche Fehlanreize

Abgesehen von der Kostenbeteiligung durch die Patientenschaft werden heute die ambulanten Leistungen durch die Versicherer alleine vergütet. Im stationären Sektor bezahlen die Kantone hingegen mindestens 55 % bei Leistungen der Listenspitäler.

Abbildung 5: Kostenträger von medizinischen Behandlungen



Deshalb ist es für die Versicherer oft kostengünstiger, wenn die Patientin oder der Patient stationär statt ambulant behandelt wird. Dazu kommen finanzielle Anreize für die Spitäler, einzelne Eingriffe häufiger vorzunehmen oder diese vorrangig stationär statt ambulant durchzuführen. Insbesondere bei den zusatzversicherten Patienten werden bestimmte Eingriffe häufiger durchgeführt. Abklärungen der Gesundheitsdirektion Zürich haben gezeigt, dass zusatzversicherte Patientinnen und Patienten bei auch ambulant möglichen Behandlungen einen höheren Anteil (60 %) an planbaren stationären Eingriffen aufweisen als Grundversicherte (50 %).

1.3.5.2 Moral Hazard-Effekt

Sobald jemand krankenversichert ist, verhält er sich risikoreicher und fragt mehr Leistungen nach. Diese Verhaltensänderung fasst man unter dem Begriff "Moral Hazard" zusammen. Sobald die Franchise erreicht ist, bezahlen die Versicherten nur noch einen Selbstbehalt von 10 % bis maximal Fr. 700.– pro Jahr an die weiteren Kosten. Nach Erreichen der Franchise übernimmt den Grossteil der Kosten die Versicherung. Es liegt in der Natur des Menschen, dass Angebote, welche keine Zusatzkosten verursachen, regelmässig in Anspruch genommen werden. Es tritt darum der Effekt auf, dass Patientinnen und Patienten Leistungen nachfragen, die nicht notwendig sind.

Eine Versicherung ändert auch das Verhalten der Leistungserbringer. Im Wissen darum, dass die Patientinnen und Patienten versichert sind, erbringen Ärztinnen und Ärzte beispielsweise mehr Leistungen, als dies eigentlich notwendig wäre. Der Leistungserbringer kann sich auf diese Weise absichern und muss sich nicht den Vorwurf gefallen lassen, eine Leistung, die sich im Nachhinein als notwendig herausstellt, nicht erbracht zu haben. Zum andern gibt es für ihn keinen Anreiz, Leistungen abzulehnen, die er nur auf Wunsch der Patientin oder des Patienten durchführen würde.

1.3.6 Baumol's cost disease

Ein weiterer Kostenfaktor ergibt sich daraus, dass die Produktivitätsfortschritte im Gesundheitswesen langsamer sind als in anderen Branchen. Dies hängt damit zusammen, dass der Personalanteil hoch ist und deshalb Rationalisierungen nur bedingt möglich sind. Dadurch steigen die Kosten im Gesundheitswesen – im Vergleich zu anderen Sektoren – stärker und bleiben auf einem höheren Niveau. Dieser Effekt ist als "Baumol's cost disease" bekannt.

1.4 Nutzen des Gesundheitswesens

Die positiven Effekte des Gesundheitswesens für die Volkswirtschaft sind in der Beschäftigung und in der Wertschöpfung zu sehen. Diese beiden Effekte entstehen durch direkte Leistungen, wie Versorgungsleistungen, und indirekte Leistungen. Die indirekten Leistungen ergeben sich aus der durch die Erbringung von Versorgungsleistungen induzierten Nachfrage nach sogenannten Vorleistungen. So werden Vorleistungen in der Regel in anderen Branchen erbracht und dadurch werden einzelne Wirtschaftszweige gestärkt, so erstellt zum Beispiel die Bauindustrie Spitalbauten. Dieser indirekte Effekt der Gesundheitsbranche ist besonders für strukturschwache Regionen von grosser Bedeutung.

Der Gesundheitssektor erweist sich schweizweit, aber auch im Kanton Aargau, als immer wichtiger werdender Wirtschaftszweig. Der Anteil des Gesundheitssektors an der gesamten Wertschöpfung stieg schweizweit von 3,7 % im Jahr 1997 auf 5 % im Jahr 2013 an.

Eine gut funktionierende und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung trägt sodann zu einer hohen Produktivität bei und reduziert Arbeitsaus- und Sozialfälle. Das Gesundheitswesen leistet weiter einen bedeutenden Beitrag an das kantonale Steuersubstrat, indem einerseits die (steuerpflichtigen) Spitäler und andererseits die im Kanton wohnhaften Arbeitnehmenden Steuerbeiträge leisten.

Für den Kanton Aargau kann die direkte volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens wie folgt zusammengefasst werden (Polynomics-Studie, Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau, Seite 16):

- Im Kanton Aargau wurden im Jahr 2015 rund 250'000 vollzeitäquivalente Arbeitsstellen (VZÄ) angeboten. Von diesen VZÄ fallen rund 30'000 oder 12 % ins Gesundheits- und Sozialwesen und davon machen Institutionen mit stationären Leistungen gut die Hälfte aus.
- Das Gesundheits- und Sozialwesen ist als Branche mit knapp 30'000 VZÄ der viertgrösste Arbeitgeber im Kanton Aargau und hat signifikant zum Arbeitsplatzwachstum seit 2011 beigetragen.

Knapp zwei Drittel aller neuen Arbeitsplätze entstanden im Gesundheits- und Sozialwesen (+4'800 neue VZÄ).

- Auch die stationären Leistungserbringer trugen überproportional zum Arbeitsplatzwachstum bei. Mit gut 16'000 VZÄ stellen sie 6,5 % der kantonalen Beschäftigten im Jahr 2015 und sind verantwortlich für 37 % der seit 2011 neu geschaffenen Arbeitsplätze (+2'770 neue VZÄ).
- Im Jahr 2015 wurden im Kanton Aargau rund 40 Milliarden Franken Bruttowertschöpfung erwirtschaftet. Rund 10 % dieser Wertschöpfung generierte das Gesundheits- und Sozialwesen und davon wurde gut die Hälfte von Institutionen mit stationären Leistungen generiert.
- Auch bei der Wertschöpfung trugen die Institutionen mit stationären Leistungen überproportional zum kantonalen Wachstum bei. Das Gesundheits- und Sozialwesen trug gut 28 % zum Bruttowertschöpfungswachstum bei (+487 Millionen Franken), während die Institutionen mit stationären Leistungen bei einem Wertschöpfungsanteil von 5,4 % einen Wachstumsbeitrag von 16,5 % lieferten.

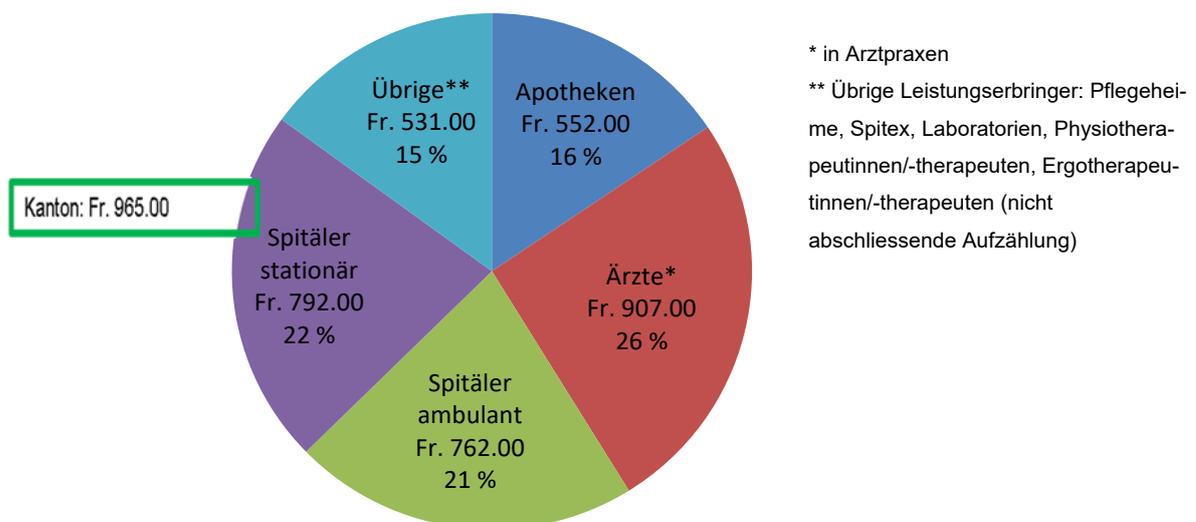
Im Kanton Aargau nimmt die Bedeutung des Gesundheitssektors als immer wichtiger werdender Wirtschaftszweig insgesamt zu.

1.5 Kosten des Gesundheitswesens

1.5.1 Leistungskosten nach KVG

Die vorstehend aufgezeigten Gegebenheiten führen zu stetig wachsenden Kosten im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bei der Beachtung der Kostenverteilung aus Sicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) fällt der Grossteil der Kosten (78 %) im ambulanten Bereich an. Lediglich 22 % der Gesundheitskosten betreffen den stationären Spitalbereich. Der stationäre Spitalbereich ist von den Kantonen mit mindestens 55 % (sogenannter Kantonsanteil) mitfinanziert, wobei dieser Anteil immer geschuldet ist, unabhängig von Franchise und Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten. Dementsprechend fällt der vom Kanton bezahlte Anteil pro versicherte Person im Jahr 2017 mit Fr. 965.– auch höher aus als der von den Krankenkassen übernommene Anteil von Fr. 792.–.

Abbildung 6: Überblick über die Bruttoleistungen (OKP) im Kanton Aargau pro versicherte Person im Jahr 2017



Die vom Kanton zu übernehmenden Spitalkosten sind in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Diese Entwicklung ist auf ein Zusammenspiel der vorne erwähnten Faktoren zurückzuführen. Auf-

grund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung musste der Kanton Aargau seinen Finanzierungsanteil von 2012 bis 2017 schrittweise von 47 % bis auf 55 % erhöhen.

Beim Vergleich der jährlichen Kostenzunahme mit unbereinigtem und bereinigtem Kostenteiler, ist ersichtlich, dass ein wesentlicher Kostenfaktor der steigende Kantonsanteil war. Für die weitere Kostensteigerung sind die vorne beschriebenen Faktoren verantwortlich.

Abbildung 7: Zunahme der Spitalkosten im Kanton Aargau von 2012–2017

Jahr	Kantonsanteil	Kosten in Millionen Franken	Zunahme in Millionen Franken	Zunahme in % (tatsächlich)	Zunahme in % (gerechnet bei 100 %-Kosten)	Bevölkerungs- wachstum in %
2012	47 %	462,1				1,0
2013	48,6 %	515,3	53,2	11,5	7,8	1,3
2014	49 %	530,9	15,6	3,0	2,2	1,4
2015	51 %	572,1	41,2	7,8	3,5	1,3
2016	53 %	605,4	33,3	5,8	1,8	1,4
2017	55 %	646,3	40,9	6,8	2,9	1,2

Nebst der Zunahme des kantonalen Finanzierungsanteils ist die Zunahme der Spitalkosten im Bereich der Akutsomatik vor allem auf die Faktoren wachsender Fallzahlen und leicht ansteigenden Case Mix Index (CMI) zurückzuführen. Im Bereich der Psychiatrie und der Rehabilitation beruht die Kostenzunahme primär auf der steigenden Zahl der Pflagetage. Eine genaue Quantifizierung der Kostenzunahme pro Faktor ist allerdings aufgrund des engen Zusammenspiels mit zahlreichen weiteren Faktoren nicht möglich.

Abbildung 8: Fallzahl- und CMI-Entwicklung im Kanton Aargau

Jahr	Akutsomatik		Psychiatrie	Rehabilitation
	Fallzahlen	CMI	Pflagetage	Pflagetage
2013	84'330	1,025	187'435	106'763
2014	86'562	1,039	189'114	113'246
2015	89'532	1,041	192'237	123'317
2016	92'694	1,040	196'490	136'824
2017	96'020	1,044	204'464	138'944

1.5.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

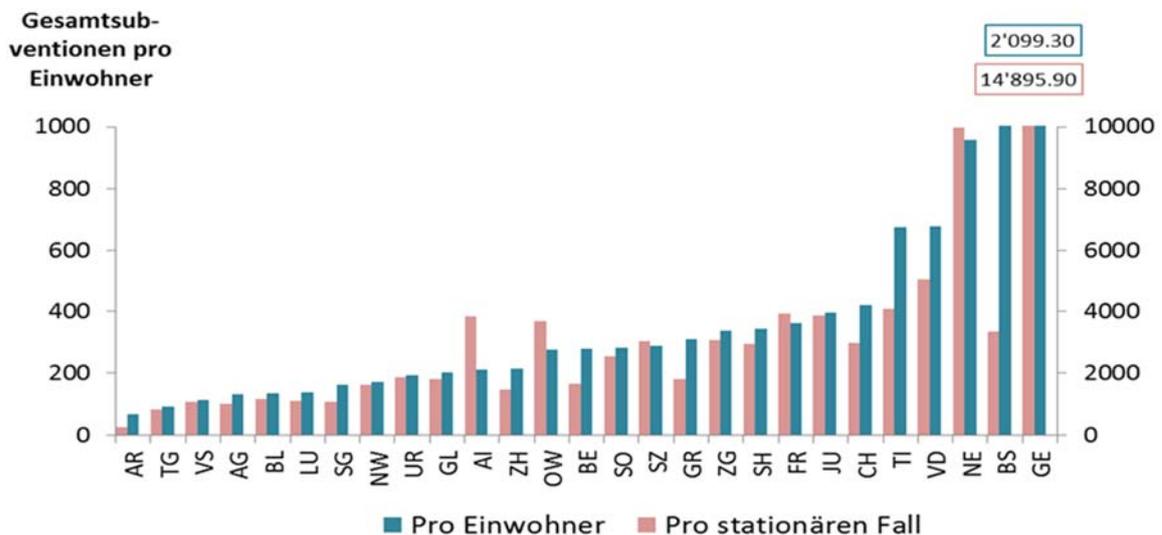
Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) handelt es sich um Leistungen der Gesundheitsversorger, die über ihre bundesgesetzlich vorgeschriebenen Leistungsverpflichtungen hinausgehen. Durch die Erbringung von GWL übernehmen Spitäler und die weiteren Gesundheitsversorger Aufgaben, welche ihnen vom Kanton übertragen wurden (zum Beispiel das Führen einer Heroinabgabestelle oder das Bereitstellen von gesicherten unterirdischen Operationssälen). Der Kanton kann sol-

che Leistungen finanziell unterstützen oder abgelden. Der Grosse Rat berät jährlich im Rahmen des Aufgaben- und Finanzplans (AFP) über die Höhe der Finanzierung von GWL. Ein grosser Teil davon wird jeweils für nicht KVG-pflichtige Leistungen im Spitalbereich gesprochen.

In den letzten Jahren wurde im Kanton Aargau die Finanzierung von GWL deutlich gekürzt. Der Beitrag für die Forschung wurde zum Beispiel ganz gestrichen, der Beitrag für die ärztliche Weiterbildung reduziert. Dazu kommt, dass der Kanton Aargau die eigenen Spitäler nicht durch die Übernahme von Investitionen oder Betriebskosten subventioniert. Zum Vergleich: Im Kanton St. Gallen hat das Stimmvolk einer Investition über 1 Milliarde Franken für Spitalbauten zugestimmt. Gleiches im Kanton Appenzell Innerrhoden, wo die Landsgemeinde einen Spital-Neubau von 41 Millionen Franken bewilligt hat.

In der Festlegung der vom Kanton finanziell unterstützten GWL sind die Kantone frei. Folglich bestehen zwischen den Kantonen hinsichtlich der Finanzierung von GWL grosse Unterschiede. Auffällig ist jedoch, dass vor allem jene Kantone, welche ein Globalbudget kennen, hohe Beträge für die Finanzierung von GWL leisten. Es sind die Kantone Tessin, Genf und Waadt.

Abbildung 9: Gesamtsubventionen (inklusive Finanzierung von GWL) im interkantonalen Vergleich



1.5.3 Interkantonaler Kostenvergleich

Obwohl der Kanton Aargau eine durchschnittliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hat, wendet der Kanton deutlich weniger Mittel auf als die meisten anderen Kantone. Die Ausgaben für die kantonalen Gesundheitsausgaben pro Kopf sind klar unterdurchschnittlich. Die Ausgaben zur Abgeltung von GWL gehören zu den niedrigsten der Schweiz (siehe Polynomics-Studie, Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau, Seite 33).

1.5.4 Fehlender Sparwille bei den Einwohnerinnen und Einwohnern

Im vom Meinungsforschungsinstitut GFS Bern erstellten Sorgenbarometer steht die Gesundheitspolitik bereits an vierter Stelle. Das überrascht angesichts der stetig steigenden Krankenkassenprämien kaum. Doch die Schweizerinnen und Schweizer reagieren darauf nicht etwa mit der Forderung nach tieferen Prämien, sondern mit der Verteidigung des umfassenden Leistungskatalogs. Das zeigt der Gesundheitsmonitor 2018, den das GFS im Auftrag des Pharmaverbands Interpharma erstellt hat. Rund 1'200 Personen wurden in diesem Rahmen befragt. Entsprechend der durchgeführten Befragung ist die Bevölkerung ungemein zufrieden mit dem Gesundheitssystem. 87 % haben ein positives Bild davon. 70 % der Leute möchten die kassenpflichtigen Leistungen so umfangreich belassen wie heute. 16 % fordern gar einen Ausbau. Skeptisch sieht die Bevölkerung auch ein "hartes" Globalbudget, das der Ärzteschaft und den Spitalern einen jährlichen Kostenrahmen setzen würde. Die Leute erwarten, dass sie keine freie Arztwahl mehr hätten und mit längeren Wartezeiten und

schlechterer Qualität rechnen müssten. Niedrigere Prämien dank dem Globalbudget erhofft sich nur eine Minderheit (Neue Zürcher Zeitung vom 20. Juni 2018, Simon Hehli, Schweizer wollen nicht bei der Gesundheit sparen).

1.6 Rollenkonflikt

Ein grosses Thema im Rahmen der stetig steigenden Gesundheitskosten ist der Rollenkonflikt der Kantone. Auch im Kanton Aargau besteht dieses Problemfeld. Der Rollenkonflikt des Kantons Aargau wird darin gesehen, dass dieser Alleinaktionär von drei Spitalaktiengesellschaften ist, welche in einem Wettbewerbsverhältnis zu den übrigen Spitälern stehen. Neben seiner Rolle als Eigentümer der Spitäler – deren Verwaltungsräte der Kanton wählen kann – erteilt er zudem Betriebsbewilligungen, vergibt Leistungsaufträge, genehmigt oder setzt die Tarife zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern fest und ist gesetzgeberisch tätig. Einerseits agiert er demnach als Regulator und Gewährleister der Spitalversorgung und andererseits als Betreiber eigener Spitäler. Es liegt im Interesse des Kantons als Eigentümer, dass die Spitalaktiengesellschaften auf dem kantonalen Spitalmarkt konkurrenzfähig und attraktiv auftreten, erfolgreich wirtschaften und über eine gute Infrastruktur verfügen. Jedoch ist es auf der anderen Seite dem Kanton als Mitfinanzierer stationärer Behandlungen ein grosses Anliegen, die Leistungserbringer und die anfallenden Kosten in einem gewissen Masse steuern zu können und die Kosten auf einem möglichst tiefen Niveau zu halten. Zusammengefasst hat der Kanton im Bereich der Spitalversorgung folgende Aufgaben und Rollen:

- Er ist Alleinaktionär der drei kantonseigenen Spitäler (Kantonsspital Aarau AG [KSA], Kantonsspital Baden AG [KSB] und Psychiatrische Dienste Aargau AG [PDAG]). Der Regierungsrat übt die dem Kanton zustehenden Aktionärsrechte aus, inklusive Festlegung der Eigentümerstrategie,
- er erteilt Betriebs- und Berufsausübungsbewilligungen,
- er erstellt die Spitalliste und vergibt Leistungsaufträge,
- er finanziert die stationären Behandlungen mit,
- er subventioniert Gemeinwirtschaftliche Leistungen,
- er genehmigt Tarife zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern oder setzt die Tarife fest,
- er ist für die Gesetzgebung verantwortlich.

Durch geeignete Gegenmassnahmen wird dem Rollenkonflikt bereits heute entgegengewirkt. So sorgt beispielsweise das Bewerbungsverfahren für die Spitalisten dafür, dass sämtlichen Spitälern die Möglichkeit geboten wird, einen Leistungsauftrag zu erhalten, sofern sie die kantonalen Anforderungen erfüllen. Dennoch sind die Bedenken verständlich. Die zahlreichen Fragen und Problematiken, welche mit dem Rollenkonflikt verbunden sind, werden deshalb bei der Totalrevision des SpiG im Rahmen der gesetzlichen und politischen Möglichkeiten aufgenommen.

1.7 Politisches Umfeld

Auf politischer Ebene wurden und werden gesundheitspolitische Themen und insbesondere Fragen der Spitalversorgung breit diskutiert. Von grossem Interesse sind in jüngster Vergangenheit besonders die Aspekte der steigenden Gesundheitskosten und der Eigentümerstellung des Kantons an den kantonseigenen Spitälern. Die in der letzten Zeit eingereichten parlamentarischen Vorstösse betreffen zu einem Grossteil das Regulierungsfeld des Spitalgesetzes.

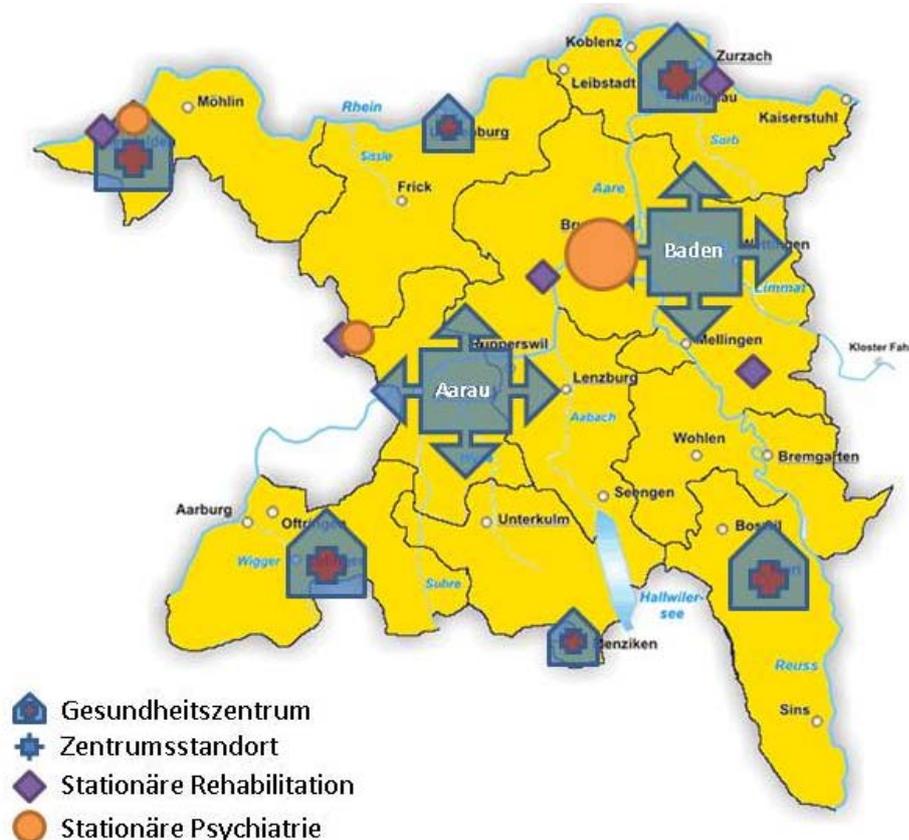
- Interpellation (18.72) betreffend „Bessere Kontrolle von medizinischen Mehrfachbehandlungen im Kanton Aargau und bessere Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zwecks Steigerung der Effizienz, Verbesserung der Versorgungskette und Senkung der Kosten mittels einer "Ineffizienzbremse"“
- Interpellation (18.68) betreffend „Zweitmeinung vor medizinischen Eingriffen“

- Motion (18.67) betreffend „Schaffung einer Pilotnorm zur Förderung innovativer Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen“
- Interpellation (18.57) betreffend „Mengenbezogener Boni an die Ärzteschaft und Berücksichtigung in der Spitalliste“
- Interpellation (18.44) betreffend „Arzthonorare Kantonsspital Aarau AG (KSA)“
- Motion (17.305) betreffend „Sicherung der sektorisierten psychiatrischen Versorgung im Kanton Aargau“
- Postulat (17.302) betreffend „Sorgfältige Ausarbeitung der Kriterien bezüglich Quote der ambulanten Eingriffe“
- Interpellation (17.297) betreffend „Ausbau der REHA-Plätze im Kanton Zürich“
- Motion (17.230) betreffend „Überarbeitung der Botschaft über die Finanzierbarkeit des Aargauer Gesundheitswesens“
- Motion (17.63) betreffend „Reorganisation der Aargauischen Kantonsspitäler“
- Motion (17.62) betreffend „Entflechtung der Mehrfachrolle des Kantons Aargau in der Spitalfinanzierung“
- Motion (17.61) betreffend „Effizientere Organisation der Notfalldienste im Kanton Aargau“

Die Stossrichtungen der einzelnen Vorstösse wurde – soweit möglich – im Verfahren zur Totalrevision des SpiG aufgenommen und berücksichtigt.

1.8 Vision: Spitallandschaft 2035

Abbildung 10: Kanton Aargau Spitallandschaft 2035



Die angestrebte Entwicklung soll langfristig mit einer zielführenden und sachgerechten Ausgestaltung der Spitalliste erreicht werden.

Die visionäre Spitallandschaft 2035 zeichnet sich im Wesentlichen durch folgende Punkte aus:

- Akutsomatik: Der weitere technisch-medizinische Fortschritt und die veränderte Einstellung der Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten ermöglicht eine deutliche Steigerung der ambulanten Eingriffe.
- Rehabilitation: Vermehrte ambulante Rehabilitation. Durch bessere technische Möglichkeiten im Rahmen der Digitalisierung können die Patientinnen und Patienten aus der Ferne überwacht und instruiert werden.
- Psychiatrie: Tageskliniken und Ambulatorien dominieren. Patientinnen und Patienten verlieren so auch während den Therapien den sozialen Anschluss nicht.
- Aufsuchende Angebote: Patientinnen und Patienten werden vermehrt vom pflegenden und ärztlichen Personal zuhause aufgesucht und behandelt.
- Die Spitäler funktionieren integriert und arbeiten sehr eng mit weiteren Leistungsanbietern der Gesundheitsversorgung, wie Hausarztpraxen, Spitex, Pflegeheimen, Rehakliniken usw. zusammen.
- Die Einrichtungen sind personell und infrastrukturell optimal ausgestattet.
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien wird die Qualität der Behandlung verbessert und gleichzeitig die Kosten gesenkt.
- Das elektronische Patientendossier wird von allen Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich konsequent geführt und trägt dem Ziel einer integrierten und besser koordinierten Versorgung Rechnung.
- Um eine bedarfsgerechte, effiziente und qualitativ hochstehende Spitalversorgung zu gewährleisten, werden nicht alle Leistungen im Kanton flächendeckend angeboten.
- Vielmehr soll das Angebot – wo möglich und sinnvoll – konzentriert werden.
- Komplexe, spezialisierte Eingriffe werden ausschliesslich in den Zentrumsstandorten in Aarau und Baden durchgeführt – mit Ausnahme der hochspezialisierten Eingriffe, welche (auch) an den Universitätsspitalern durchgeführt werden.
- Die Spitallandschaft im Kanton Aargau und insbesondere der Standort Aarau sind leistungsmässig bereinigt.
- Die (ehemaligen) Regionalspitäler funktionieren als Gesundheitszentren.
- Die Gesundheitszentren erbringen ein auf Grösse und Einzugsgebiet ausgerichtetes Leistungsangebot.
- Das Leistungsangebot der Gesundheitszentren beinhaltet die Sicherstellung der stationären (medizinischen) Grundversorgung in der Akutsomatik sowie schwergewichtig ambulante Leistungen in allen drei Bereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation).
- In den Gesundheitszentren arbeiten Grundversorger mit den übrigen Fachärztinnen und Fachärzten zusammen.
- Eine Erweiterung mit einer Apotheke oder weiteren ambulanten Leistungserbringern, zum Beispiel Physiotherapien, Ernährungsberatung sind im Rahmen einer integrierten Versorgung sehr erwünscht.
- Für die spezialisierte Versorgung gehen die Patientinnen und Patienten in die Zentrums- und Universitätsspitäler.

- Denkbar ist, dass spezialisierte Eingriffe, welche keine besonders hohen Anforderungen an die Infrastruktur stellen, von Spezialisten aus den Zentrumsstandorten direkt in den Gesundheitszentren durchgeführt werden.
- Durch das System mit den zwei Zentrumsstandorten, ergänzt durch die Gesundheitszentren, entsteht sowohl zwischen den Zentrumsstandorten als auch unter den einzelnen Gesundheitszentren ein Wettbewerb.
- Für die Zentrumsstandorte ist es von Vorteil, mit möglichst vielen Gesundheitszentren zusammenzuarbeiten.

2. Handlungsbedarf

2.1 Solldefinition

Das aktuelle Spitalgesetz trat am 1. Januar 2003 in Kraft. Es enthält Bestimmungen zu folgenden Themen:

- Gesundheitspolitische Gesamtplanung
- Spitalliste
- Bewilligung
- Organisation der Spitäler
- Abgeltungen des Kantons
- Finanzierung
- Beiträge an Institutionen

Mit der Totalrevision des SpiG sollen einerseits die bundesrechtlichen Vorgaben aus dem KVG und die gesundheits- und finanzpolitischen Überlegungen des Kantons und andererseits die kantonalen politischen Vorstösse umgesetzt werden. Dabei gilt es, Systemmängel zu beheben, Instrumente zur Steuerung der Ausgaben der öffentlichen Hand zu entwickeln und das Gesetz den aktuellen Gegebenheiten und Entwicklungen anzupassen.

Im Wesentlichen werden die folgenden Ziele angestrebt:

Abbildung 11: Ziele der Totalrevision

Nr.	Ziel
Versorgung	
1	Konkretisierung des Bewilligungswesens durch die klare Definition eines Spitalstandorts und der Bewilligungsvoraussetzungen
2	Schaffung der Grundlagen für eine zweckmässige Versorgungsplanung
3	Schaffung von griffigen Massnahmen zur Kostendämpfung
4	Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Datenerhebung und -bearbeitung
5	Neubeurteilung der Spitalsteuer
6	Schaffung klarer gesetzlicher Grundlagen im Bereich des bodengebundenen Rettungswesens
7	Gesetzliche Verankerung von Sanktionsmöglichkeiten zur Durchsetzung des Gesetzes und der Ausführungsbestimmungen
Kantoneigene Spitäler	
8	Schaffung von Handlungsspielräumen

Ad 1 Konkretisierung des Bewilligungswesens durch die klare Definition eines Spitalstandorts und der Bewilligungsvoraussetzungen

Zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit muss der Kanton Rechtsklarheit über die Definition des Spital(standorts) und allfälliger Nebenstandorte schaffen und die Bewilligungsvoraussetzungen klar statuieren. Dazu soll gesetzlich verankert werden,

- die Definition des Spital(standorts),
- dass für jeden Spitalstandort eine Betriebsbewilligung notwendig ist, und
- dass alle Spitalnebenstandorte entweder über eine eigene Betriebsbewilligung verfügen oder im Rahmen des Bewilligungsverfahrens des Spitalstandorts als Nebenstandort überprüft werden müssen.

Ad 2 Schaffung der Grundlagen für eine zweckmässige Versorgungsplanung

Der Kanton ist verpflichtet, den Bedarf an stationären Spitalleistungen ihrer eigenen Wohnbevölkerung zu planen und die dafür notwendigen Leistungen auf der Spitalliste zu sichern. Dazu werden im Rahmen des SpiG folgende Mittel ergriffen:

- Im totalrevidierten SpiG wird gesetzlich verankert, dass Leistungsaufträge in Zukunft grundsätzlich auf unbestimmte Dauer vergeben werden, um den administrativen Aufwand für den Kanton und die Leistungserbringer zu verringern.
- Durch die Vergabe der Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer erhöht sich die Planung- und Rechtssicherheit für die Leistungserbringer.
- Die Vision der Spitallandschaft 2035 wird aufgezeigt. An dieser wird sich der Kanton in Zukunft bei der Vergabe der Leistungsaufträge orientieren.
- Es wird klar unterschieden zwischen der periodischen Versorgungsplanung und der laufenden Aktualisierung der Spitallisten.

Ad 3 Schaffung von griffigen Massnahmen zur Kostendämpfung

Der Kanton muss Massnahmen ergreifen, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der Spitalversorgung einzudämmen. Dazu muss im totalrevidierten SpiG die gesetzliche Grundlage geschaffen werden für:

- Die flächendeckende Einführung von ambulant vor stationär, sodass die Leistungserbringer verpflichtet werden, gewisse Eingriffe in Fällen, wo keine Spitalbedürftigkeit vorliegt, nicht mehr stationär, sondern kostengünstiger ambulant durchzuführen.
- Massnahmen zur Erhöhung der Indikationsqualität, damit vermehrt kostengünstigere konservative Behandlungen durchgeführt werden, wenn diese genauso zweckmässig sind wie teure operative Eingriffe.
- Die Durchsetzung von mengenbeschränkenden Massnahmen.
- Die Schaffung einer Norm, welche es den Gesundheitspartnern erlaubt, Pilotprojekte zu verfolgen und im Rahmen von diesen von den gesetzlichen Bestimmungen abzuweichen.
- Ein konsequentes Leistungsauftrags- und Leistungscontrolling.

Ad 4 Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Datenerhebung und -bearbeitung

Um im Rahmen des Controllings die persönlichen Daten der Patientinnen und Patienten bearbeiten zu dürfen, müssen im totalrevidierten SpiG die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden. Insbesondere soll der Kanton auf die Daten aus dem Einwohnerregister zugreifen dürfen.

Ad 5 Neubeurteilung der Spitalsteuer

Die durch die Spitalsteuer von aktuell 15 % erzielten Einnahmen genügen seit Jahren nicht mehr, um die auf den Kanton fallenden Spitalkosten zu finanzieren. Es muss überprüft werden, ob die Spitalsteuer, wie sie heute im SpiG verankert ist, noch system- und zweckmässig ist. Je nach Ausgang der Erwägungen kommen folgende Optionen in Betracht:

- Festhalten am aktuellen System,
- Erhöhung des Höchstsatzes der Spitalsteuer, sodass mit der Spitalsteuer die effektiven Kosten der kantonalen Spitalversorgung abgedeckt werden können,
- unveränderte Überführung der Spitalsteuer in das Steuergesetz (StG) oder
- Aufhebung der Spitalsteuer und Integration in die einfache Kantonssteuer.

Ad 6 Schaffung klarer gesetzlicher Grundlagen im Bereich des bodengebundenen Rettungswesens

Zur Sicherung der bodengebundenen rettungsdienstlichen Versorgung auf dem Gebiet des Kantons Aargau muss eine gesetzliche Grundlage für das Rettungswesen geschaffen werden. Insbesondere muss gesetzlich geregelt werden,

- wer einen bodengebundenen Rettungsdienst betreiben darf,
- wer einen bodengebundenen Rettungsdienst betreiben muss,
- wer für bodengebundene Rettungen auf welchem Gebiet zuständig ist und
- was geschieht, wenn die bodengebundenen Rettungsdienste ihre Verantwortung nicht wahrnehmen (können).

Ad 7 Gesetzliche Verankerung von Sanktionsmöglichkeiten zur Durchsetzung des Gesetzes und der Ausführungserlasse

Um die im totalrevidierten Gesetz und in den Ausführungserlassen dazu aufgelisteten Pflichten der Leistungserbringer durchsetzen zu können, müssen im SpiG wirkungsvolle Sanktionen vorgesehen werden. Es soll ein breiter Sanktionskatalog gesetzlich verankert werden, sodass auf Verstösse gegen das SpiG und die Ausführungserlasse dazu adäquat reagiert werden kann.

Ad 8 Schaffung von Handlungsspielräumen

Im Hinblick auf die noch offene Organisationform der kantonseigenen Spitäler sollen für den Regierungsrat möglichst viele Handlungsspielräume geschaffen werden:

- Die kantonseigenen Spitäler sollen einer einheitlichen strategischen Führung unterstellt werden können, indem ein oder mehrere Mitglieder Einsitz in mehrere Verwaltungsräte der drei kantonseigenen Spitäler nehmen können.
- Das Gesetz soll so ausgestaltet werden, dass Handlungsspielräume bezüglich der Organisation der kantonseigenen Spitäler bestehen, sodass der Regierungsrat die Organisationsform der kantonseigenen Spitäler zu einem späteren Zeitpunkt anpassen kann, ohne dass vorgängig eine erneute Gesetzesrevision durchgeführt werden muss.

2.2 Notwendigkeit einer Totalrevision

Wie der vorgängig aufgezeigten Solldefinition zu entnehmen ist, besteht in mehreren Gebieten grosser Handlungsbedarf. Die Regelungen zu vielen Themengebieten müssen tiefgreifend überarbeitet

oder von Grund auf neu geschaffen werden. Es ist darum angezeigt, das aktuelle SpiG einer Totalrevision zu unterziehen.

2.3 Beizug von Experten

Für den Revisionsprozess wurden vom Departement Gesundheit und Soziales zwei Expertenmeinungen beizogen. Zum einen verfasste Matthias Maurer, lic. oec. / MHA von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) ein Gutachten "Normkonzept zur Totalrevision Spitalgesetz des Kantons Aargau". Darin wurden einige ausgewählte Leitsätze, wie sie vom Regierungsrat mit dem Normkonzept verabschiedet wurden, kritisch geprüft. Gleichzeitig, aber nicht explizit für den Revisionsprozess, verfasste PricewaterhouseCoopers (PwC) einen vertraulichen Bericht zur "Situation und strategische Ausrichtung Kantonsspital Aarau AG".

3. Umsetzung

TEIL VERSORGUNG

3.1 Zielvorstellungen

Mit der Totalrevision soll das aktuelle SpiG bereinigt werden. Es soll eine übersichtliche und anwenderfreundliche Struktur erhalten. Dem Kanton sollen die notwendigen Handlungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden, damit er adäquat und zeitgerecht auf Entwicklungen im dynamischen Regelungsgebiet reagieren kann. So soll es ihm möglich sein, der Kantonsbevölkerung eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten und zwar unter vernünftigem Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Strikte Bestimmungen sollen dort erlassen werden, wo dies mitunter aus Gründen der Patienten- oder Versorgungssicherheit notwendig ist. Ansonsten sollen dem Kanton und den betroffenen Gesundheitsversorgern Handlungsspielräume offen gelassen oder eröffnet werden, um mit einer angemessenen Flexibilität den auftretenden Herausforderungen im Gesundheits- und Spitalmarkt begegnen zu können.

Der zentrale Anspruch liegt

- in der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden, vernetzten und finanzierbaren Gesundheitsversorgung der Aargauer Bevölkerung sowie
- der Stärkung von gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten.

3.2 Spitalbewilligungen

3.2.1 Ausgangslage

Die Kantone haben nach Schweizerischer Bundesverfassung (BV; SR 101) die Aufgabe, die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung in hoher Qualität zu gewährleisten (Art. 117a Abs. 1 BV). Ausgehend von diesem bundesrechtlichen Auftrag stellt der Kanton Aargau die Betriebe der Spitalversorgung unter eine Bewilligungspflicht. Mit der gesundheitspolizeilichen Bewilligungspflicht für Leistungserbringer im Bereich der stationären medizinischen Versorgung will der Kanton sicherstellen, dass alle im Kanton angesiedelten stationären Leistungserbringer sachdienlich und zweckmässig eingerichtet sind. Darüber hinaus soll durch die Bewilligungspflicht sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer die allgemeinen Standards erfüllen und über das erforderliche medizinische, pflegerische und pharmazeutische Personal verfügen.

Im Bereich der Spitalbewilligungen zeichnen sich aktuell in zwei Bereichen Probleme ab, welche durch das totalrevidierte SpiG gelöst werden sollen: Weder das kantonale Recht noch das Bundesrecht enthalten eine Definition des Spitalstandorts. Dementsprechend besteht Unklarheit darüber, wann eine stationäre medizinische Einrichtung im Sinne eines Spitalstandorts über eine (separate) Spitalbewilligung verfügen muss. Dieser Umstand führt zu Verunsicherung bei den Leistungserbringern und damit verbunden zu Rechtsunsicherheit (siehe Ziffer 3.2.2). Weiter genügen die aktuell im SpiG geforderten Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr den aktuellen Standards. Darum sollen weitere Voraussetzungen in das totalrevidierte Gesetz aufgenommen werden, die ein Spitalstandort erfüllen muss, um eine Betriebsbewilligung zu erhalten (siehe Ziffer 3.2.3).

3.2.2 Bewilligungspflicht für alle Spitalstandorte

Die Pflicht, eine Betriebsbewilligung zu beantragen und die damit verbundenen Voraussetzungen zu erfüllen, soll unter den Aspekten der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität, der Transparenz und der Gleichbehandlung der Leistungserbringer für jeden Betrieb der Spitalversorgung im Kanton Aargau gelten. Damit stellt sich die grundlegende Frage, wie sich der Spitalstandort definiert und wann ein Spitalbetrieb für seine einzelnen Standorte mehrere Bewilligungen einholen muss. Zurzeit wird diese Frage weder vom kantonalen Recht noch vom Bundesrecht beantwortet.

Aktuell ist weiter unklar, wann rechtlich gesehen ein Nebenstandort eines Spitals besteht. Als Nebenstandorte werden im vorliegenden Kontext Einrichtungen verstanden, welche stationäre oder ambulante Leistungen erbringen und organisatorisch und/oder personell einem Spital(standort) angegliedert sind. Dies können beispielsweise Tageskliniken oder Ambulatorien sein. Viele Nebenstandorte laufen – aus Sicht der Spitäler – über die Spitalbewilligung des Hauptstandorts. Die Nebenstandorte werden derzeit weder als ambulante ärztliche Einrichtungen gemäss § 25 Abs. 1 lit. c des Gesundheitsgesetzes (GesG; SAR 301.100) noch als Spitalbetriebe separat vom Kanton bewilligt. Dies schafft die unbefriedigende Situation, dass der Kanton die Einhaltung von gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht für alle Standorte überprüfen und gewährleisten kann.

Lösungsvorschlag

Im Kanton Aargau sollen in Zukunft Kriterien festgelegt werden, nach welchen beurteilt werden kann, ob es sich bei zwei Betrieben um einen oder um mehrere separate Spitalstandorte handelt. Die Kriterien können in einer Verordnung konkretisiert werden. So wird die Grundlage dafür geschaffen, dass sämtliche Spitalstandorte klar identifiziert werden können. Dazu werden Kriterien herbeigezogen wie die einheitliche Trägerschaft der Betriebe, die Weisungsbefugnis und Aufsicht des Hauptstandorts über den Nebenstandort und die Erkennbarkeit der Zugehörigkeit des Nebenstandorts zum Hauptstandort.

Aufgrund der Kriterien kann ermittelt werden, ob ein Nebenstandort besteht oder ob ein separater Hauptstandort vorliegt. Während ein Nebenstandort zusammen mit dem Hauptstandort bewilligt wird, benötigt ein separater Hauptstandort eine eigene Betriebsbewilligung als ambulante ärztliche Einrichtung oder als Spital. Der Hauptstandort muss zwingend ein Spital sein. Bei einem Nebenstandort kann es sich indes um einen weiteren Spitalstandort oder um eine ambulante ärztliche Einrichtung handeln.

Die Einführung eines Prüfschemas wird dazu führen, dass einzelne Betriebe im Kanton Aargau nachträglich bewilligt werden müssen oder zumindest eine neue (erweiterte) Bewilligung beantragt werden muss. Damit die Betriebe die Gesuche nachträglich einreichen können, ist ihnen eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen. Bis zu deren Ablauf muss für sämtliche Betriebe ein Bewilligungsgesuch eingereicht werden. Angemessen erscheint dabei eine Frist von zwei Jahren. Nach Ablauf der Frist sind Betriebe, die keine Bewilligung des Kantons aufweisen, nicht mehr befugt, medizinische Leistungen im Kanton Aargau zu erbringen.

3.2.3 Bewilligungsvoraussetzungen

Nachdem geklärt wurde, was ein Spitalstandort ist, müssen die Bewilligungsvoraussetzungen für einen solchen definiert werden. Bei den aktuell im SpiG genannten Bewilligungsvoraussetzungen fehlen gewisse Aspekte, welche aus Sicht des Kantons aus Gründen der Patientensicherheit zwingend notwendig sind. Weiter bestehen Unklarheiten besonders hinsichtlich der zweckentsprechenden medizinischen Einrichtung.

Lösungsvorschlag

Das SpiG soll die Kompetenzgrundlage für den Regierungsrat zur Definition der detaillierten Bewilligungsvoraussetzungen in der Verordnung schaffen. Die Regelungen sollen massvoll erfolgen und die Patientensicherheit gewährleisten. Auf jeden Fall sollen nur in Bereichen Regelungen aufgestellt werden, in denen nicht bereits allgemeingültige Normen bestehen. Zudem sollen die Regelungen partnerschaftlich umgesetzt werden. Das heisst, der Kanton wird die Spitäler bereits bei der Planung von baulichen Vorhaben begleiten mit dem Ziel, allfällige Baumängel bereits in der Planungsphase zu verhindern oder zu beseitigen.

Die bereits heute bestehenden Bewilligungsvoraussetzungen werden im Wesentlichen mit folgenden Kriterien erweitert:

- **Anforderungen an die Pflege:** Bisher wurden pflegerische Gesichtspunkte im Rahmen des Bewilligungsverfahrens für Spitalstandorte nicht berücksichtigt. Diese sind für einen Spitalbetrieb indes ebenso essentiell wie das ärztliche oder pharmazeutische Personal. So sollte im Rahmen des medizinischen Konzepts (Betriebskonzept) künftig auch die pflegerische Leitung bekanntgegeben werden und eine Präsenz von Pflegefachpersonal rund um die Uhr (beziehungsweise so lange sich Patientinnen und Patienten in den Räumlichkeiten aufhalten) gewährleistet sein.
- **Notfall:** Für die Bewältigung von Notfallsituationen soll künftig ein Notfallkonzept vorgelegt werden. Der Betrieb muss darlegen können, wie die Organisation in Notfallsituationen oder bei Komplikationen aussieht.
- **Qualität:** Der Betrieb muss über ein Qualitätssicherungskonzept verfügen.
- **Hygiene:** Der Betrieb muss über ein Hygienekonzept verfügen.

Als Folge der geplanten Definition des Spitalstandorts (siehe Ziffer 3.2.2) müssen die vorgenannten Bewilligungsvoraussetzungen auch von den Nebenstandorten erfüllt werden.

3.3 Versorgungsplanung und Spitallisten

Frage 1 zur Anhörung – Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer

Aktuell werden die Spitallisten in der Regel alle vier Jahre erneuert. Das heisst, die Leistungsaufträge werden im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens alle vier Jahre neu vergeben. Neu sollen diese grundsätzlich auf unbestimmte Dauer erteilt werden. Die Erfüllung der einzelnen Leistungsaufträge und die Entwicklung der inner- und ausserkantonalen Versorgungslandschaft werden vom zuständigen Departement laufend verfolgt. Auch nach der Einführung von unbefristeten Leistungsaufträgen ist der Kanton verpflichtet, die Versorgungsplanung regelmässig zu evaluieren. Gemeint ist damit, dass regelmässig nach längeren Zeitabständen eine grundlegende Überprüfung basierend auf aktuellen Bedarfs-, Qualitäts-, und Wirtschaftlichkeitsdaten erfolgen muss.

Stimmen Sie zu, dass die Leistungsaufträge in Zukunft grundsätzlich auf unbestimmte Dauer vergeben werden sollen?

Spitallistenverfahren

Aktuell werden die Spitallisten in der Regel alle vier Jahre erneuert. Das heisst, die Leistungsaufträge werden im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens alle vier Jahre neu vergeben. Die Bedingungen und Auflagen, die generell oder gegebenenfalls leistungsgruppenspezifisch erfüllt werden müssen, werden im Voraus bekannt gegeben.

Nach Ablauf der Bewerbungsfrist werden die Spitallisten vom Departement Gesundheit und Soziales insbesondere auf Grund der Kriterien Wirtschaftlichkeit, Qualität und Versorgungsbedarf erstellt und dem Regierungsrat zum Beschluss vorgelegt. Dieser fällt die Entscheidung über die Vergabe der Leistungsaufträge. Gegen diesen kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

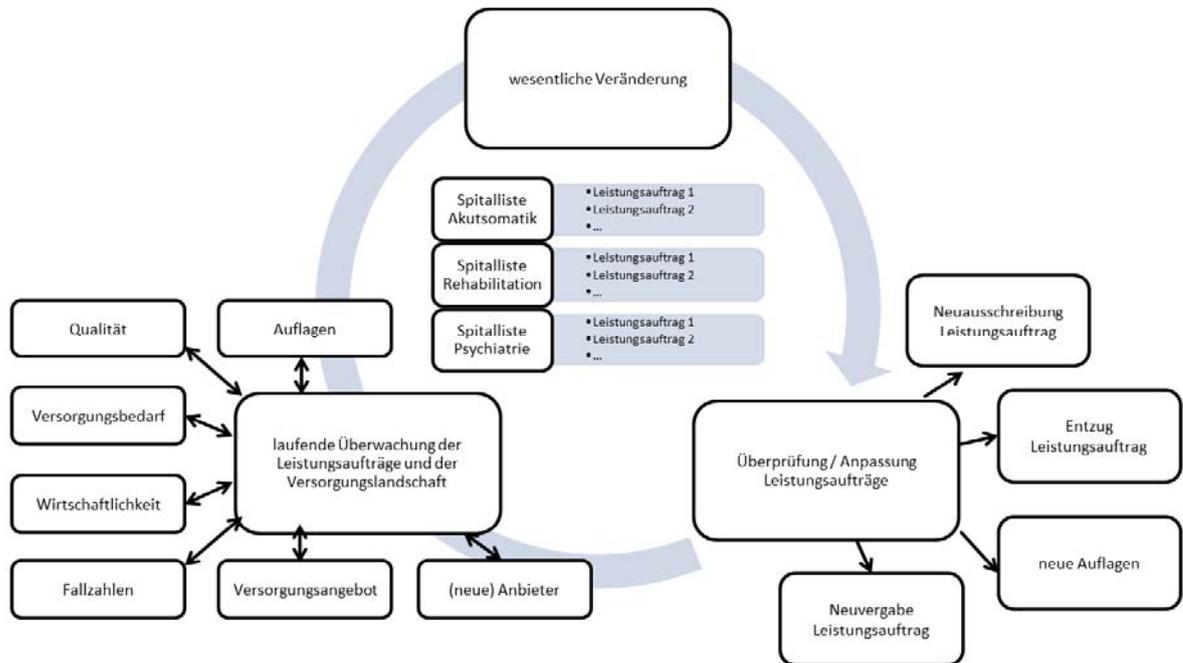
Das aktuelle System verursacht alle vier Jahre sowohl beim Kanton als auch bei den Spitälern einen grossen administrativen Aufwand. Dazu kommt die Problematik der Planungs- und Rechtsunsicherheit bei den Spitälern, da sie sich alle vier Jahre neu für einen Leistungsauftrag bewerben müssen. Dies wirkt sich insbesondere im Hinblick auf die Rekrutierung der Fachärzteschaft und im Rahmen der Planung von Investitionen erschwerend aus.

Lösungsvorschlag

Anstatt die Leistungsaufträge im Vier-Jahres-Rhythmus zu vergeben, sollen diese neu grundsätzlich auf unbestimmte Dauer erteilt werden. Dies wird heute bereits in zahlreichen Kantonen so praktiziert, beispielsweise in den Kantonen Basel-Stadt, Zürich, Bern und St. Gallen.

Das zukünftige System der Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer lässt sich der nachfolgenden Grafik entnehmen:

Abbildung 12: Funktionsweise der Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer



Die Leistungsaufträge werden grundsätzlich für eine unbestimmte Dauer vergeben. Die Entwicklung der inner- und ausserkantonalen Versorgungslandschaft werden vom zuständigen Departement laufend verfolgt.

Auch die Erfüllung der einzelnen Leistungsaufträge durch die einzelnen Leistungserbringer wird regelmässig überprüft. Dabei wird in erster Linie geprüft, ob die Voraussetzungen, welche zur Übernahme eines Leistungsauftrags berechtigten, von den Leistungserbringern nach wie vor eingehalten werden. Dies sind zum Beispiel die Erreichung der Mindestfallzahlen oder die Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards. Weiter soll bei der Beobachtung der Leistungserbringer die Einhaltung und Umsetzung der mit den Leistungsaufträgen verknüpften Auflagen kontrolliert werden.

Innerhalb des Systems können sich wesentliche Veränderungen ergeben, welche den Kanton zum Einschreiten veranlassen. Diese wesentlichen Veränderungen können sowohl bei den Leistungserbringern selbst, als auch an den äusseren Umständen liegen. Bei den internen Veränderungen sind dies vor allem mangelnde Qualität, Nichterreichen der Mindestfallzahlen, Nichteinhaltung von Auflagen oder übermässiges Fallwachstum. Äussere wesentliche Veränderungen können dann auftreten, wenn Leistungserbringer neu auf den Markt kommen oder diesen verlassen oder wenn Behandlungen neu vermehrt ambulant und nicht mehr stationär durchgeführt werden müssen.

In gravierenden Fällen kann eine wesentliche Veränderung dazu führen, dass der Kanton einzelne bereits erteilte Leistungsaufträge neu beurteilen muss. Sollte es dazu kommen, kann der Kanton Leistungsaufträge neu ausschreiben und vergeben, bestehende Leistungsaufträge mit Auflagen verknüpfen oder als ultima ratio Leistungsaufträge entziehen. Den betroffenen Leistungserbringern ist in jedem Fall das rechtliche Gehör zu gewähren. Im Falle des Entzugs eines Leistungsauftrags ist ihnen zudem eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen.

Vergleich der Systeme

Die Aufgaben des Kantons unterscheiden sich im bisherigen System der Vergabe im Vier-Jahres-Rhythmus und der neuen Vergabe der Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer nicht. Auch nach der Einführung von unbefristeten Leistungsaufträgen ist der Kanton verpflichtet, die Versorgungsplanung regelmässig zu evaluieren. Allerdings entfallen die regelmässige Durchführung eines grossen Ausschreibungsverfahrens und die damit verbundene Erteilung der Leistungsaufträge. Die Ausschreibung einzelner Leistungsaufträge ist mit dem neuen System nur noch bei wesentlichen Veränderungen notwendig.

Die Versorgungsplanung wird in Art. 58a Abs. 2 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ausdrücklich vorgeschrieben. Gemeint ist damit, dass regelmässig nach längeren Zeitabständen eine grundlegende Neuplanung (basierend auf aktuellen Bedarfs-, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdaten) erfolgen soll. Wie vorstehend bereits ausgeführt, hat der Kanton Aargau diesem Erfordernis weiterhin nachzukommen, auch wenn die Leistungsaufträge neu grundsätzlich auf unbestimmte Dauer erteilt werden. Verbindlichen Vorgaben, in welchen zeitlichen Abständen die periodische Überprüfung der Spitalplanung zu erfolgen hat, gibt das Bundesrecht nicht vor. Als sachgerecht dürfte sich eine Überprüfung der Versorgungsplanung in periodischen Abständen von acht bis zehn Jahren herausstellen. Sofern sich aufgrund dieser periodischen Überprüfung ein Anpassungsbedarf ergibt, ist allenfalls eine Neuausschreibung der Leistungsaufträge erforderlich.

Die laufende Aktualisierung der Spitallisten ist von der Versorgungsplanung zu unterscheiden. In die Spitallisten fliessen die Erkenntnisse der regelmässigen Überwachung und Evaluation beziehungsweise die daraus abgeleiteten Massnahmen ein, beispielsweise das Nichterreichen der Mindestfallzahlen, die Nichteinhaltung von Auflagen oder ein übermässiges Fallwachstum.

Neu soll im Spitalgesetz darum eine klare Unterscheidung zwischen periodischer Versorgungsplanung und laufender Aktualisierung der Spitallisten vorgenommen werden.

Die Leistungsaufträge auf unbestimmte Dauer bringen für die Leistungserbringer und den Kanton wesentliche Vorteile mit sich:

- Deutlich geringerer administrativer Aufwand für das Ausschreiben und die Durchführung des Bewerbungsverfahrens für die Spitäler und den Kanton. Das Verfahren muss nicht mehr in einem periodisch wiederkehrenden Ausschreibungsverfahren für alle Leistungsaufträge durchgeführt werden.
- Die Leistungserbringer haben durch die grundsätzliche Erteilung von Leistungsaufträgen auf unbestimmte Dauer eine höhere Rechts- und Planungssicherheit. Dies ist für die Leistungserbringer vorteilhaft im Hinblick auf die Rekrutierung der Fachärzteschaft oder im Rahmen der Planung von Investitionen (Planungssicherheit).
- Die zeitlich unbeschränkte Vergabe der Leistungsaufträge entbindet den Kanton nicht von der im Bundesrecht verankerten Pflicht, eine periodische Versorgungsplanung durchzuführen. Sofern sich aus dieser Überprüfung ein hoher Anpassungsbedarf ergibt (zum Beispiel bei Änderung des KVG), so steht es dem Kanton frei, ein umfassendes oder partielles Bewerbungsverfahren durchzuführen. Die Erteilung von Leistungsaufträgen auf unbestimmte Dauer wird darum bei den Spitälern nicht zu einem Besitzstandsdenken führen.

3.4 Massnahmen zur Kostendämpfung

Ein wichtiger Teil der Spitalgesetzesrevision betrifft die Frage, wie der Kanton die stetig steigenden Gesundheitskosten im Bereich der Spitalversorgung eindämmen kann.

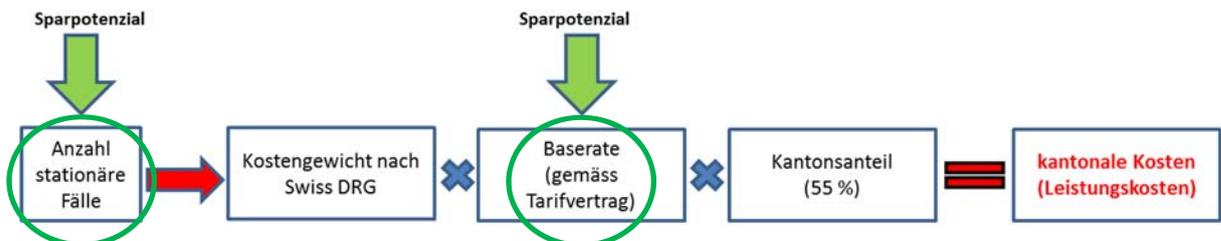
Nachfolgend wird zuerst dargelegt, welche Anknüpfungspunkte für den Kanton überhaupt bestehen. Anschliessend werden die vom Regierungsrat bevorzugten Massnahmen erläutert.

3.4.1 Anknüpfungspunkte

Bevor konkrete Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums ergriffen werden können, muss die Frage gestellt werden, welche Anknüpfungspunkte in diesem komplexen System, mit wenigen Handlungsspielräumen für den Kanton, überhaupt bestehen.

Es zeigt sich, dass das System hauptsächlich zwei Punkte bietet, bei welchen der Kanton kostenwirksam eingreifen kann. Der eine Anknüpfungspunkt betrifft die **Menge**, das heisst die Anzahl der stationär behandelten Fälle. Der andere betrifft die **Tarife**, wobei darunter sowohl die Baserate für die Listenspitäler als auch der Referenztarif fallen.

Abbildung 13: Einflussmöglichkeiten des Kantons auf die Spitalkosten



Zurzeit kann der Kanton Aargau auf die Menge – im Sinne der Anzahl stationärer Fälle – nur beschränkt Einfluss nehmen. Auch auf die Tarife hat der Kanton Aargau kaum Einflussmöglichkeiten.

Dies soll mit der Totalrevision des SpiG geändert werden. Der Kanton soll mehr Handlungsspielräume erhalten, um insbesondere auf die Anzahl stationärer Fälle und die Tarife Einfluss nehmen zu können und so eine Kostendämpfung herbeizuführen.

3.4.2 Ambulant vor Stationär

Frage 2 zur Anhörung – Ambulant vor stationär

Unter "ambulant vor stationär" wird die Bestrebung verstanden, Behandlungen ambulant anstatt stationär durchzuführen. "Ambulant vor stationär" soll bei fehlender Spitalbedürftigkeit zur Anwendung gelangen. Also bei Eingriffen, bei denen im Sinne einer zweckmässigen und wirtschaftlichen Behandlung ein stationärer Spitalaufenthalt nicht erforderlich ist. Mit einer Verschiebung dieser Fälle in den ambulanten Bereich kann ein hohes, derzeit nicht genutztes Einsparpotential realisiert werden.

Stimmen Sie zu, dass eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen wird, dass der Kanton in Ergänzung der Liste des Bundes eine Liste von Eingriffen definieren kann, welche in erster Linie ambulant und nicht stationär zu erbringen sind?

Ausgangslage

Unter "ambulant vor stationär" wird die Bestrebung verstanden, Eingriffe ambulant anstatt stationär durchzuführen. Eine Übernachtung in einem Spital soll für die Patientin oder den Patienten also verhindert werden. "Ambulant vor stationär" soll bei Eingriffen zur Anwendung gelangen, bei denen im Sinne einer zweckmässigen und wirtschaftlichen Behandlung eine Spitalbedürftigkeit nicht gegeben ist. Diverse Studien haben aufgezeigt, dass in der Schweiz viele stationäre Eingriffe ein ungenutztes ambulantes Potenzial aufweisen. Dass Eingriffe, welche zurzeit oder bis vor wenigen Jahren noch standardmässig stationär durchgeführt werden mussten, neu ambulant durchgeführt werden können, liegt vor allem am medizinischen Fortschritt. Dieser macht minimalinvasive Operationstechniken vermehrt möglich und hat zu verbesserten Anästhesieverfahren mit geringerer Belastung für die Patientinnen und Patienten geführt.

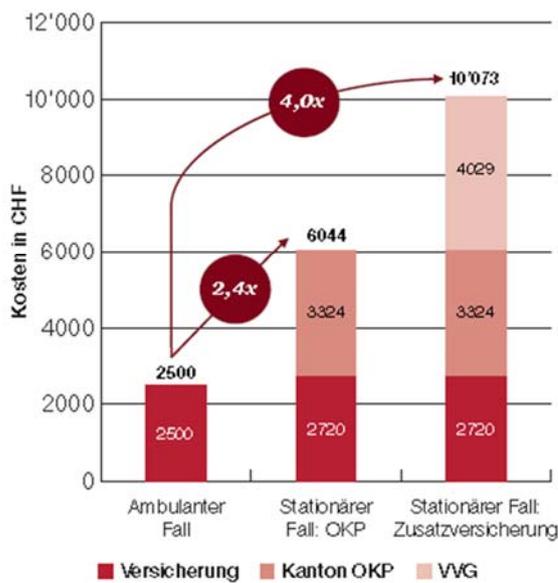
Die Verlagerung von stationär zu ambulant bei fehlender Spitalbedürftigkeit ist aus zahlreichen Gründen erstrebenswert:

- Ambulante Behandlungen sind im Durchschnitt 2,3-mal billiger als stationäre Behandlungen.

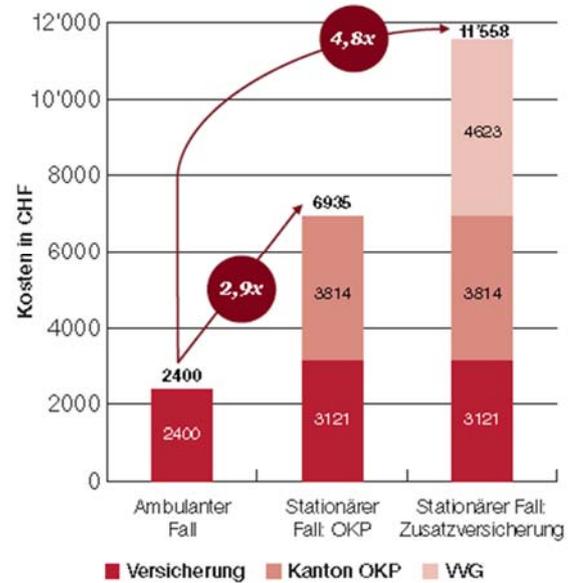
- Die ambulante Behandlung ohne Übernachtung im Spital entspricht einem Patientenwunsch.
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können in der Regel wieder schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren. Dadurch fallen geringere Opportunitätskosten an. Langanhaltende Spitalaufenthalte mit langen Genesungsphasen reduzieren sich.
- Ambulante Eingriffe sind bedeutend weniger infrastrukturintensiv als stationäre.

Abbildung 14: Gegenüberstellung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen

Krampfaderoperation

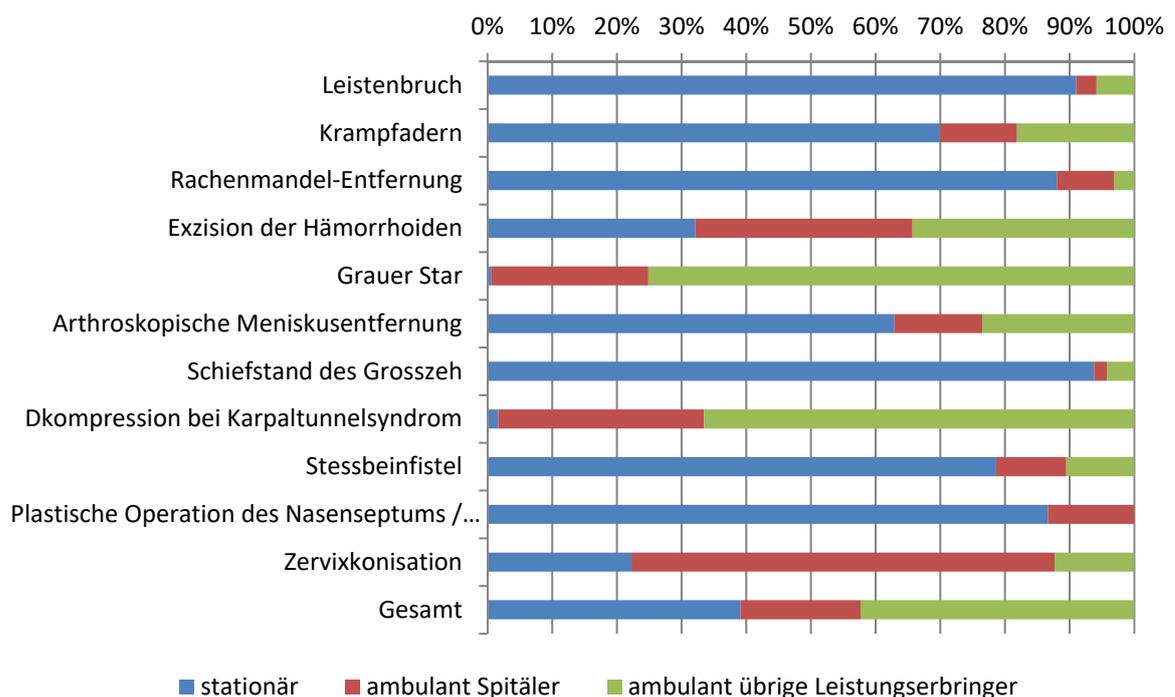


Meniskusoperation



Schweizweit wie auch im Kanton Aargau besteht ein erhebliches Erweiterungs- und somit Sparpotential für "ambulant vor stationär". Die folgende Tabelle illustriert, dass viele Behandlungen und Eingriffe noch mehrheitlich stationär durchgeführt werden. Mit einer Verschiebung in den ambulanten Bereich kann ein hohes, nicht genutztes Einsparpotential realisiert werden.

Abbildung 15: Verteilung ausgewählter Eingriffe stationär/ambulant 2014 bei Aargauer Leistungserbringern



Umsetzung

Als Sofortmassnahmen wurde ambulant vor stationär im Kanton Aargau bereits ab 1. Januar 2018 durch eine Anpassung der Spitalverordnung eingeführt. Dadurch, dass Behandlungen bei fehlender Spitalbedürftigkeit nicht mehr finanziert werden, können mehr als 5 Millionen Franken eingespart werden. Um "ambulant vor stationär" auf eine gesicherte Rechtsgrundlage zu stellen, wird im SpiG eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Dabei soll der Regierungsrat – gegebenenfalls in Ergänzung zur Liste des Bundesrats in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) – eine Liste von Eingriffen definieren, welche in erster Linie ambulant zu erbringen sind.

Der Regierungsrat geht davon aus, dass sich mit "ambulant vor stationär" für den Kanton ab dem Jahr 2020 jährlich zusätzlich über 5 Millionen Franken einsparen lassen. Diese Einsparungen werden voraussichtlich jährlich um eine Million Franken steigen.

3.4.3 Mitfinanzierung der ambulanten sektorisierten Psychiatrie

Frage 3 zur Anhörung – Mitfinanzierung der ambulanten sektorisierten Psychiatrie

Grundsätzlich werden ambulante psychiatrische Leistungen von den Krankenkassen nach TARMED bezahlt. Gewisse Leistungen können von den Krankenkassen mangels einer entsprechenden Tarifposition jedoch nicht bezahlt werden, obschon sie gemäss diverser Studien seit Jahrzehnten für die Wirksamkeit und Effektivität ein wichtiger Bestandteil dieser Behandlungsformen sind. Es handelt sich zum Beispiel um Soziotherapien, Vorhalteleistungen rund um Kriseninterventionen, ärztliche oder pflegerische Behandlungsleistungen von mehr als vier Stunden pro Woche, Vernetzungsleistungen des Sozialdienstes oder von Job-Coaches und Fallmanagern. Es besteht somit eine echte Finanzierungslücke. Sofern keine ambulanten Behandlungsformen bestehen, ist es sehr viel schwieriger, die Patientinnen und Patienten aus dem stationären Setting zu entlassen. Die Wiedereingliederung in den Berufs- und Familienalltag wird stark erschwert. Bei ungenügender Finanzierung ist das ambulante Angebot stark gefährdet, was mittelfristig zu einem Ausbau des stationären Settings führt. Es ist daher im Interesse des Kantons, den Leistungserbringern ein kostendeckendes ambulantes Leistungsangebot zu ermöglichen und die echte Finanzierungslücke zu schliessen.

Stimmen Sie zu, dass eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen wird, dass der Kanton beim Vorliegen einer echten Finanzierungslücke die sektorisierte ambulante psychiatrische Versorgung finanziell unterstützen kann?

Zu den ambulanten psychiatrischen Leistungen der Spitäler gehören mitunter Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchende Angebote (Hometreatment).

Zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von ambulanten Leistungen in der Psychiatrie gibt es zahlreiche Studien. Diese zeigen auf, dass ein wesentlicher Teil der Patientinnen und Patienten, die in eine vollstationäre Behandlung eingewiesen werden, stattdessen adäquat ambulant behandelt werden können. Ambulante und tagesklinische Angebote mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten haben sich mittlerweile denn auch als ein wichtiger und unentbehrlicher Baustein in der psychiatrischen Versorgung etabliert.

Noch einen Schritt weiter geht das Hometreatment. Hometreatment wird sowohl von Spitälern als auch von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern angeboten. Dem Hometreatment-Angebot der Spitäler werden Patientinnen und Patienten auch in akuten Krankheitsphasen oder nach dem Austritt aus einer stationären Institution in ihrem häuslichen Umfeld statt in der Klinik behandelt, wenn immer dies möglich und sinnvoll ist. Diese stationsäquivalente Behandlung zu Hause erfolgt durch ein mobiles und multiprofessionelles Behandlungsteam, das die Patienten je nach Bedarf ein- oder mehrmals täglich aufsucht. Ziel ist es, die regelmässig stark aus- beziehungsweise überlasteten Klinikstationen durch ein potenziell kostengünstigeres, aufsuchendes Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld der Patienten zu ersetzen.

Der Kanton Aargau verfügt im Vergleich mit den Nachbarkantonen über weniger stationäre Kapazitäten. Daher soll mit dem Hometreatment-Angebot der Spitäler nicht zuletzt auch einem Aufbau von Psychiatriebetten entgegengewirkt werden. Durch das Hometreatment an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die damit verbundene Reduktion von Schnittstellenproblemen soll zudem die Versorgungssituation von schwer- und akutpsychisch kranken Menschen im Kanton Aargau verbessert werden. Aus klinischer Sicht bietet das Hometreatment als Alternative zur stationären Klinikbehandlung den Vorteil, dass die Behandlung näher an der Lebenswirklichkeit der Patienten erfolgt und dadurch ein «Real-World-Transfer» von Behandlungsfortschritten begünstigt wird. Das heisst, die Patienten können die in der Behandlung erlangten Fortschritte unmittelbar in ihrem angestammten Alltag erproben und umsetzen.

Grundsätzlich werden ambulante psychiatrische Leistungen von den Krankenkassen nach TARMED bezahlt. Gewisse Finanzierungsmöglichkeiten sind damit zwar vorhanden, insgesamt aber stellen die ungenügende Finanzierung gewisser Einzelleistungen (v.a. Wegzeiten, Koordinationsaufwand, Sozialtherapien, Vorhalteleistungen rund um Kriseninterventionen, ärztliche oder pflegerische Behandlungsleistungen von mehr als vier Stunden pro Woche, Vernetzungsleistungen des Sozialdienstes oder von Job-Coaches und Fallmanagern) sowie die Planungsunsicherheit von Angeboten, die auf öffentliche Finanzierungsbeiträge der Kantone angewiesen sind, eine riesige Herausforderung dar.

Da gewisse Leistungen von den Krankenversicherern aufgrund fehlender Tarifpositionen nicht übernommen werden, besteht eine sogenannte echte Finanzierungslücke. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es für die Psychiatriebetriebe daher vorteilhafter, Behandlungen stationär anstatt ambulant zu erbringen. Gleichzeitig sind aufgrund des schweizerischen dualen Finanzierungsmodells die Krankenversicherer wenig daran interessiert, ambulante Versorgungsstrukturen zu fördern oder im Einzelfall ambulante Behandlungen zu fordern.

Der Kanton Aargau unterstützt seit Jahren die psychiatrischen Tageskliniken von innerkantonalen Listenspitälern und die ambulanten Angebote der PDAG. Dank dieser Mitfinanzierung können die Psychiatrischen Kliniken diese wichtigen ambulanten Leistungen anbieten. Zudem werden stationäre Behandlungen verhindert.

Insgesamt erfolgte im 2017 eine kantonale Mitfinanzierung an knapp 20'000 Tagesklinik-Tagen. Der kantonale Beitrag betrug (bei einem gewichteten durchschnittlichen Tagesansatz von Fr. 210.–) insgesamt 4,2 Millionen Franken. Wären diese Personen stationär behandelt worden, hätte dies den Kanton fast doppelt so viel gekostet. Neben der Mitfinanzierung von Tageskliniken beteiligt sich der Kanton mit 6,5 Millionen Franken an den Ambulatorien der PDAG und mit 0,9 Millionen Franken an einem Pilotprojekt der PDAG zum Hometreatment.

Diese Finanzierung lohnt sich für den Kanton. Die Einsparung aus Sicht der Leistungsfinanzierer (Kanton und Krankenversicherer) erfolgt einerseits, weil die Patientinnen und Patienten mit Hometreatment-Möglichkeit weniger Pflage tage benötigen und andererseits, weil im Hometreatment ein geringerer Tagestarif zur Anwendung gelangt

In den ersten drei Jahren des Projekts wurden im Hometreatment insgesamt 9'311 Pflage tage geleistet. Dies entspricht – unter Berücksichtigung der anfänglichen Aufbau- und Teamfindungsphase – durchschnittlich 3'104 Hometreatment-Pflage tagen pro Jahr. Diese Hometreatment-Pflage tage stellen für alle Beteiligten eine attraktive Alternative für stationäre Pflage tage dar, das heisst, sie erfolgen anstelle von – und nicht zusätzlich zu – stationären Behandlungstagen in der Klinik. Nach Abschluss der Einführungsphase erbringt die PDAG jährlich 4'000 Pflage tage im Hometreatment.

Die Einsparung aus Sicht der Leistungsfinanzierer (Kanton und Krankenversicherer) erfolgt einerseits, weil die Patienten mit Hometreatment-Möglichkeit um einen Faktor 1,604 weniger Pflage tage benötigen und andererseits, weil im Hometreatment ein geringerer Tagestarif von Fr. 410.– gegenüber Fr. 650.– für stationäre Behandlungen zur Anwendung gelangt

Bei jährlich 4'000 Hometreatment-Pflegetagen belaufen sich die Kosteneinsparungen für die Leistungsfinanzierer auf geschätzte Fr. 1'539'840.– (= 1.604 x 4'000 Pflegetage x Fr. 240.–) pro Jahr. Für den Kanton resultierten damit Kosteneinsparungen von Fr. 846'912.– pro Jahr, weil er zu 55 % von den Einsparungen profitiert.

Zur Gewährleistung der ambulanten Grundversorgung in der Psychiatrie und gleichzeitig auch zur Entlastung des stationären Bereichs wird im Rahmen der Revision des Spitalgesetzes die gesetzliche Grundlage zur Förderung der ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen geschaffen. Dabei soll auch eine finanzielle Beteiligung an den ambulanten psychiatrischen Leistungen möglich werden, allerdings nur, wenn damit erwiesenermassen stationäre Strukturen entlastet und eine kostendeckende Finanzierung seitens Krankenversicherer nachweislich nicht gegeben ist und somit eine echte Finanzierungslücke besteht.

Um nicht gegen den Grundsatz der Finanzierungspflicht von ambulanten Leistungen durch die Krankenversicherer zu verstossen, sollen von vornherein nur nicht-kassenpflichtige Leistungen finanziert werden. Die Leistungserbringer müssen vorher alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben, die ambulanten Leistungen sachgerecht und kostendeckend durch die Krankenversicherer zu finanzieren. Eine kantonale Beteiligung an ambulanten Leistungen soll immer nur als letzte Variante Anwendung finden. Sobald die entsprechenden Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden beziehungsweise die Finanzierung anderweitig sichergestellt werden kann, fällt die kantonale Beteiligung weg.

3.4.4 Indikationsqualität

Frage 4 zur Anhörung – Indikationsqualität

Im Rahmen der Prüfung der Indikationsqualität findet die Beurteilung statt, ob die vorgesehene Behandlung (insbesondere eine vorgesehene Operation) im konkreten Einzelfall angemessen oder ob zuerst eine ebenfalls zweckmässige, aber wirtschaftlichere konservative Behandlung (zum Beispiel Physiotherapie) angezeigt ist. Eine Einflussnahme auf die Indikationsstellung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes kann dazu beitragen, dass auf nicht notwendige operative Eingriffe verzichtet und zuerst eine konservative Therapie angewendet wird. Die Indikationsqualität eignet sich damit als Massnahme zur Kostendämpfung.

Stimmen Sie zu, dass im Kanton Aargau Massnahmen ergriffen werden sollen, um die Indikationsqualität bei bestimmten Krankheitsbildern gezielt zu verbessern (Stichworte: Zweitmeinungen, Operation nur, wenn zuvor eine konservative Behandlung erfolgte)?

Im Rahmen der Prüfung der Indikationsqualität findet die Beurteilung statt, ob die vorgesehene Behandlung (insbesondere eine vorgesehene Operation) im konkreten Einzelfall angemessen oder ob zuerst eine ebenfalls zweckmässige, aber wirtschaftlichere konservative Behandlung (zum Beispiel Physiotherapie) angezeigt ist. Eine Einflussnahme auf die Indikationsstellung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes kann dazu beitragen, dass auf nicht notwendige operative Eingriffe verzichtet und zuerst eine konservative Therapie angewendet wird. Die Indikationsqualität eignet sich damit als Massnahme zur Kostendämpfung.

Dies ist dann der Fall, wenn nach der Indikationsstellung eine Zweitmeinung eingeholt werden muss und gestützt auf diese Zweitmeinung operative medizinische Eingriffe verhindert werden können. Zudem können für bestimmte medizinische Eingriffe eine interdisziplinäre Besprechung und eine Indikationsstellung in Indikationsboards vorgesehen werden. Diese Massnahme zielt darauf ab, den Prozess der Indikationsstellung durch die zwingende Einbeziehung mehrerer (fachärztlicher) Disziplinen zu verbessern. Alternativ kann die Zulässigkeit der ursprünglich geplanten Behandlung auch davon abhängig gemacht werden, dass vorgängig während einer Dauer von beispielsweise sechs Monaten eine konservative Behandlung durchgeführt wurde. Die Knüpfung der Leistungspflicht eines operativen Eingriffs an Bedingungen ist dem KVG nicht fremd. So ist zum Beispiel eine operative Adipositasbehandlung nur beim Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen (zum Beispiel zweijäh-

rige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion und Body-Mass-Index von mehr als 35) eine Pflichtleistung.

Durch die aufgezeigten Massnahmen kann durch breitere Abstützung festgestellt werden, ob ein bestimmter operativer Eingriff medizinisch tatsächlich ausgewiesen ist oder nicht. Ein operativer Eingriff ist dann medizinisch nicht zwingend ausgewiesen, wenn alternative Behandlungen ebenfalls zweckmässig aber deutlich wirtschaftlicher sind.

Es soll jedoch nicht bei allen medizinischen Behandlungen vorgängig zwingend eine weitere Beurteilung eingeholt werden müssen. Vielmehr soll eine weitere Beurteilung, die interdisziplinäre Besprechung und Indikationsstellung in Indikationsboards oder die obligatorische vorgängige Durchführung einer konservativen Behandlung nur vor bestimmten Wahleingriffen erforderlich sein. Zu denken ist hierbei insbesondere an folgende Wahleingriffe: Knie- und Hüftgelenkersatz, gefässchirurgische und Wirbelsäuleneingriffe (Diskushernie, Versteifung, enger Spinalkanal, Vertebroplastie), elektive Arthroskopien. Die Gemeinsamkeit dieser vorgenannten Eingriffe liegt darin, dass diese häufig auch konservativ zweckmässig behandelt werden können. Auf diese Weise kann der ursprünglich vorgesehene operative Eingriff verhindert werden. Eine konservative Behandlung stellt eine Behandlungsmethode dar, bei welcher kein operativer Eingriff erfolgt. Stattdessen gelangen alternative Behandlungsmethoden wie beispielsweise Physiotherapie zur Anwendung. Die Einsparung liegt damit einerseits in der nicht durchgeführten Operation und andererseits in der ebenfalls weggefallenen nachoperativen Rehabilitation.

Wie bei "ambulant vor stationär" (siehe Ziffer 3.4.2) bietet es sich an, eine Liste zu erstellen. Auf dieser Liste sollen diejenigen Eingriffe aufgeführt werden, bei welchen vorgängig zwingend eine Zweitbeurteilung beziehungsweise eine Indikationsstellung in Indikationsboards zu erfolgen hat. Die Auswahl der Eingriffe, welche auf die Liste aufgenommen werden sollen, erfolgt durch den Regierungsrat bei Bedarf unter Einbezug von Experten.

Zusammengefasst erhöhen die Einführung von Zweitmeinungen, die Förderung von Indikationsboards und die obligatorische vorgängige Durchführung einer konservativen Behandlung die Indikationsqualität für bestimmte Eingriffe. Die betroffenen Eingriffe werden auf einer Liste aufgeführt. Unnötige und nicht wirksame Leistungen sowie deren Nebenwirkungen oder Zwischenfälle lassen sich durch die Steuerung über die Indikationsqualität vermindern. Massnahmen im Bereich der Indikationsqualität setzten somit bei der Menge der durchgeführten operativen Eingriffe an. Insbesondere sollen bestimmte operative Eingriffe gar nicht erst durchgeführt werden, sofern eine alternative, zweckmässige und wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit existiert (siehe auch Bericht der Expertengruppe, Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung, Seite 52).

3.4.5 Pilotnorm

Frage 5 zur Anhörung – Pilotnorm

Es ist von zentraler Bedeutung, dass neuen Ideen und innovativen Projekten genügend Raum eingeräumt wird. Aufgrund der zu erwartenden positiven Effekte der Förderung von Pilotprojekten erscheint es wichtig und sinnvoll, dass der Kanton dafür die geeigneten Rahmenbedingungen schafft. Es wird daher die Einführung einer sogenannten „Pilotnorm“ vorgeschlagen, welche es dem Kanton erlaubt, innovative Projekte und Versorgungsmodelle zu unterstützen.

Stimmen Sie zu, dass im Spitalgesetz eine Pilotnorm eingeführt werden soll?

Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Leistungserbringer steigen stetig. Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass neuen Ideen und innovativen Projekten genügend Raum eingeräumt wird. Innovative Projekte bieten die Chance, das bestehende Gesundheitswesen vorwärts zu bringen, neue Herangehensweisen zu erproben und alte Vorgehensweisen und Muster zu verlassen. Denkbar sind Konzepte:

- zur Erprobung neuer Therapie- und Behandlungsmethoden,
- neuer technischer Geräte und Hilfsmittel oder
- zu neuen Finanzierungsmodellen.

Auf Bundesebene wird derzeit die sogenannte „Experimentierklausel“ geprüft. Nach dieser Klausel sollen Kantone oder Versicherer die Möglichkeit erhalten, Massnahmen und Projekte zu entwickeln und durchzuführen, welche von den Bestimmungen des KVG und seinen Verordnungen abweichen. Als Beispiele können genannt werden:

- Aufhebung des Kontrahierungszwangs
- Zulassungsbeschränkungen
- Pauschalabgeltungen im ambulanten Bereich
- keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier oder
- einheitliche Finanzierung der Leistungen der sozialen Krankenversicherung

Aufgrund der zu erwartenden positiven Effekte der Förderung von Pilotprojekten erscheint es wichtig und sinnvoll, dass der Kanton dafür die geeigneten Rahmenbedingungen schafft. Es wird daher die Einführung einer sogenannten „Pilotnorm“ vorgeschlagen, welche es dem Kanton erlaubt, innovative Projekte und Versorgungsmodelle zu unterstützen.

Die besagte Pilotnorm ermöglicht dem Kanton eine einfachere Förderung sinnvoller Projekte, welche die Spitalversorgung entlasten können. Diese Projekte sollen medizinische, versorgungstechnische und/oder wirtschaftliche Verbesserungen erzielen. Als Beispiel seien Komplexpauschalen über den gesamten Behandlungsprozess hin erwähnt. Den Trägern von solchen Pilotprojekten soll es ermöglicht werden, von gesetzlichen Bestimmungen abzuweichen. Allerdings muss dies unter genauer Angabe der Dauer des Projekts und der Bestimmungen, von welchen abgewichen werden soll, erfolgen. Die Art der Abweichung muss dabei beim Regierungsrat beantragt werden. Der Regierungsrat beschliesst über die Bewilligung des Projekts.

Erweisen sich solche Pilotprojekte als erfolgreich, können sie kantonsweit eingeführt werden und es ist mit einer Steigerung der Versorgungsqualität und/oder relevanten Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen und damit auch für den Kanton zu rechnen.

3.4.6 Controlling

Eine gute Datenbasis bildet die Grundlage, damit der Kanton seiner Bevölkerung eine sach- und bedarfsgerechte sowie qualitativ hochstehende Spitalversorgung bieten kann. Nur durch die Erhebung der notwendigen Daten kann der Kanton die ihm vom Bundesrecht zugeteilten Aufsichts- und Kontrollaufgaben wahrnehmen. Es ist daher zwingend notwendig, dass die Leistungserbringer dem Kanton die dafür notwendigen Daten fristgerecht, detailliert, vollständig und in guter Qualität zustellen. Dieser Verpflichtung sind die Leistungserbringer bisher teilweise nur ungenügend nachgekommen.

Die Leistungserbringer werden gesetzlich dazu verpflichtet, der zuständigen kantonalen Behörde die erforderlichen Daten für die Beurteilung der Spitalplanung, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sowie der Überprüfung der Preis-, Leistungs- und Kostenentwicklung und der Zweckmässigkeit der Leistungserbringung vollständig und in hoher Qualität fristgerecht zur Verfügung zu stellen.

Zudem wird die Grundlage dafür geschaffen, dass der Kanton die von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellten Daten im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung bearbeiten und im Rahmen der Spitalabrechnung auf die Daten des Einwohnerregisters zugreifen darf.

Um den gesetzlich vorgegebenen Aufsichts- und Kontrollaufgaben nachzukommen, werden im SpiG das Leistungsauftragscontrolling sowie das Leistungscontrolling, welches auch ein medizinisches Controlling einschliesst, neu geregelt.

Das Leistungsauftragscontrolling bezieht sich insbesondere auf die durch die kantonale Spitalliste vergebenen Leistungsaufträge der jeweiligen Leistungserbringer. Es wird beispielsweise geprüft, ob die abgerechneten Fälle der Leistungserbringer tatsächlich im Rahmen ihrer Leistungsaufträge erbracht worden sind. Denn nur dann ist der Kanton zur Zahlung des Kantonsanteils verpflichtet.

Das Leistungscontrolling stellt unter anderem sicher, dass Massnahmen wie "ambulant vor stationär" umgesetzt und deren Einhaltung überprüft werden können. Über ein medizinisches Controlling im Rahmen des Leistungscontrollings wird es darüber hinaus möglich sein, Rechnungen von Leistungserbringern zeitnah zu überprüfen. Denn obwohl der Kanton Hauptfinanzierer von Spitalbehandlungen ist, kann er beispielsweise die medizinischen Daten im Prozess der Leistungsvergütung – im Vergleich zu den Krankenkassen – zurzeit materiell nicht prüfen. Aus diesem Grund haben bereits verschiedene Kantone eine gesetzliche Grundlage für die materielle Überprüfung der Leistungen geschaffen, zum Beispiele der Kanton Zürich oder Kanton Solothurn. Diese Grundlage soll nun auch im Kanton Aargau geschaffen werden.

Dem Regierungsrat ist bewusst, dass es sich bei der Bearbeitung von Patientendaten um einen schweren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten handelt. Er ist aber überzeugt, dass dafür ein überwiegendes öffentliches Interesse besteht. Denn einerseits haben die Kantone die Befugnis, Personendaten – einschliesslich besonders schützenswerter Daten – zu bearbeiten, wenn diese für die Erfüllung der nach dem Gesetz übertragenen Aufgaben zwingend erforderlich sind (Art. 84 KVG). Andererseits hat der Kanton seiner Mitfinanzierungspflicht nachzukommen. Zur Finanzierung werden Steuergelder der Aargauer Einwohnerinnen und Einwohner verwendet. Damit hat der Kanton zu gewährleisten, dass diese Zahlungen korrekt erfolgen.

Das kantonale Recht hält sodann fest, dass die kantonalen Behörden die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erbrachten Leistungen auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und die Aufgaben mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erfüllen haben (§ 2 GAF). Darüber hinaus stehen die einzuführenden Instrumente im Einklang mit der wirkungsorientierten Verwaltungsführung (WOV) des Kantons Aargau. Mit der Einführung von WOV sollen wichtige Steuerungsinstrumente geschaffen werden, die eine gute Qualität aufweisen. Die Erhöhung der Transparenz wird als ein wichtiges Ziel beschrieben.

3.4.7 Einbezug von Expertengruppen

Die neu einzuführenden Massnahmen zur Kostendämpfung erfordern zu deren konsequenter Umsetzung ein hohes Mass an technischem und fachlichem Wissen. So müssen beispielsweise bei der Massnahme zur Indikationsqualität vorgängig definiert werden, welche Behandlungen einer besonderen Indikation bedürfen und auf welchem Wege dies geschehen muss, also beispielsweise durch Indikationsboards oder Einholung einer Zweitmeinung. Auch bei ambulant vor stationär müssen vorgängig Behandlungen festgelegt werden, welche aufgrund des aktuellen medizinischen Stands grundsätzlich ambulant erbracht werden müssen. Bei der Erhebung der entsprechenden Daten und der Festlegung der einzelnen Richtwerte kann das Departement Gesundheit und Soziales auf fachlichen Inputs von Experten zurückgreifen.

Lösungsvorschlag

Um die Kostendämpfungsmassnahmen optimal umsetzen zu können, wird das zuständige Departement für Gesundheit und Soziales in Zukunft bei Bedarf Expertengruppen bilden. Diese können sich bedarfsabhängig aus Vertretern des Kantons, von Leistungserbringern und weiteren Fachleuten zusammensetzen. Bei den Fachleuten ist vor allem an Vertreter der Spitalleitungen und Ärzte zu denken. Aber auch Ökonomen könnten unter Umständen Teil einer Expertengruppe sein.

Das Departement Gesundheit und Soziales wird die Empfehlungen der Expertengruppen in die weiteren Arbeiten einfliessen lassen. So wird es dem Regierungsrat möglich sein, seine Entscheide abgestützt auf einer fundierten Basis zu treffen.

3.5 Spitalsteuer

Frage 6 zur Anhörung – Spitalsteuer

Aktuell werden nach § 22 SpiG die zur Finanzierung des Kantonsanteils an der Spitalfinanzierung benötigten Mittel aus allgemeinen Staatsmitteln (allgemeine Kantonssteuer) und aus einer zusätzlichen Spitalsteuer von höchstens 15 % beschafft. Die Bestimmung zur Spitalsteuer ist im SpiG systemfremd. Zudem ist die Spitalsteuer nicht mehr zweckmässig, weil sie aktuell nur noch rund die Hälfte des Kantonsanteils an der Spitalfinanzierung deckt.

Stimmen Sie zu, dass die Spitalsteuer als Institut im Spitalgesetz gestrichen und die Steuer in die ordentliche Kantonssteuer (StG) überführt werden soll?

Aktuell werden nach § 22 SpiG die zur Finanzierung des Kantonsanteils an der Spitalfinanzierung benötigten Mittel aus allgemeinen Staatsmitteln (allgemeine Kantonssteuer) und aus einer zusätzlichen Spitalsteuer von höchstens 15 % beschafft. Der Steuersatz der Spitalsteuer wird jeweils vom Grossen Rat im Rahmen des Budgets festgelegt. Die Spitalsteuer wurde als zweckgebundene Sondersteuer im Spitalgesetz vom 19. Oktober 1971 eingeführt. Seit über 20 Jahren wurde diese auf jeweils 15 % festgesetzt.

Die Bestimmung zur Spitalsteuer ist im SpiG systemfremd. Zudem ist die Spitalsteuer nicht mehr zweckmässig, weil sie aktuell nur noch rund die Hälfte des Kantonsanteils an der Spitalfinanzierung deckt. Darum soll formell auf das Institut der Spitalsteuer verzichtet und die Bestimmung aus dem SpiG gestrichen werden. Der wegfallende Zuschlag muss kostenneutral in die ordentlichen Steuern überführt werden. Dazu braucht es eine Fremdänderung im Steuergesetz, da der ordentliche Steuerfuss der einfachen Kantonssteuer 100 % nicht überschreiten darf. Mit dem Wegfall der Spitalsteuer muss der Höchstwert für die einfache Kantonssteuer auf 115 % und der aktuelle Kantonssteuerfuss entsprechend um 15 % erhöht werden.

3.6 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

3.6.1 Verankerung der Finanzierungsmöglichkeit

Frage 7 – Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

Bisher war die Finanzierung von GWL im SpiG nicht geregelt, obwohl deren Notwendigkeit kaum bestritten wird. Neu soll darum auf Gesetzesstufe ausdrücklich vorgesehen werden, dass der Kanton solche Leistungen finanzieren kann. Die Finanzierung von GWL ist an strenge Voraussetzung geknüpft. Sie müssen der Sicherstellung der Spitalversorgung dienen und die finanzielle Unterstützung muss aus Gründen der Versorgungs- und Patientensicherheit notwendig sein.

Stimmen Sie zu, dass im Spitalgesetz eine gesetzliche Grundlage für die Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen geschaffen werden soll?

Für die grundlegenden Ausführungen zu den GWL wird auf Ziffer 1.5.2 verwiesen.

Bisher war die Finanzierung von GWL im SpiG nicht geregelt, obwohl deren Notwendigkeit kaum bestritten wird. Neu soll darum auf Gesetzesstufe ausdrücklich vorgesehen werden, dass der Kanton solche Leistungen finanzieren kann, sofern diese der Sicherung der Spitalversorgung dienen und die finanzielle Unterstützung aus Gründen der Versorgungs- und Patientensicherheit notwendig ist. Der Nachweis der Deckungslücke muss kostenbasiert erfolgen.

3.6.2 Verzicht auf eine obligatorische Ausschreibung

Der Regierungsrat geht davon aus, dass eine obligatorische Ausschreibung der finanziellen Leistungen an GWL nicht sinnvoll wäre und keine finanzielle Entlastung mit sich bringen würde:

- Der Finanzierungsaufwand für GWL im Kanton Aargau ist im interkantonalen Vergleich bereits gering (siehe Ziffer 1.5.2).
- Die finanziellen Leistungen des Kantons werden an alle Spitäler, die gemeinwirtschaftliche Leistungen erbringen, nach demselben Schlüssel ausgerichtet.
- Es macht beispielsweise wenig Sinn, die GWL "Bereitstellung von geschützten Operationsstellen" auszuschreiben. Denn entweder verfügt ein Spital über solche oder eben nicht. Die bereits vorhandenen geschützten Operationsstellen sollen weiterhin genutzt werden, neue Kapazitäten sollen aber keinesfalls durch falsche Anreize geschaffen werden.
- Gleiches gilt sinngemäss für die Leistungen rund um die sektorisierte Versorgung oder die Fürsorgerische Unterbringung. Diese Leistungen können per se nur von psychiatrischen Kliniken angeboten werden, die Fürsorgerische Unterbringung sogar nur bei einem entsprechenden Leistungsauftrag.
- Sollen zu einem späteren Zeitpunkt neue GWL gefragt sein und unter den Leistungsanbietern ein grosses Interesse bestehen, könnte auch ohne gesetzliche Grundlage im SpiG ein Ausschreibungsverfahren durchgeführt werden.
- Für die vom Kanton Aargau derzeit mitfinanzierten GWL im Bereich der Spitalversorgung besteht kein Markt. Darum wäre ein Ausschreibungsverfahren für die Leistungserbringer und den Kanton nur mit Aufwand verbunden und würde zu keinen Einsparungen, sondern eher zu Fehlanreizen führen (Schaffen von neuen Kapazitäten).

3.7 Bodengebundenes Rettungswesen

3.7.1 Ausgangslage

Das Rettungswesen befasst sich mit erkrankten und verunfallten Menschen am Ort des Geschehens und während des Transports in die Notfallstation eines Spitals. In den Bereich des Spitalwesens gehört neben der eigentlichen internen Spitalversorgung somit auch das bodengebundene Rettungswesen. Darum ist dieser Themenbereich im Rahmen der Spitalgesetzgebung abzuhandeln. Besonders weil ein Grossteil der bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton Aargau von den Kantons- und Regionalspitalern betrieben wird.

Das Rettungswesen im Kanton Aargau ist historisch gewachsen. Es funktioniert über Einsatzgebiete, die den Rettungsdiensten zugeteilt werden. Koordiniert und geführt werden die Rettungsdienste seit Frühjahr 2017 durch die SNZ 144 in der neuen kantonalen Notrufzentrale (KNZ), welche die Einsatzleitstelle 144 (ELS 144) der KSA abgelöst hat.

Das Rettungswesen stützt sich nicht auf eine gesetzliche Grundlage ab und ist rein konzeptionell entstanden. Einzelne Bestimmungen zum Rettungswesen existieren lediglich im GesG und in der VBOB. Rechtlich gesehen besteht ein dringender Handlungsbedarf. Denn ohne rechtliche Grundlage wird es dem Kanton in Zukunft nicht möglich sein, seinen Verpflichtungen im Bereich des bodengebundenen Rettungswesens nachzukommen und vor allem bei Missständen oder Fehlentwicklungen einzugreifen. Im Rahmen der Totalrevision des SpiG wird das bodengebundene Rettungswesen darum gesetzlich verankert. Das aktuelle und bewährte System soll aber soweit als möglich weitergeführt werden.

3.7.2 Bewilligungspflicht

Transport- und Rettungsunternehmen unterliegen im Kanton Aargau gemäss GesG und VBOB einer Bewilligungspflicht, die beim Departement Gesundheit und Soziales einzuholen ist. Dabei gib es zum einen Transport- und Rettungsunternehmen, die über eine grosse Bewilligung zur Durchführung von Primärtransporten, also Notfalltransporten, verfügen. Zum andern Unternehmen, welche nur eine

kleine Bewilligung zur Durchführung von Sekundärtransporten, also Kranken- und Verlegungstransporte ohne Notfalltransporte, besitzen. Das Departement Gesundheit und Soziales kann Unternehmen, die nur sitzende Patientinnen oder Patienten transportieren, von der Bewilligungspflicht befreien.

An der Bewilligungspflicht wird festgehalten. Nur durch ein Bewilligungsverfahren kann der Kanton garantieren, dass die im Kantonsgebiet tätigen Rettungsdienste gewisse unabdingbare Mindestanforderungen erfüllen. Aus Gründen der Patientensicherheit ist der Weiterbestand der Bewilligungspflicht für Rettungsdienste daher unverzichtbar.

3.7.3 Verpflichtung zum Rettungsdienst

Aktuell betreiben die Spitäler freiwillig einen bodengebundenen Rettungsdienst. Daran gilt es aus Patientensicht grundsätzlich nichts auszusetzen. Das System der Freiwilligkeit hat sich bewährt, scheint zu funktionieren und vermag eine gute Qualität im Rettungswesen zu gewährleisten. Andererseits sind zukünftige Entwicklungen und insbesondere die Zukunft der bodengebundenen Rettungsdienste ungewiss. Es soll darum gesetzlich die Möglichkeit geschaffen werden, die akutsomatischen Aargauer Listenspitäler zur Übernahme von bodengebundenen Rettungsdiensten zu verpflichten. Nur so kann der Kanton Aargau auch in Zukunft ein funktionierendes, qualitativ hochstehendes bodengebundenes Rettungswesen garantieren.

3.7.4 Planungskompetenz für Primärtransporte

Die aktuelle Gebietseinteilung im Kanton Aargau beruht auf einer rechtlich nicht hinreichend verankerten Grundlage. Im Falle von Streitigkeiten dürfte es für den Kanton äusserst schwierig werden, die aktuelle Gebietszuteilung auf die spärlich vorhandenen rechtlichen Grundlagen abzustützen. Aber auch die bodengebundenen Rettungsdienste haben keine Rechts- und Planungssicherheit und können nicht langfristig planen.

Aus diesen Gründen soll die Gebietszuteilung rechtlich verankert werden. Dabei soll die Gebietszuteilung nicht durch den Kanton erfolgen, vielmehr sollen die akutsomatischen Aargauer Listenspitäler selbstverantwortlich handeln. In Zukunft sollen sie die Gebiete untereinander aufteilen, sodass jeder bodengebundene Rettungsdienst wirtschaftlich rentabel geführt und die Qualität des bodengebundenen Rettungsdienstes sichergestellt werden kann. Sollte dies den Listenspitälern alleine nicht möglich sein, sind sie verpflichtet, Dritte beizuziehen.

3.7.5 Verzicht auf die Regelung zur Luftrettung

Auf die Verankerung der Luftrettung im totalrevidierten SpiG wird verzichtet, weil kein Regelungsbedarf besteht:

- Die aktuelle Situation ist aus Patienten- und Versorgungssicht gut.
- Der Kanton muss sich an der Luftrettung finanziell nicht beteiligen.
- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht keine Regelungspflicht für die Kantone vor.
- Im Vergleich zur Bodenrettung ist die Luftrettung nicht eng an die Spitäler gekoppelt.
- Im Vergleich zur Bodenrettung sind weniger Leistungserbringer beteiligt, was eine gesetzliche Regelung durch den Kanton entbehrlich macht.
- Die Regelung in der Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (VBOB), welche sich ausschliesslich auf die Betriebsbewilligung bezieht, wird als genügend erachtet.
- Die steigenden Zahlen sind darauf zurückzuführen, dass die Alpine Air Ambulance schneller ausrücken kann und darum vermehrt aufgeboden wird, als die früher aufgebodene REGA. Zudem wird der Rettungshelikopter vermehrt eingesetzt, weil das Bedürfnis nach einem Notarzt vor Ort zunimmt und gleichzeitig weniger Anästhesiepfleger gefunden werden können, als dies für die Bestückung der Notfallfahrzeuge notwendig wäre.

3.8 Verwaltungsmassnahmen

Das aktuelle SpiG enthält – neben dem Bewilligungsentzug – keinerlei Bestimmungen, welche eine Sanktionierung der fehlbaren Leistungserbringer ermöglichen würden. Das allgemeine verwaltungsrechtliche Instrumentarium ist in diesem Zusammenhang zu allgemein gehalten. Einer Pflichtverletzung vermag es damit häufig nicht mit einer verhältnismässigen Verwaltungsmassnahme zu begegnen. Zur Durchsetzung der gesetzlichen Vorgaben des SpiG ist es jedoch zwingend erforderlich, dem Kanton adäquate Sanktionsmöglichkeiten einzuräumen. Nur so kann dieser konsequent und mit dem nötigen Durchgriff für den Vollzug der Spitalgesetzgebung sorgen.

Im SpiG wird darum ein breiter Verwaltungsmassnahmenkatalog eingeführt. Die Verwaltungsmassnahmen reichen dabei von einer Verwarnung bis hin zum Entzug der Spitalbewilligung. So kann jeweils eine verhältnismässige und situativ angepasste Verwaltungsmassnahme verhängt werden. Denn das fehlbare Verhalten des zu sanktionierenden Leistungserbringers kann von einer weniger schwerwiegenden Missachtung der Meldepflicht im Bereich der Spitalbewilligungen bis hin zu einer schwerwiegenden Gefährdung der Patientinnen und Patienten reichen.

TEIL KANTONSEIGENE SPITÄLER

3.9 Kantonseigene Spitäler

3.9.1 Ausgangslage

Der bereits geschilderte Rollenkonflikt (siehe Ziffer 1.6) kommt besonders im Bereich der Eigentümerschaft des Kantons an den kantonseigenen Spitälern – KSA, KSB und PDAG – zum Tragen. In der Politik besteht das Bedürfnis, dass die kantonseigenen Spitäler – insbesondere KSA und KSB – kooperieren und Synergien nutzen. Die von der Politik gewünschte Zusammenarbeit der kantonseigenen Spitäler funktioniert allerdings nicht vorstellungsgemass. Darum besteht vereinzelt die Bestrebung, die kantonseigenen Spitäler rechtlich zur engeren Zusammenarbeit zu zwingen.

Die kantonseigenen Spitäler sind grundsätzlich rechtlich vom Kanton unabhängige Rechtssubjekte, obwohl der Kanton an allen kantonseigenen Spitälern jeweils 100 % der Beteiligungen hält. Diese rechtliche Unabhängigkeit gilt es in zweierlei Hinsicht zu beachten. Zum einen haben die kantonseigenen Spitäler aufgrund des OR eine betriebswirtschaftliche Freiheit, welche ihnen vom Kanton nur bedingt eingeschränkt werden darf. Zum anderen dürfen die kantonseigenen Spitäler vom Kanton gegenüber den weiteren Spitälern im Kanton Aargau nicht bevorzugt oder benachteiligt behandelt werden. Der Kanton läuft also immer Gefahr, den Wettbewerb und die Wirtschaftsfreiheit in die eine oder andere Richtung zu beeinflussen.

Der Rollenkonflikt des Kantons zeigt sich mitunter bei der häufig diskutierten zu erreichenden EBITDA-Marge der kantonseigenen Spitäler. Darunter ist das Verhältnis von Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen (auf Sacheinlagen und auf immaterielle Vermögensgegenstände) zum Umsatz des Unternehmens zu verstehen. In seiner Rolle als Eigentümer der kantonseigenen Spitäler fordert der Kanton, dass die kantonseigenen Spitäler eine EBITDA-Marge von 10 % erreichen. Dieser Wert ist in der Spitallandschaft allgemein als langfristiger Zielwert anerkannt und ermöglicht ein nachhaltiges Investieren in die Spitalinfrastruktur. Daneben ist eine hohe EBITDA-Marge aber auch einer der Faktoren – nebst Einflussfaktoren wie Ausschüttungsquote, Zinsen, Abschreibungen, Amortisationen – die beim Kanton zu Dividendeneinnahmen führen. Der Kanton ist aber als Regulator gleichzeitig daran interessiert, die Tarife sämtlicher Spitäler auf der kantonalen Spitalliste möglichst tief zu halten. Beide Interessen kann der Kanton nicht gleichzeitig verfolgen. Entweder lässt er höhere Tarife zu, was bei den kantonseigenen Spitälern zu höheren EBITDA-Margen führt oder er genehmigt keine überhöhten Tarife, was die EBITDA-Marge senkt. Die beiden Ansprüche lassen sich nicht gleichzeitig durchsetzen.

Nachfolgende Lösungsansätze sollen aufzeigen, wie die kantonseigenen Spitäler in Zukunft strategisch geführt und organisiert sein sollten und in welchem Umfang sich der Kanton an diesen beteiligen will.

3.9.2 Beteiligungsverhältnisse

Frage 8 – Beteiligungsverhältnisse an den kantonseigenen Spitälern

Im aktuellen SpiG ist festgelegt, dass der Kanton mindestens 70 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen jedes kantonseigenen Spitals halten muss. Diese Regelung soll in das totalrevidierte SpiG übernommen werden. Neu liegt die Verusserungskompetenz über das verusserbare Aktienkapital beim Regierungsrat.

- a) Stimmen Sie zu, dass der Kanton weiterhin mindestens 70 % des Kapitals und der Stimmrechte jedes kantonseigenen Spitals halten muss?
- b) Stimmen Sie zu, dass der Regierungsrat die Verusserungskompetenz über maximal 30 % des Kapitals erhält?

Das aktuelle SpiG erlaubt es dem Regierungsrat, jeweils maximal 30 % der Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern zu veräussern. Dazu muss er vorgängig die Zustimmung des Grossen Rats einholen. An der 30 % Quote soll auch in Zukunft festgehalten werden. Neu soll es jedoch dem Regierungsrat ohne vorgängige Zustimmung des Grossen Rats möglich sein, eine Minderheitsbeteiligung an Dritte zu veräussern.

Das Festhalten an der 30 % Quote macht aus folgenden Gründen Sinn:

- Es bleibt ein Handlungsspielraum bestehen, damit auf aktuelle und zukünftige Gegebenheiten, Entwicklungen und Möglichkeiten reagiert werden kann, ohne dass das SpiG vorgängig revidiert werden muss.
- Der Kanton behält seine gesellschaftsrechtlichen Einflussmöglichkeiten auf die zwei wichtigsten Akutspitäler und den wichtigsten Leistungserbringer in der Psychiatrie im Kanton Aargau.
- Wenn es zur Veräusserung von Beteiligungen im Umfang von 30 % kommt, kann der Rollenkonflikt (siehe Ziffern 3.9.1 und 1.6) eingedämmt werden. Dennoch hat der Kanton genug Einflussmöglichkeiten, um dafür zu sorgen, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet wird. Es wird somit ein Mittelweg zwischen Verminderung des Rollenkonflikts und Sicherstellung der Versorgungssicherheit und Einflussmöglichkeit gegangen.

Bei einer allenfalls späteren Veräusserung von einzelnen Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern hätte eine Teilveräusserung von weniger als 30 % der Beteiligungen für die Möglichkeiten der gesellschaftsrechtlichen Einflussnahme des Kantons kaum Auswirkungen. Der Kanton könnte als (qualifizierter) Mehrheitsaktionär weiterhin sämtliche Beschlüsse nach seinen Wünschen fällen. Nach wie vor könnte er auch Beschlüssen, die ein qualifiziertes Mehr von zwei Dritteln erfordern, ohne Zustimmung der Minderheitsaktionäre fällen. Darum soll der Regierungsrat die Veräusserung an Dritte in Zukunft auch ohne Zustimmung des Grossen Rats tätigen dürfen. So wird dem Regierungsrat die notwendige Handlungsfreiheit eingeräumt, um flexibel auf das sich verändernde Umfeld reagieren zu können.

Wenn sich der Kanton in Zukunft bereit zeigen sollte, Beteiligungen an einzelnen Spitalaktiengesellschaften zu veräussern, stellt sich die Frage, wer am Kauf solcher Beteiligungen interessiert sein könnte. Dabei ist insbesondere an folgende Interessenten zu denken:

- Bei der Schaffung von Volksaktien, also dem Verkauf einzelner Beteiligungen mit einer grossen Streuung, dürften vorwiegend Private und allenfalls Gemeinden an einem Kauf interessiert sein.
- Beim Verkauf grösserer Beteiligungen oder der gesamten 30 % kommen vorwiegend Investoren oder (Konkurrenz-) Unternehmen in Frage.

Im Rahmen der Ausübung seiner Aktionärsrechte steht es dem Regierungsrat frei, seine Beteiligungen an den Spitalaktiengesellschaften zu veräussern. Beachten muss er allerdings die gesetzliche Regelung, wonach er höchstens 30 % seiner Beteiligungen an Dritte veräussern darf.

3.9.3 Organisation

Frage 9 – Organisation

Für die zukünftige Organisationsform der kantonseigenen Spitäler sind zahlreiche Varianten denkbar. Diese reichen von der vollständigen Unabhängigkeit der Spitäler bis hin zur Fusion.

Im Gesetz wird keine verbindliche Organisationsform für die kantonseigenen Spitäler festgelegt. Der Regierungsrat beabsichtigt aber, die Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern in Zukunft in eine strategische Holding einzubringen. Das operative Geschäft übernehmen weiterhin die Tochtergesellschaften. Diese Variante würde bei den kantonseigenen Spitälern zwangsläufig zu einer engeren Zusammenarbeit führen, ohne deren Entwicklungsmöglichkeiten einzuschränken.

- a) Stimmen Sie zu, dass die Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern in eine strategische Holdinggesellschaft eingebracht und die operative Geschäftstätigkeit weiterhin von den Tochtergesellschaften übernommen werden soll? Falls ja, mit oder ohne PDAG?
- b) Wenn "eher nein" oder "nein", welche der folgenden Varianten würden Sie bevorzugen?
- Selbstständige Aktiengesellschaften
 - Einheitlicher Verwaltungsrat für KSA und KSB
 - Einheitlicher Verwaltungsrat für KSA, KSB und PDAG
 - Finanzholding
 - Operative Holding
 - Fusion

3.9.3.1 Übersicht

Für die zukünftige Organisationsform der kantonseigenen Spitäler sind zahlreiche Varianten denkbar. Diese reichen von der vollständigen Unabhängigkeit der Spitäler bis hin zur Fusion. Um einen Überblick über die wichtigsten denkbaren Strukturen zu erlangen, werden im Folgenden einzelne organisatorische Lösungsansätze näher vorgestellt.

Variante 1: Selbstständige AGs

Die kantonseigenen Spitäler bleiben organisatorisch und strategisch unabhängig voneinander.

Variante 2: Einheitliche strategische Führung

Einzelne politische Vorstösse zielen darauf ab, die kantonseigenen Spitäler – allen voran KSA und KSB – einer einheitlichen strategischen Führung zu unterstellen. Dieses Ziel kann auf unterschiedliche Weise erreicht werden: Es können bei allen Gesellschaften die gleichen – oder zumindest teilweise die gleichen – Verwaltungsräte eingesetzt werden, es kann eine Holding gegründet oder eine Fusion vollzogen werden.

Eine einheitliche strategische Führung bringt vor allem folgende Vorteile mit sich:

- Durch die einheitliche strategische Führung findet unter den einzelnen Standorten eine bessere Absprache und Koordination statt. So kann eine Konzentration der Leistungsangebote erreicht werden.
- Durch die Konzentration von Behandlungsangeboten und die damit zunehmenden Fallzahlen an einem der Standorte wird die Qualität der Behandlungen gesteigert.
- Fixkosten können durch eine bessere Auslastung der Infrastruktur (Geräte und auch Immobilien) dank der Konzentration der Leistungen gesenkt werden.

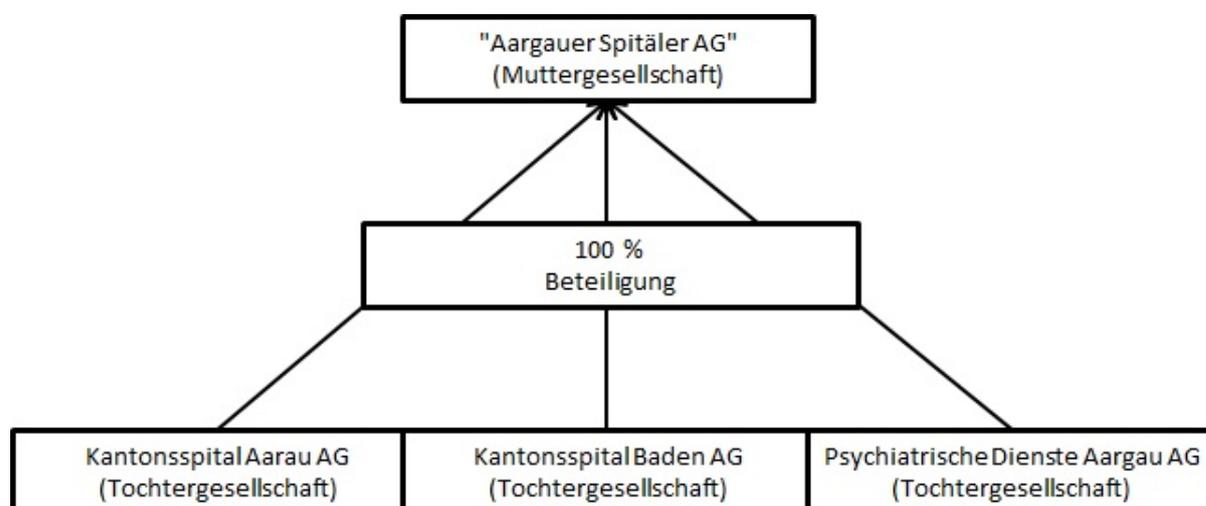
Variante 2a: Selbständige AGs mit einheitlichem Verwaltungsrat

Eine einheitliche strategische Führung kann mit einer entsprechenden Wahl der Verwaltungsräte erreicht werden. Um alle Möglichkeiten offen zu lassen, sollen bisherige Bestimmungen, welche die einheitliche Besetzung der Verwaltungsräte verhindern, nicht in das totalrevidierte SpiG übernommen werden. Auch bei einem einheitlichen Verwaltungsrat bleiben die Aktiengesellschaften (mit oder ohne PDAG) organisatorisch unabhängig voneinander.

Variante 2b: Holding

Bei der Organisation in einer Holdingstruktur werden die Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern – mit oder ohne PDAG – in eine neu zu gründende Gesellschaft eingebracht. Die sogenannte Mutter- oder Holdinggesellschaft übernimmt dabei die Führung über die Tochtergesellschaften (KSA, KSB evtl. PDAG), deren Beteiligungen sie hält.

Abbildung 17: Mögliche Holding-Struktur der "Aargauer Spitäler AG"



Bei einer Holding-Struktur gibt es zahlreiche Varianten. Im Folgenden sollen die drei grundlegendsten Varianten aufgezeigt werden, wobei auch innerhalb der einzelnen Varianten Differenzierungen möglich sind:

- **Finanzholding:** Die Muttergesellschaft hält lediglich die Beteiligungen an den einzelnen Tochtergesellschaften und übernimmt keine strategische oder steuernde Funktion. Sie stellt die finanziellen Mittel für die Tochtergesellschaften zur Verfügung. Ansonsten werden die Tochtergesellschaften in ihrer strategischen und operativen Freiheit nicht eingeschränkt.
- **Strategie Holding:** Die Muttergesellschaft hält nicht nur die Beteiligungen an den Tochtergesellschaften, sondern führt diese auch. Sie legt die Strategien der gesamten Holding-Struktur und der einzelnen Tochtergesellschaften fest. Die Tochtergesellschaften sind jedoch operativ selbständig und müssen ihre operative Tätigkeit lediglich an der Holding-Strategie ausrichten. Im Falle der Kantonsspitäler bestimmt die Muttergesellschaft beispielsweise, an welchem Standort welche Leistungen angeboten werden sollen. Die einzelnen Tochtergesellschaften bestimmen aber selbst, wie die Leistungen erbracht werden, also beispielsweise durch Kooperationen mit anderen Spitälern.
- **Operative Holding:** Die Einflussnahme der Muttergesellschaft auf die Tochtergesellschaften geht in dieser Variante am weitesten. Die Muttergesellschaft übernimmt auch die operative Führung innerhalb der einzelnen Tochtergesellschaften. In der Regel werden Verwaltungsräte der Muttergesellschaft auch in den Tochtergesellschaften eingesetzt, um deren Vorgaben konsequent umzusetzen. Im Falle der Kantonsspitäler bestimmt die Muttergesellschaft beispielsweise, wie welche Leistungen wo, zu welchen Konditionen und von welchem Personal zu erbringen sind.

Variante 2c: Fusion

Bei einer Fusion werden die kantonseigenen Spitäler – mit oder ohne PDAG – zu einer Gesellschaft fusioniert. Es kommt nicht nur auf der strategischen, sondern auch auf der operativen Ebene zu einer Vereinheitlichung der Führung.

Nach der Fusion besteht nur noch eine Gesellschaft, welche die einzelnen Spitalstandorte betreibt. Diese Gesellschaft kann umfirmiert werden, beispielsweise zu "Aargauer Spitäler AG". Dieses Modell wurde im Kanton Solothurn gewählt, wo die Solothurner Spitäler AG gegründet wurde (inklusive Psychiatrische Dienste) oder im Kanton Luzern, wo die einzelnen Spitäler als Luzerner Kantonsspital zusammengefasst wurden (ohne Psychiatrische Dienste).

Abbildung 16: Fusion der Spitalaktiengesellschaften zur "Aargauer Spitäler AG"



3.9.3.2 Lösungsvorschlag

Sobald die Neubauten des KSA abgeschlossen sind, soll aus einer Position der Stärke heraus eine Holding-Struktur aufgebaut werden. Angestrebt wird dabei eine strategische Holding. Die Muttergesellschaft soll die Strategie der Holding-Struktur festlegen. Die einzelnen Gesellschaften stehen damit unter einer einheitlichen strategischen Führung. Operativ sollen die Tochtergesellschaften aber weiterhin selbständig und unabhängig voneinander tätig sein. So sollen auch in Zukunft Kooperationen einzelner Tochtergesellschaften mit anderen Spitälern möglich bleiben. Im Bereich der Grundversorgung bleibt zudem der Wettbewerb zwischen den Zentrumsstandorten Aarau und Baden erhalten.

Die vorgesehene Organisation der kantonseigenen Spitäler in einer Strategie-Holding bringt zahlreiche Vorteile mit sich:

- Die einzelnen Tochtergesellschaften sind in der operativen Führung weiterhin frei.
- Es besteht nach wie vor ein Wettbewerbsverhältnis zwischen den Zentrumsstandorten.
- Ineffizienzen können bereinigt werden, indem die Strategie der kantonseigenen Spitäler einheitlich festgelegt wird.
- Synergien zwischen den kantonseigenen Spitäler können vermehrt und besser genutzt werden.
- Die Holding kann im Wettbewerb mit den ausserkantonalen Spitälern, zum Beispiel im Bereich IVHSM, und gegenüber den Tarifpartnern stärker auftreten.

Mit der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung werden Handlungsspielräume zur Umsetzung des vorgenannten Vorhabens geschaffen. Weitere Gesetzesanpassungen sind nicht notwendig.

4. Verhältnis zur mittel- bis langfristigen Planung

4.1 Bezug zum Aufgaben- und Finanzplan

Die Totalrevision des Spitalgesetzes erfüllt einen wichtigen Entwicklungsschwerpunkt des Aufgaben- und Finanzplans (AFP), den Entwicklungsschwerpunkt 535E004.

4.2 Bezug zum Reformmodul "finanzierbare Spitalversorgung"

Die Totalrevision des Spitalgesetzes ist Teil des Reformmoduls "finanzierbare Spitalversorgung".

4.3 Bezug zum Entwicklungsleitbild

Die Stossrichtung des Entwicklungsleitbild 2017– 2026 (ELB) in Kapitel 7 "Die Gesundheitsversorgung langfristig finanzierbar und bedarfsgerecht ausgestalten", werden mit der vorliegenden Totalrevision vollumfänglich erfüllt. Speziell seien die folgenden Punkte erwähnt:

- Durch die Totalrevision des kantonalen Spitalgesetzes werden der Handlungsspielraum und die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons erweitert, die Versorgungssicherheit gewährleistet und die Ressourcenverwendung optimiert.
- Dank der gesetzlichen Verankerung von "ambulant vor stationär" und der Steigerung der Indikationsqualität wird das Kostenwachstum gebremst.
- Hinsichtlich der kantonseigenen Spitäler werden die notwendigen Handlungsspielräume geschaffen, damit der Kanton auf zukünftige Entwicklungen angemessen und zeitnah reagieren kann.

Der Rollenkonflikt des Kantons als Regulator, Gewährleister der Spitalversorgung und Betreiber eigener Spitäler wird verkleinert.

5. Erläuterungen zu einzelnen Paragraphen

Der Einfachheit halber wird bei der Erläuterung der einzelnen Paragraphen der Systematik des Gesetzes gefolgt.

5.1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Inhalt des Gesetzes

¹ Dieses Gesetz enthält Bestimmungen zu:

- a) Spitalbewilligung,
 - b) Versorgungsplanung,
 - c) Spitallisten und Leistungsaufträgen,
 - d) Kostendämpfungsmassnahmen,
 - e) bodengebundenem Rettungswesen,
 - f) Organisation der kantonseigenen Spitäler.
-

Mit dem einleitenden Artikel werden basierend auf dem Versorgungsauftrag gemäss § 41 KV und den Vorgaben des KVG ähnlich einem Inhaltsverzeichnis die mit dem neuen Spitalgesetz geregelten Themenfelder aufgezeigt.

Das Spitalgesetz regelt das Bewilligungsverfahren, die Versorgungsplanung, welche neu klarer vom Spitallistenverfahren abgegrenzt wird, sowie neu die Massnahmen zur Kostendämpfung im Spitalwesen. Neu soll auch das bodengebundene Rettungswesen, welches stark an die Spitäler gebunden ist, auf Gesetzesstufe verankert werden. Schliesslich enthält das Gesetz Bestimmungen zur Organisation der kantonseigenen Spitäler. Da § 58 KV den Kanton ermächtigt, sich auf Grund von Gesetzen zur Erfüllung seiner Aufgaben an gemischtwirtschaftlichen und privaten Unternehmungen zu beteiligen, wird diese Verfassungsbestimmung ebenfalls im Ingress erwähnt.

Gegenüber dem geltenden Recht sind die folgenden Themen weggefallen beziehungsweise mittels Fremdänderung in andere Gesetze überführt worden:

Gesundheitspolitische Gesamtplanung (§ 5 SpiG)

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung beschreibt für das ganze Gesundheitswesen relevante Strategien, Ziele und Grundsätze. Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung gilt dabei für das gesamte Gesundheitswesen im Kanton Aargau. Die Rechtsgrundlage für die Gesundheitspolitische Gesamtplanung soll daher nicht mehr systemfremd im Spitalgesetz, sondern neu im Gesundheitsgesetz verankert werden. Es wird eine Fremdänderung im Gesundheitsgesetz vorgenommen. Der bisherige § 5 SpiG entfällt im totalrevidierten SpiG.

Umwandlung in Aktiengesellschaften (§§ 9, 10, 12 Abs. 2 und 3 SpiG)

Die Umwandlung der kantonseigenen Spitäler in Aktiengesellschaften ist vollzogen. Die diese Umwandlung sowie die bestehenden Arbeitsverhältnisse betreffenden Paragraphen sind damit ersatzlos zu streichen.

Übertragungen und Finanzierungshilfen (§§ 14a, 14b, 14c, 14d, 14e SpiG)

Die Übertragungen der Spitalimmobilien auf die Spitalaktiengesellschaften sind abgeschlossen. Die §§ 14a, 14b und 14c werden darum gestrichen.

§ 14d befasst sich mit dem Aufwertungsgewinn und ist auf Ende 2023 befristet. Bis zu diesem Zeitpunkt soll § 14d in Kraft bleiben. Die Bestimmung wird darum in die Übergangsbestimmungen übernommen.

§ 14e im aktuellen SpiG ist auf Ende 2023 befristet. Gegenstand dieses Paragraphen sind Finanzierungshilfen für neue Bauinvestitionen. § 14e soll bis Ende 2023 in Kraft bleiben. Aus diesem Grund wird diese Bestimmung in die Übergangsbestimmungen übernommen.

Spitalsteuer (§ 22 SpiG)

Der auf 15 % fixierte Zuschlag der Spitalsteuer ist bisher systemfremd im Spitalgesetz geregelt. Mit einer Fremdaufhebung und Fremdänderung soll er in das Steuergesetz (StG) überführt werden.

Beiträge an Institutionen (§ 25 SpiG)

Eine Unterstützung durch Beiträge ist im gesamten Gesundheitswesen möglich. Die Bestimmung wirkt damit im SpiG fehlplatziert. Die Bestimmung wird darum durch Fremdänderung ins GesG überführt.

§ 2 Versorgungsziele

¹ Dieses Gesetz schafft die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, vernetzte und finanzierbare Spitalversorgung insbesondere durch

- a) eine sachgerechte Nutzung von Synergien durch Förderung von Kooperationen zwischen Spitälern,
 - b) eine Konzentration der spezialisierten Versorgung,
 - c) ein flexibles und auf integrativen Ansätzen basierendes Spitalleistungsangebot,
 - d) Sicherstellung einer wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Spitalversorgung,
 - e) ein funktionsfähiges bodengebundenes Rettungswesen.
-

Basierend auf den Grundsätzen der Krankenversicherungsgesetzgebung und dem in § 41 der Kantonsverfassung geregelten Versorgungsauftrag werden die Versorgungsziele, die das SpiG verfolgt, aufgeführt. Die übergeordneten Grundsätze erfordern eine Sicherstellung einer wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Spitalversorgung, welche durch die weiteren Bestimmungen dieses Gesetzes konkretisiert werden soll. Zudem wird aufgrund der übergeordneten Vorgaben vorausgesetzt, dass die Spitalversorgung in angemessener Weise bedarfsgerecht und in der erforderlichen Qualität der gesamten Kantonsbevölkerung zur Verfügung stehen muss. Neu werden als wichtige gesundheitspolitische Zielsetzungen die Vernetzung der Spitälern und die Finanzierbarkeit der Spitalversorgung aufgeführt.

Im Sinne dieser übergeordneten Zielsetzungen sollen namentlich Synergienutzungen und Kooperationen unter den Spitälern gefördert (lit. a) sowie eine Konzentration der spezialisierten Versorgung (lit. b) angestrebt werden. Zudem sollen auch flexible und integrative Lösungen im Angebot der Spitälern unterstützt werden (lit.c).

§ 3 Begriffe

¹ Als Spitälern im Sinne dieses Gesetzes gelten räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheiten zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen (Spitalstandort).

² Die für die Spitälern geltenden Bestimmungen finden im Rahmen dieses Gesetzes auch auf Geburtshäuser Anwendung.

³ Als kantonseigene Spitälern gelten Spitälern, an denen der Kanton direkt oder indirekt mindestens 70 % des Kapitals hält. Es sind dies die Kantonsspital Aarau AG, die Kantonsspital Baden AG und die Psychiatrische Dienste Aargau AG.

⁴ Als Listenspitäler gelten Spitäler, die sich auf einer kantonalen Spitalliste befinden.

Abs. 1

Das geltende Spitalgesetz enthält in § 2 den Verweis, dass für die Definition des Begriffs "Spital" die Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung massgebend ist. Der Begriff wird in der aktuellen Bundesgesetzgebung nicht definiert. Da der Begriff "Spital" in zahlreichen Bestimmungen aufgeführt wird, rechtfertigt es sich, die Begriffsdefinition im Spitalgesetz zu verankern, um den Anwendungsbereich des Gesetzes näher umschreiben und Abgrenzungen zu anderen Tätigkeitsbereichen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen vornehmen zu können. Der Begriff "Spital" wird gemäss den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Spitalplanung vom 25. Mai 2018 definiert. Im Sinne dieser Definition müssen drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

- a) Ein Spital erbringt stationäre medizinische Leistungen und verfügt für die selbständige Behandlung seiner Patientinnen und Patienten über die notwendigen betrieblichen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen.
- b) Die am Spital tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals.
- c) Die Behandlung von Patientinnen und Patienten ist durch räumliche Kontinuität gewährleistet.

Entscheidend für die Begriffsdefinition ist nicht die Rechtsform oder Bezeichnung des Spitals, sondern dessen Organisationsstruktur und Funktion. Zentral ist die räumliche Kontinuität in der Patientenversorgung.

Die Begriffe "Spital" und "Spitalstandort" werden im Rahmen des SpiG wie auch in den Empfehlungen der GDK als Synonyme verwendet.

Abs. 2

Die für die Spitäler geltenden Bestimmungen sind im Rahmen des Spitalgesetzes auch auf die Geburtshäuser anwendbar.

Abs. 3

Ebenfalls definiert wird der Begriff "kantonseigene Spitäler", der sich an der seit der Umwandlung im Jahr 2003 geltenden Rechtsform der Aktiengesellschaft orientiert und auf das Halten von mindestens 70 % der Beteiligungen durch den Kanton abstellt. Dabei wird nicht nur eine direkte Beteiligung im Sinne des Haltens der Beteiligungen, sondern auch eine indirekte Beteiligung verstanden, indem der Kanton mindestens 70 % der Beteiligungen der Gesellschaften hält, welche die Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern halten. Ein kantonseigenes Spital bleibt also auch dann ein kantonseigenes Spital, wenn dessen Beteiligungen in eine Gesellschaft eingebracht werden, an der der Kanton mindestens 70 % der Beteiligungen hält.

Der Grenzwert von 70 % ist abgestimmt auf § 22 Abs. 2, wonach der Kanton mindestens 70 % der Beteiligungen und der Stimmrechte der kantonseigenen Spitäler halten muss.

Abs. 4

Schliesslich wird auch der Begriff "Listenspitäler", der im Gesetz immer wieder auftaucht, definiert. Damit sind jene Spitäler gemeint, die sich auf einer kantonalen Spitalliste befinden. Diese Spitäler dürfen Leistungen zulasten der Krankenversicherer und des Wohnsitzkantons der Patientin oder des Patienten abrechnen.

§ 4 Datenlieferung

¹ Die stationären und ambulanten Leistungserbringer haben dem zuständigen Departement die erforderlichen Daten für die Beurteilung der Spitalplanung und der Tarifverfahren, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sowie

zur Überprüfung der Preis-, Leistungs- und Kostenentwicklung und der Zweckmässigkeit der Leistungserbringung vollständig, detailliert und in hoher Qualität fristgerecht zur Verfügung zu stellen.

² Die für diese Aufgaben zu liefernden Daten umfassen sowohl Personendaten als auch besonders schützenswerte Personendaten (medizinische Daten).

³ Die Leistungserbringer haben eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, die eine sachgerechte Abgrenzung von Kosten und Leistungen ermöglicht. Die einzelnen Positionen der Kosten- und Leistungsrechnung sind detailliert und korrekt auszuweisen.

⁴ Der Regierungsrat kann bei Bedarf Standards zur Datenqualität festlegen.

Abs. 1 bis 3

Die Bestimmung bezweckt die Schaffung einer guten Datenbasis, damit der Kanton der Bevölkerung eine sach-, bedarfsgerechte und qualitativ gute Spitalversorgung zur Verfügung stellen und seine Aufsichts- und Kontrollaufgaben wahrnehmen kann. Daher müssen die Leistungserbringer im stationären und spitalambulanten Bereich dem zuständigen Departement zwingend die dafür erforderlichen Daten fristgerecht, detailliert, vollständig und in hoher Qualität zur Verfügung stellen. Dies betrifft nicht nur Personendaten, sondern auch besonders schützenswerte Personendaten mit medizinischen Datensätzen (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d und k des Gesetzes über die Information der Öffentlichkeit, den Datenschutz und das Archivwesen [IDAG] vom 24. Oktober 2006). Dies soll ein wirksames Leistungsauftragscontrolling sowie ein Leistungscontrolling, welches auch ein medizinisches Controlling mit medizinischen Datensätzen (Medical Data-Set) einschliesst, ermöglichen. Das Controlling ist im bisherigen Spitalgesetz nur unzureichend geregelt. Entscheidend ist, dass seitens der Spitäler korrekte und detaillierte Kosten- und Leistungsrechnungen mit nachvollziehbaren Abgrenzungen geführt werden. Die Leistungserbringer haben dabei die vom Bundesverwaltungsgericht anerkannten Methode REKOLE und das Berechnungsmodell ITAR_K, welche von H+ Die Spitäler der Schweiz entwickelt wurden, zu verwenden und die Empfehlungen der GDK sowie die aktuelle Rechtsprechung umzusetzen.

Das Leistungsauftragscontrolling bezieht sich insbesondere auf die mit der kantonalen Spitalliste an die Spitäler erteilten Leistungsaufträge. Es kann in Berücksichtigung der vom Kanton zu leistenden Vergütungen namentlich geprüft werden, ob die abgerechneten Fälle tatsächlich im Rahmen der erteilten Leistungsaufträge erbracht worden sind. Mengenausweitungen können erkannt und begrenzt werden. Eine Leistungskonzentration kann durch eine aussagekräftige Datenbasis sachgerecht begründet werden.

Mit dem Leistungscontrolling kann namentlich sichergestellt werden, dass Massnahmen wie "ambulant vor stationär" umgesetzt und deren Einhaltung überprüft werden können. Zudem wird dadurch neu eine zeitnahe und materielle Überprüfung der Rechnungen der Spitäler ermöglicht. Mangels Grundlage im Gesetz wurde dem Kanton Aargau bisher im Gegensatz zu den Krankenversicherern nicht ermöglicht, das Medical Clinical Data-Set (mit Diagnose- und Behandlungs-codes) über eine zertifizierte vertrauensärztliche Datenannahmestelle zu erhalten.

Abs. 4

Der Regierungsrat erhält die Kompetenz, bei Bedarf konkretisierende Standards zur Datenqualität zu definieren.

5.2 Bewilligung von Spitälern

§ 5 Bewilligungspflicht

¹ Die Eröffnung und der Betrieb eines Spitals (Spitalstandorts) bedürfen einer Bewilligung des zuständigen Departements.

² Nebenstandorte von im Kanton bewilligten Spitälern benötigen keine separate Bewilligung, sind jedoch Bestandteil der Spitalbewilligung.

³ Der Regierungsrat definiert Kriterien für Nebenstandorte durch Verordnung.

Abs. 1

Die gesundheitspolizeiliche Bewilligungspflicht knüpft an der Regelung des bestehenden Spitalgesetzes an. Spitäler im Sinne von Spitalstandorten unterliegen weiterhin der Bewilligungspflicht. Das Bewilligungsverfahren dient der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität sowie der Transparenz und Gleichbehandlung gegenüber den Leistungserbringern mit Spitalstandort im Kanton Aargau.

Abs. 2

Aufgrund von Abgrenzungsfragen im bisherigen Vollzug werden aufgrund der bisher fehlenden oder zumindest unklaren Regelung die Situation der Nebenstandorte der Spitäler und die Frage der entsprechenden Bewilligungspflicht geregelt. Bisher konnten die Nebenstandorte teilweise weder als Spitäler noch als ambulante ärztliche Einrichtungen gemäss § 25 Abs. 1 lit. c des GesG bewilligt werden. Die Nebenstandorte von im Kanton bewilligten Spitälern sollen deshalb neu Bestandteil der Spitalbewilligung des Hauptstandorts sein.

Abs. 3

Als Nebenstandorte werden Einrichtungen verstanden, welche stationäre oder ambulante Leistungen erbringen und organisatorisch und/oder personell einem Hauptstandort des Spitals angegliedert sind. Darunter können beispielsweise Tageskliniken oder Ambulatorien verstanden werden. Die Kriterien zur Abgrenzung von Haupt- und Nebenstandorten wird der Regierungsrat auf Verordnungsstufe regeln. Zur Beurteilung kann auf Kriterien wie Trägerschaft, einheitliche Leitung mit Weisungsbefugnis, medizinische Leistungen, Aufsicht über den Nebenstandort sowie Erkennbarkeit der Zugehörigkeit abgestellt werden.

§ 6 Bewilligungsvoraussetzungen

¹ Die Bewilligung wird erteilt, wenn das Spital einschliesslich seiner Nebenstandorte

- a) eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet,
- b) über das erforderliche Fachpersonal, insbesondere auch im pflegerischen Bereich, verfügt,
- c) über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügt,
- d) eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleistet,
- e) über ein zweckentsprechendes Betriebskonzept verfügt, welches insbesondere die Qualitäts- und Hygieneanforderungen an den Betrieb gewährleistet,
- f) über ein Notfallkonzept verfügt, und
- g) über eine risikogerechte Haftpflichtversicherung verfügt.

² Die Bewilligung kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder befristet werden.

³ Der Regierungsrat konkretisiert die einzelnen Bewilligungsvoraussetzungen durch Verordnung.

Das geltende Spitalgesetz regelt die Bewilligungsvoraussetzungen nur sehr pauschal mittels Verweis auf die Anforderungen in Art. 39 Abs. 1 lit. a-c KVG. Aufgrund ihrer hohen gesundheitspolizeilichen Relevanz werden die Bewilligungsvoraussetzungen nun auf Gesetzesstufe festgehalten. Die Vo-

oraussetzungen gelten für sämtliche Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, also auch für Spitäler, die weder auf der Spitalliste stehen noch einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Gemäss § 6 Abs. 1 lit. ag sind dies:

- ausreichende ärztliche Betreuung
- erforderliches Fachpersonal
- zweckentsprechende medizinische Einrichtungen
- zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung
- zweckentsprechendes Betriebskonzept (inklusive Qualitäts- und Hygieneanforderungen)
- Notfallkonzept
- Risikogerechte Haftpflichtversicherung

Abs. 2

Die Bewilligung kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden oder befristet werden.

Abs. 3

Der Regierungsrat wird die einzelnen Bewilligungsvoraussetzungen mittels Verordnung näher definieren. Im Rahmen der Anforderungen an die zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen wird auf Verordnungsstufe namentlich neu konkretisiert werden, nach welchen Kriterien Grundrisspläne im Zusammenhang mit der baulichen Infrastruktur der Spitäler beurteilt werden.

Die neben den ärztlichen und pharmazeutischen ebenso wichtige Anforderung an die Pflege und das entsprechende Personal wird konkret erwähnt. Im Rahmen des medizinischen Konzeptes (Betriebskonzept) sind künftig auch die pflegerische Leitung bekanntzugeben und die Präsenz von Pflegepersonal rund um die Uhr (beziehungsweise so lange sich die Patientinnen und Patienten in den Räumlichkeiten aufhalten) sicherzustellen. Die Betriebe müssen über ein Qualitäts-, Hygiene- sowie Notfallkonzept verfügen. In letzterem soll aufgezeigt werden, wie die Organisation in Notfallsituationen oder bei Komplikationen aussieht. Zudem sind im Rahmen des Bewilligungsverfahrens Belege über den Abschluss einer risikogerechten Haftpflichtversicherung sowie eine Auflistung der Nebensandorte einzureichen.

§ 7 Meldepflicht

¹ Der Regierungsrat regelt durch Verordnung die Meldepflicht der Spitäler für Veränderungen, welche die Bewilligungsvoraussetzungen betreffen.

Die Pflicht der Spitäler, dem Departement Gesundheit und Soziales relevante Änderungen bezüglich der Bewilligungsvoraussetzungen mitzuteilen, wird im geltenden Recht nicht oder nur sehr allgemein im Rahmen des Bewilligungsverfahrens geregelt. Die grundsätzliche Meldepflicht bei Veränderungen betreffend die Bewilligungsvoraussetzungen wird deshalb im Spitalgesetz verankert und soll mittels Verordnung des Regierungsrates konkretisiert werden. Unter die Meldepflicht sollen primär wesentliche Veränderungen namentlich im baulichen, konzeptionellen oder betrieblichen Bereich fallen. Eine Verletzung der Meldepflicht kann gemäss der neuen Sanktionsbestimmung dieses Gesetzes geahndet werden.

§ 8 Entzug der Bewilligung

¹ Die Bewilligung wird vorübergehend oder dauernd entzogen, wenn die Voraussetzungen für die Bewilligungserteilung nicht mehr erfüllt sind.

² Sie kann entzogen werden, wenn Auflagen oder Bedingungen nicht eingehalten oder gesetzliche Bestimmungen verletzt werden.

³ Vor dem Entzug ergeht in der Regel eine Verwarnung unter Ansetzung einer angemessenen Frist zur Behebung der festgestellten Mängel.

⁴ Die zuständige kantonale Behörde kann die sofortige Schliessung eines Spitals anordnen, wenn für betreute Personen eine ernsthafte Gefahr besteht oder unmittelbar droht.

In Anlehnung an die geltende Gesetzgebung (§ 8a) wird mit der vorliegenden Bestimmung der zwingende vorübergehende oder dauernde Entzug der Bewilligung bei fehlender Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen (Abs. 1) oder der (fakultative) Entzug bei Verletzung von gesetzlichen Bestimmungen oder Auflagen und Bedingungen (Abs. 2) geregelt.

Abs. 3

Gestützt auf das verfassungsrechtliche Verhältnismässigkeitsprinzip soll der fehlbare Betrieb zunächst verwarnt werden und er soll die Möglichkeit erhalten, im Rahmen einer angemessenen Frist die Mängel beheben zu können.

Abs. 4

Bei einer akuten Gefährdung der Patientensicherheit soll – wie bereits nach geltendem Recht – eine sofortige Schliessung des Spitals möglich sein.

§ 9 Aufsicht

¹ Die zuständige kantonale Behörde beaufsichtigt die Spitäler in Bezug auf die gesetzlichen Voraussetzungen ihrer Tätigkeit. Ihr sind auf Verlangen jederzeit Zutritt zu den Räumlichkeiten zu gewähren, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

² Bezüglich der vom Kanton zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch die Spitäler gewährten finanziellen Mittel gelten die Bestimmungen betreffend die Aufsicht über die Haushaltsführung in der Finanzkontrollgesetzgebung.

Abs. 1

Die Aufsicht über die Spitäler wird in Anlehnung an die bisherige Bestimmung im Spitalgesetz geregelt und konkretisiert die Mitwirkungspflichten der Spitäler bei den entsprechenden Sachverhaltsabklärungen.

Abs. 2

Gemäss § 7 Abs. 1 lit. e und f des Gesetzes über die Finanzkontrolle (GFK) vom 11. Januar 2005 unterstehen auch Personen und Organisationen, denen der Kanton öffentliche Aufgaben übertragen hat oder die vom Kanton Geldleistungen beziehen der Finanzkontrollgesetzgebung, was in der vorliegenden Bestimmung mit Bezug auf die Listenspitäler konkretisierend aufgeführt wird. Sie entspricht § 4 des geltenden Spitalgesetzes.

5.3 Versorgungsplanung

§ 10 Grundsätze der Planung

¹ Die Versorgungsplanung orientiert sich an den Bereichen Grund- und Zentrumsversorgung sowie universitäre Versorgung.

² Die Versorgungsplanung wird periodisch überprüft und die zuständige kantonale Behörde ergreift die erforderlichen Massnahmen, wenn sich eine für die Versorgungssicherheit wesentliche Unter- oder Überversorgung abzeichnet.

³ Der Regierungsrat und das zuständige Departement setzen sich auch im interkantonalen Verhältnis für die aargauischen Spitäler ein und sorgen durch eine interkantonale Koordination für die Verhinderung von Überangeboten (interkantonale Spitalplanung). Sie können Kooperationen eingehen, namentlich mit Krankenversicherern, anderen Kantonen, Verbänden oder einzelnen Leistungserbringern.

⁵ Für interkantonale Verträge entfällt die Genehmigung des Grossen Rats gemäss § 82 Abs. 1 lit. a Kantonsverfassung.

Die Versorgungsplanung als Basis des Spitalistenverfahrens ist in § 6 des geltenden Spitalgesetzes eher knapp geregelt. Übergeordnete Ziele waren bisher Bedarfsgerechtigkeit und Qualität. Die künftigen Schlüsselbegriffe sind Finanzierbarkeit und Attraktivität (vgl. Abs. 3). Diese beiden Ziele ergänzen und bedingen einander. Nur ein bezahlbares Spitalangebot ist attraktiv, zusätzlich muss es nach fachlichen und regionalen Kriterien den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen sowie eine hohe Qualität in der Pflege und ärztlichen Behandlung gewährleisten.

Abs. 1

Die Planung soll sich im Sinne eines dreistufigen Versorgungsmodells an der Grundversorgung, Zentrumsversorgung und an der universitären Versorgung orientieren.

Abs. 2

Die Versorgungsplanung wird durch das Departement Gesundheit und Soziales periodisch überprüft. Die Überprüfung kann aufgrund der veränderten Versorgungssituation dazu führen, dass Massnahmen (insbesondere Durchführung eines Bewerbungsverfahrens) getroffen werden müssen, um eine Unter- oder Überversorgung zu korrigieren.

Abs. 3

Die Bedeutung der interkantonalen Planung und Zusammenarbeit für die Versorgung der Bevölkerung wird auch in Zukunft zunehmen. Der Kanton Aargau und seine Spitäler können dabei eigene Qualitäten und Stärken einbringen, die sie für ihre Nachbarn wichtig und wertvoll machen, traditionell etwa in der Rehabilitation. Im Dialog mit den umliegenden Kantonen soll erreicht werden, dass diese die bestehenden und weiterzuentwickelnden aargauischen Angebote gebührend berücksichtigen. Generell ist der Tendenz zur Überversorgung entgegenzutreten, die droht, wenn sämtliche Kantone ihren Bedarf durch Leistungserbringer mit Standort auf dem eigenen Gebiet decken wollen. Vor allem zu diesem Zweck ist eine intensiviertere Kooperation mit den anderen, vor allem umliegenden Kantonen, Krankenversicherern, Interessenverbänden und sogar einzelnen Leistungserbringern anzustreben.

Abs. 4

Für interkantonale Verträge soll der Regierungsrat abschliessend zuständig sein, das heisst die Genehmigung des Grossen Rats gemäss § 82 Abs. 1 lit. a KV entfällt. Vorbehalten bleibt Art. 48 Abs. 4 der Bundesverfassung.¹

§ 11 Qualität

¹ Die Listenspitäler haben der zuständigen kantonalen Behörde periodisch den Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen zu erbringen.

² Kann dieser Nachweis nicht oder nur ungenügend erbracht werden, trifft die zuständige kantonale Behörde die erforderlichen Anordnungen.

¹ Art. 48 Abs. 4 BV

Die Kantone können interkantonale Organe durch interkantonalen Vertrag zum Erlass rechtsetzender Bestimmungen ermächtigen, die einen interkantonalen Vertrag umsetzen, sofern der Vertrag:

- a. nach dem gleichen Verfahren, das für die Gesetzgebung gilt, genehmigt worden ist;
- b. die inhaltlichen Grundzüge der Bestimmungen festlegt.

Schon aus dem Bundesrecht ergibt sich die Verpflichtung zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung. Im Mittelpunkt stehen hier Patientensicherheit und Patientenwohl.

Abs. 1

Wichtiges Mittel zur Sicherung der Qualität ist ein entsprechendes Controlling und Monitoring, das heisst die Erhebung und Überwachung von Qualitätskriterien zwecks Sicherung und Verbesserung. Eine Qualitätsüberprüfung erfolgte bisher periodisch im Rahmen des Bewerbungsverfahrens um Leistungsaufträge. Durch den Systemwechsel auf unbefristete Spitallisten und Leistungsaufträge wird diese Form an Bedeutung einbüßen. Umso wichtiger bleibt das dauernde Qualitätscontrolling des Departements Gesundheit und Soziales gestützt auf die durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhobenen und gelieferten Daten.

Der Nachweis der Qualitätsanforderungen durch die Listenspitäler bedingt in erster Linie die Lieferung der dafür benötigten Daten durch die Spitäler. Diese Aspekte werden durch § 27 betreffend Datenbearbeitung und durch die Datenlieferungspflicht gemäss § 4 geregelt. Die Leistungserbringer werden bereits durch Art. 59a KVG verpflichtet, dem Bund Daten über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu liefern. Diese dienen auch den Kantonen zur Erfüllung ihrer Aufgaben.

Abs. 2

Das Departement Gesundheit und Soziales soll die Möglichkeit erhalten, diese Pflicht nötigenfalls mittels Verfügung und mit der Sanktionsnorm dieses Gesetzes durchsetzen zu können.

§ 12 Spitalliste

¹ Der Regierungsrat erlässt die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste.

² Das Spitallistenverfahren orientiert sich an den folgenden Grundsätzen:

- a) Steuerung eines wirtschaftlichen, qualitativ hochstehenden und versorgungsnotwendigen Angebots,
- b) Transparenz und Wettbewerb,
- c) Konzentration in der spezialisierten Versorgung.

³ Der Regierungsrat regelt durch Verordnung die für die Aufführung auf der Spitalliste zu erfüllenden Anforderungen und das Bewerbungsverfahren.

Die Bestimmung entspricht weitgehend dem heutigen § 7 Abs. 1 des Spitalgesetzes. Nicht übernommen wurde der Verweis auf die "Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung", weil das Bundesrecht nur bestimmt, die Spitalliste müsse "in Kategorien gegliedert" sein (Abs. 1).

Abs. 2

Neu geregelt werden die Grundsätze des Spitallistenverfahrens, welche die Grundsätze des Zweckartikels dieses Gesetzes für das Bewerbungsverfahren und die anschliessende Erteilung der Leistungsaufträge konkretisieren. In Berücksichtigung der Finanzierbarkeit der Spitalversorgung kommt der Steuerung des Angebots durch den Regierungsrat (zum Beispiel mittels Anforderungen im Bewerbungsverfahren) eine entscheidende Bedeutung zu, wobei die Versorgungssicherheit und die hochstehende Qualität des Angebots berücksichtigt werden müssen. Aus diesen Gründen soll auch auf eine Konzentration des Angebotes im Bereich der spezialisierten Versorgung hingewirkt werden. Das Verfahren soll für alle anbietenden Spitäler transparent und kompetitiv ausgestaltet und basierend auf den genannten Grundsätzen mittels Verordnung konkret geregelt werden (Abs. 3).

§ 13 Leistungsaufträge; Auflagen und Bedingungen

¹ Die Leistungsaufträge können mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden. Dazu gehören insbesondere:

- a) Mindestfallzahlen,
- b) Qualität,
- c) Verknüpfung von Leistungsaufträgen,
- d) Digitalisierung, insbesondere zum elektronischen Patientendossier,
- e) inner- und interkantonale Kooperationen zwischen Spitälern oder zwischen Spitälern und anderen am Gesundheitswesen Beteiligten (insbesondere Leistungserbringer, Krankenversicherer oder Gemeinwesen),
- f) integrierte Versorgungsmodelle, insbesondere durch die Integration von vor- und nachgelagerten Versorgungspartnern,
- g) Verhinderung von direkt von Fallzahlen abhängenden Bonifikationen an Ärztinnen und Ärzte.

² Der Regierungsrat kann zur Erreichung der Versorgungsziele gemäss § 2 durch Verordnung weitere Auflagen und Bedingungen vorsehen.

³ Einzelheiten zu den Leistungsaufträgen werden zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und den Spitälern vereinbart. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet der Regierungsrat.

Leistungsaufträge können bereits heute gestützt auf § 2 SpiliV mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden. In der Praxis stellt dies nicht nur eine Möglichkeit dar, vielmehr sind Nebenbestimmungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativen guten Spitalversorgung zwingend notwendig und unvermeidbar. Der Inhalt hängt vor allem von der Art des gewünschten Leistungsauftrags ab und ist daher zu einem erheblichen Teil betriebsunabhängig. Soweit möglich gibt die zuständige Behörde zur Schaffung von Rechtssicherheit den Bewerbern den Inhalt der Auflagen und Bedingungen im Voraus bekannt.

Abs. 1

Die vorgesehenen Arten von Auflagen und Bedingungen dienen unterschiedlichen Zielen:

- Die Festlegung von Mindestfallzahlen fördert Qualität und Wirtschaftlichkeit, da namentlich operative Eingriffe nur dann gut, sicher und kostengünstig durchgeführt werden können, wenn die ausführenden ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen über ausreichende Erfahrung darin verfügen und die Infrastruktur angemessen ausgelastet werden kann.
- Mit der Verknüpfung von Leistungsaufträgen wird der Tendenz entgegengewirkt, dass sich die Leistungserbringer nur um lukrative Bereiche bewerben. Damit wird gleichzeitig eine umfassende und lückenlose Versorgung sichergestellt. Zugleich stellt dies einen Beitrag an eine grössere Wirtschaftlichkeit dar, indem Ressourcen besser genutzt werden können.
- Mit Bezug auf die Digitalisierung soll sichergestellt werden, dass die Spitäler an der technischen Entwicklung teilhaben und gleichzeitig die Interessen der Patientinnen und Patienten geschützt werden. Im Vordergrund steht dabei die Einführung des elektronischen Patientendossiers durch Beteiligung aller stationären Leistungserbringer an der Stammgemeinschaft eHealth Aargau.
- Vor allem der Förderung der Wirtschaftlichkeit durch Nutzung von Synergien dienen Auflagen zur Kooperation mit anderen Spitälern. Gemeinschaftsprojekte dienen grundsätzlich dem gleichen Ziel, umfassen aber nicht nur Spitäler, sondern vor allem auch andere Leistungserbringer, Versicherer und Gemeinwesen.
- Durch Auflagen zur Integration von vor- und nachgelagerten Versorgungspartnern werden die Spitäler verpflichtet, Konzepte der Vor- und Nachbehandlung zu erstellen und umzusetzen. Durch bessere Abstimmung der Leistungen der unterschiedlichen Erbringer verbessern sich die Wirt-

schaftlichkeit (effizienter Einsatz von Ressourcen) und das Wohl der Patientinnen und Patienten, indem diese in den Genuss einer koordinierten Behandlung an möglichst wenigen Orten kommen.

- Operationen sollen nur dann durchgeführt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind, und nicht, weil sie sich für die Ärztin oder den Arzt wegen direkt fallzahlenabhängiger Bonifikationen oder Entschädigungen lohnen. Vorgaben zur Besoldung, die direkt fallzahlenabhängige Entschädigungen verbieten, können einen Beitrag zur Vermeidung von Überarztung und somit Überteuierung des Gesundheitswesens leisten. Die neue Vorgabe soll auch in Spitälern im Belegarztsystem umgesetzt werden. Bonifikationen, die den Belegarzt animieren, mehr als medizinisch notwendig zu operieren, sind inskünftig untersagt. Mit dem Verbot von direkt mengenabhängigen Bonifikationen können die Anreize zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung reduziert werden.

Abs. 2

Weitere Auflagen und Bedingungen, die zur Erreichung der in § 2 genannten Versorgungsziele geeignet sind, können vom Regierungsrat vorgesehen werden. Zu denken ist beispielsweise an Auflagen zur einheitlichen Verwendung von Patientenidentifikationsnummern.

Abs. 3

Wie dies bereits heute der Fall ist, werden Einzelheiten zu den Leistungsaufträgen mittels Vereinbarungen zwischen dem Kanton und dem Spital geregelt.

§ 14 Dauer der Leistungsaufträge

¹ Die Leistungsaufträge werden in der Regel unbefristet erteilt.

² Bei wesentlichen Änderungen des Versorgungsbedarfs können Leistungsaufträge unter Einhaltung einer angemessenen Übergangsfrist entzogen werden.

³ Leistungsaufträge können nach vorgängiger erfolgloser Ermahnung ebenfalls entzogen werden, wenn ein Leistungsauftrag oder damit verbundene Auflagen und Bedingungen nicht eingehalten werden sowie bei weiteren Verstössen gegen gesetzliche oder vertragliche Pflichten.

Abs. 1

Wie bereits erwähnt sollen die Leistungsaufträge neu in der Regel unbefristet erteilt werden. Dadurch sollen sowohl der Kanton als auch die Spitäler von einem enormen administrativen Aufwand entlastet werden, dem kein ähnlich gewichtiger Nutzen gegenübersteht. Für die Leistungserbringer hat das neue Vorgehen zudem den Vorteil einer grösseren Planungssicherheit in dem Sinn, dass ihnen bei Neuerlass der Spitalliste nicht mehr ohne eingehende Prüfung und Begründung ein Leistungsauftrag verweigert werden darf.

Im Sinne einer Ausnahme steht dem Regierungsrat die Möglichkeit der befristeten Erteilung von Leistungsaufträgen offen. Zu denken ist an Fälle, in denen Unsicherheit besteht über die Entwicklung des Bedarfs oder betreffend die Erfüllung der Bedingungen und Auflagen durch den Leistungserbringer.

Abs. 2 und 3

Im Fall von wesentlichen Änderungen des Versorgungsbedarfs müssen Leistungsaufträge entzogen werden können. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass der entsprechende Leistungsauftrag für die Versorgung der Bevölkerung nicht mehr notwendig ist, und dient so der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch Stilllegung unnötiger Kapazitäten. Dabei versteht sich, dass dem Spital eine angemessene Übergangsfrist für den Abbau der Kapazitäten eingeräumt werden muss.

Der Entzug von Leistungsaufträgen muss aber auch aus anderen Gründen möglich sein. Dazu bedarf es jedoch eines qualifizierten Grundes, den ein Spital selber zu verantworten hat. Vor dem Entzug eines Leistungsauftrags wegen Nichterfüllung von Anforderungen soll zuerst mittels angemess-

sener Übergangsfrist Gelegenheit zur Verbesserung eingeräumt werden und der Entzug erst nach erfolgloser Ermahnung ausgesprochen werden können. Zu diesen anderen Gründen gehören:

- Nichteinhaltung des Leistungsauftrags: Ein solcher liegt vor, wenn das Spital Behandlungen ausserhalb des ihm erteilten Leistungsauftrags durchführt oder trotz erteilten Leistungsauftrags Patientinnen oder Patienten nicht behandelt.
- Nichteinhaltung von Auflagen und Bedingungen: Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn ein Spital die erforderlichen Mindestfallzahlen nicht erreicht oder andere in § 13 vorgesehene Auflagen nicht einhält.

Wichtige Verpflichtungen der Leistungserbringer im Allgemeinen und der Spitäler im Besonderen ergeben sich auch aus weiteren Quellen, etwa dem KVG und dessen Ausführungserlassen oder aus Verträgen. Dazu gehören auch etwa die generellen Anforderungen, die zur Aufnahme auf der Spitalliste erfüllt sein müssen. Gravierende, trotz Ansetzung einer Verbesserungsfrist wiederholte Verstösse müssen auch hier im äussersten Fall den Entzug des Leistungsauftrags zur Folge haben können.

5.4 Kostendämpfungsmassnahmen

§ 15 Grundsatz

¹ Der Kanton trifft Massnahmen zur Kostendämpfung in der Spitalversorgung bei gleichzeitigem Erhalt der Versorgungssicherheit.

In dieser Grundsatzbestimmung wird ein hauptsächliches Ziel der vorliegenden Revisionsvorlage festgehalten, die Eindämmung des Kostenwachstums in der Spitalversorgung. Dieses Ziel darf allerdings nicht auf Kosten der Versorgungssicherheit gehen. Für die Bevölkerung muss weiterhin die Gewähr bestehen, dass notwendige Behandlungen in hoher Qualität und in zumutbarer Distanz zum Wohnort durchgeführt und deren Kosten übernommen werden.

Die Mittel zur Verfolgung dieses Ziels sind heute beschränkt. In den nachfolgenden Bestimmungen (§ 16 f.) werden konkrete Kostendämpfungsmassnahmen geregelt. Demgemäss sollen speziell die Massnahme "ambulant vor stationär" (§ 16) und die Indikationsqualität (§ 17) zur Kostendämpfung beitragen. Eher mittel- und längerfristig wirken können Pilotprojekte für innovative Versorgungsmodelle (§ 39a GesG).

§ 16 Ambulant vor stationär

¹ Der Regierungsrat kann durch Verordnung eine Liste von Behandlungen definieren, die in erster Linie ambulant zu erbringen sind.

² Werden Behandlungen gemäss Absatz 1 stationär durchgeführt, beteiligt sich der Kanton in der Regel nicht an den Kosten.

³ Der Regierungsrat regelt durch Verordnung,

a) welche besonderen Umstände eine stationäre Behandlung ausnahmsweise rechtfertigen,

b) die Einzelheiten der Umsetzung.

Ambulante Behandlungen sind durchschnittlich um rund 55 % kostengünstiger als die entsprechenden stationären. Viele Eingriffe, die früher einen Spitalaufenthalt erforderten, können dank dem wissenschaftlichen Fortschritt heute vielfach ambulant durchgeführt werden. Darin liegt ein erhebliches Potential für Kostenersparnisse, das genutzt werden soll. Der Regierungsrat hat daher per 1. Januar 2018 § 7a und Anhang 1 SpiV beschlossen und in Kraft gesetzt. Mit der vorliegenden Bestimmung soll "ambulant vor stationär" auf eine formelle gesetzliche Grundlage gestellt werden. Vergleichbare Regelungen sind in anderen Kantonen bereits in Kraft und bundesweit ab 1. Januar 2019.

Abs. 1

Die Liste der Behandlungen, die in erster Linie ambulant zu erbringen sind, ist in Anhang der SpiV

enthalten und beruht auf wissenschaftlichen Untersuchungen sowie Vorarbeiten anderer Kantone. Inhaltlich entspricht sie weitgehend denjenigen der Kantone Luzern, Zürich, Wallis und Zug. Sie enthält zurzeit ausschliesslich Eingriffe in der Akutsomatik. Jedoch soll die Bestimmung offengehalten werden für Behandlungen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation, falls sich auch dort in vergleichbarer Weise Kosteneinsparungen realisieren lassen.

Abs. 2

An den Kosten von auf der Liste enthaltenen Behandlungen beteiligt sich der Kanton in der Regel nicht. Vorbehalten bleiben müssen Änderungen im übergeordneten Recht, welche diesen Grundsatz möglicherweise bereits bald wieder einschränken. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang vor allem die "Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen" (EFAS) sowie Vorschläge für einheitliche Tarife für ambulante und stationäre Behandlungen.

Abs. 3

Dieser Grundsatz soll ohnehin nicht ausnahmslos gelten. Bereits in § 7a Abs. 2 SpiV werden besondere Umstände vorbehalten, die eine stationäre Durchführung erfordern. Diese Gründe sollen durch den Regierungsrat geregelt werden. Das geltende Recht enthält folgende Ausnahmetatbestände:

- besonders schwere Erkrankung
- schwere Begleiterkrankungen beziehungsweise ausgeprägte Multimorbidität
- Bedarf besonderer Behandlung oder Betreuung
- besondere soziale Umstände (insbesondere Alter)

Die künftige Regelung wird gleich oder sehr ähnlich lauten. Eine Behandlung wird daher auch weiterhin stationär durchgeführt werden können, wenn medizinische oder soziale Gründe dies notwendig machen.

§ 17 Sektorisierte psychiatrische Versorgung

¹ Der Kanton fördert die sektorisierte psychiatrische Versorgung durch die innerkantonalen Listenspitäler.

² Er kann zu diesem Zweck ambulante Angebote mit einem kantonalen Finanzierungsbeitrag unterstützen, wenn

a) diese aus Versorgungssicht sinnvoll sind,

b) nachweislich eine ungenügende Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vorliegt, und

c) der Nachweis erbracht wird, dass damit stationäre Behandlungen verhindert werden können.

³ Einzelheiten werden zwischen der zuständigen kantonalen Behörde und dem Leistungserbringer des ambulanten Angebots vereinbart.

Der Leitsatz "ambulant vor stationär" hat in der Psychiatrie eine hohe Bedeutung: Zum einen auch hier zur Senkung der Kosten, zum anderen aber auch für die nachhaltige Wirksamkeit der Behandlungen. Für die Genesung psychisch kranker Menschen ist zentral, dass sie möglichst in ihrer angestammten Umgebung bleiben und auch weiterhin ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Die Behandlungen sind an der Lebenssituation des Einzelnen auszurichten. Hierfür braucht es verschiedene ambulante Behandlungs- und Betreuungssettings, sie sind dezentral, auch aufsuchend und insbesondere multiprofessionell. Die Fachliteratur weist nach, dass durch bedürfnisgerechte ambulante Leistungserbringung stationäre Aufenthalte in Zahl und vor allem Dauer gesenkt werden können. Die sektorisierte psychiatrische Versorgung, wie sie von psychiatrischen Kliniken angeboten werden kann, entspricht diesen Anforderungen.

Grundsätzlich werden ambulante psychiatrische Leistungen von den Krankenkassen nach der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen TARMED (vgl. Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 20. Juni 2014 [SR 832.102.5]) bezahlt. Gewisse Finanzierungsmöglichkeiten sind damit zwar vorhanden, insgesamt aber stellen die unge-

nügende Finanzierung gewisser Einzelleistungen wie zum Beispiel Soziotherapien, Vorhalteleistungen rund um Kriseninterventionen, ärztliche oder pflegerische Behandlungsleistungen von mehr als vier Stunden pro Woche, Vernetzungsleistungen des Sozialdienstes oder von Job-Coaches und Fallmanager sowie die Planungsunsicherheit von Angeboten, die auf öffentliche Finanzierungsbeiträge der Kantone angewiesen sind, eine enorme Herausforderung dar.

Da wie aufgezeigt gewisse Leistungen von den Krankenversicherern aufgrund fehlender Tarifpositionen nicht übernommen werden, besteht eine echte Finanzierungslücke. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es für die Psychiatriebetriebe daher vorteilhafter, Behandlungen stationär als ambulant zu erbringen. Im Ergebnis haben einerseits gewisse Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu einer ihrem Bedarf entsprechenden Behandlung. Andererseits werden bei Patientinnen und Patienten stationäre Behandlungen durchgeführt, obwohl die kostengünstigeren ambulanten Behandlungen zielführender wären.

Abs. 1

Ausreichende sektorisierte Versorgungsstrukturen sind ein taugliches Mittel zur Senkung der Kosten, wie auch erforderlich für eine nachhaltig wirksame psychiatrische Versorgung. Mit dieser Bestimmung wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, diesem Umstand mit gezielten Massnahmen zu begegnen. Der Kanton versteht es als seine Aufgabe, im Rahmen seiner Möglichkeiten die sektorisierte psychiatrische Versorgung zu fördern.

Abs. 2

Ausreichende sektorisierte Angebotsstrukturen können nur entstehen, wenn die entsprechenden Leistungen auch wirtschaftlich erbracht werden können. Hierfür muss jedoch die Finanzierungslücke geschlossen werden. Beteiligt sich der Kanton in einem gewissen Mass an der Schliessung dieser Lücke, so ist das eine effektive Massnahme zur Sicherstellung einer angemessenen sektorisierten Versorgung. Der Kanton Aargau hat in diesem Bereich bereits gute Erfahrungen gemacht, indem er seit Jahren die psychiatrischen Tageskliniken und die ambulanten Angebote der PDAG finanziell unterstützt. Dieser finanzielle kantonale Kostenbeitrag dient direkt dazu, einen Anreiz zur Erbringung ambulanter Leistungen zu setzen.

lit. a

Die finanzielle Unterstützung eines ambulanten psychiatrischen Angebots ist nur dann zulässig, wenn sie der Sicherstellung einer angemessenen Versorgungsstruktur dient. Es sind nur solche und nur so viele Angebote zu unterstützen, wie es zur Sicherstellung der Versorgung angezeigt ist. Ein Überangebot darf nicht entstehen.

lit. b

Damit wird festgelegt, dass die finanzielle Unterstützung einzig der Schliessung der bestehenden Finanzierungslücke dienen darf. Die finanzielle Unterstützung ist darum implizit befristet, solange die Finanzierungslücke tatsächlich (noch) besteht. Überdies dürfen innerhalb des Angebots nur die nicht-kassenpflichtigen Leistungen (mit-)finanziert werden.

lit. c

Es dürfen nur Angebote finanziell unterstützt werden, die nachweislich die Anzahl oder die Dauer von stationären Aufenthalten zu reduzieren vermögen.

Abs. 3

Absatz 3 liefert die gesetzliche Grundlage, um in entsprechenden Leistungsverträgen festzulegen, unter welchen Bedingungen welche Fördermassnahmen gewährt werden. Beispielsweise wäre zu vereinbaren, wie sich eine finanzielle Unterstützung konkret auf die Bettenkapazität der betroffenen Institution auszuwirken hat.

§ 18 Indikationsqualität

¹ Der Regierungsrat legt durch Verordnung Massnahmen fest, damit gleich zweckmässige aber deutlich wirtschaftlichere Behandlungsmethoden vermehrt zur Anwendung gelangen.

² Er erlässt dazu eine Liste von Indikationen, bei denen eine erhöhte Anforderung an die Indikationsqualität gefordert wird.

³ Er kann insbesondere vorsehen, dass

- a) eine Zweitmeinung eingeholt wird,
- b) eine Indikationsstellung in einem Indikationsboard erfolgt,
- c) vor einem Eingriff für eine bestimmte Zeit eine konservative Behandlung durchgeführt wurde.

⁴ Wenn aufgrund der Beurteilung der Indikationsqualität die Notwendigkeit der ursprünglich geplanten Behandlung nicht ausgewiesen ist, beteiligt sich der Kanton maximal in Höhe der Kosten der zweckmässigen Behandlung.

Zur Einschränkung des Leistungswachstums soll bei Indikationen (Diagnosen) angesetzt werden, zu deren Behandlung sowohl sehr aufwändige und kostspielige als auch deutlich kostengünstigere, konservativere Methoden angewandt werden können. Eine entsprechende Liste mit Indikationen ist durch den Regierungsrat gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse festzulegen (Abs. 2). Als mögliche Massnahmen, die der Regierungsrat durch Verordnung vorsehen und detailliert regeln kann (Abs. 3), nennt das Spitalgesetz die Pflicht zur Einholung einer Zweitmeinung (lit. a), die Pflicht zur Indikationsstellung in einem Indikationsboard, womit sichergestellt wird, dass die Behandlungsoptionen ernsthaft geprüft werden, sowie die Pflicht, zunächst eine konservative Behandlung durchzuführen (lit. c). Die Nichteinhaltung dieser Massnahmen hat Konsequenzen bei der Kostenübernahme durch den Kanton. In einem solchen Fall soll der Kanton nur die Kosten in Höhe einer zweckmässigen Behandlung übernehmen müssen (Abs. 4).

5.5 Bodengebundenes Rettungswesen

§ 19 Bewilligungspflicht

¹ Bodengebundene Rettungsdienste, die im Kanton Aargau tätig sind, unterstehen sowohl für Primär- als auch Sekundärtransporte einer Bewilligungspflicht nach den Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung.

Die Bundesgesetzgebung enthält nur sehr wenige Bestimmungen, welche die Tätigkeit der bodengebundenen Rettungsdienste regeln. Sie erfasst das Rettungswesen nur im Rahmen des allgemeinen Versorgungsauftrags gemäss Art. 117a der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 sowie mit Art. 56 KVV vom 27. Juni 1995. Letzterer regelt die maximale Kostenbeteiligung der Krankenversicherer bei Krankentransporten und erfordert für die Abrechnung zulasten der Krankenversicherer eine Zulassung nach kantonalem Recht. Bereits aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben soll daher an der bewährten Bewilligungspflicht festgehalten werden.

In der geltenden Gesetzgebung wird die Bewilligungspflicht der Rettungsdienste in den §§ 4 Abs. 1 lit. b Ziffer 2 beziehungsweise 25 Abs. 1 lit. c GesG sowie in § 35 Abs. 1 lit. g der Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (VBOB) vom 11. Januar 2009 geregelt (Betrieb, der in der KVG-Gesetzgebung zur Gruppe der ambulant tätigen Leistungserbringer gehört). In der Praxis sind aber auch Einsätze der Rettungsdienste ausserhalb des KVG-Bereichs möglich.

Die Bewilligungspflicht gilt sowohl für die Primär- als auch die Sekundärtransporte. Als Primärtransporte gelten Notfalltransporte (grosse Bewilligung). Sekundärtransporte umfassen lediglich Kranken-/Verlegungstransporte ohne Notfalltransporte (kleine Bewilligung).

Die Bewilligungsmodalitäten und die Anbindung an die kantonale Notrufzentrale sind in § 41 VBOB geregelt. An der fachlich und qualitativ wichtigen Anknüpfung der grossen und kleinen Bewilligung an der Anerkennung durch den Interverband für Rettungswesen (IVR) beziehungsweise an dessen Expertenbericht soll festgehalten werden.

Im SpiG soll nur das bodengebundene Rettungswesen geregelt werden, weil dieses einen besonders engen Zusammenhang zu den Spitälern aufweist.

§ 20 Selbstorganisation und Beizug Dritter

¹ Die auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführten akutsomatischen innerkantonalen Spitäler sind verpflichtet, den bodengebundenen Rettungsdienst im Kanton eigenverantwortlich so zu organisieren und die Gebiete so untereinander aufzuteilen, dass ein funktionsfähiges bodengebundenes Rettungswesen jederzeit gewährleistet werden kann.

² Sie sind verpflichtet, zur Erfüllung dieser Aufgabe bei Bedarf Dritte beizuziehen, die über eine Betriebsbewilligung verfügen.

³ Der Regierungsrat regelt die Einzelheiten durch Verordnung.

Abs. 1

Die vorliegende Bestimmung regelt neu den Grundsatz der Selbstorganisation durch die akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Aargau mit Standort im Kantonsgebiet. Dies bedeutet eine Abkehr von der bisher konzeptionell vorgenommenen Gebietszuteilung im Rahmen des vom Grossen Rat beschlossenen Rettungskonzeptes. Mit der Übertragung dieser Aufgabe sollen diese Spitäler beziehungsweise die Rettungsdienste in Eigenverantwortung die Gebiete untereinander so aufteilen, dass jeder bodengebundene Rettungsdienst wirtschaftlich rentabel geführt und die Qualität des bodengebundenen Rettungsdienstes jederzeit sichergestellt werden kann.

Abs. 2

Die Erfüllung dieser Pflicht liegt primär bei den Spitälern. Bei Bedarf, das heisst subsidiär, sind die Spitäler gehalten, Dritte mit einer Bewilligung des Kantons Aargau oder eines anderen Kantons zur Erfüllung der Aufgabe beizuziehen.

§ 21 Pflicht zum Betrieb eines bodengebundenen Rettungsdienstes

¹ Der Regierungsrat kann die auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführten akutsomatischen innerkantonalen Spitäler verpflichten, einen funktionsfähigen bodengebundenen Rettungsdienst zu betreiben. Sie sind dazu verpflichtet, wenn namentlich mangels Selbstorganisation oder bei Einstellung der bodengebundenen rettungsdienstlichen Tätigkeit die Versorgung der Bevölkerung in der betreffenden Region nicht mehr sichergestellt werden kann.

² Er kann Ausnahmen von dieser Verpflichtung vorsehen.

³ Er trifft soweit erforderlich die zur Sicherstellung eines zweckmässigen bodengebundenen Rettungsdienstes erforderlichen Massnahmen.

Abs. 1

Der Erhalt einer kantonalen Bewilligung berechtigt die Rettungsdienste zur Durchführung von Krankentransporten; die Bewilligung verpflichtet sie jedoch nicht dazu. Die bestehende Situation und die Regelung des Grundsatzes der Selbstorganisation funktionieren weiterhin gut, solange sich genügend bodengebundene Rettungsdienste für sämtliche Einsatzgebiete im Kanton Aargau zur Verfügung stellen. Falls aufgrund künftiger Entwicklungen Streitigkeiten entstehen oder wenn bodengebundene Rettungsdienste ihre Tätigkeiten einstellen oder nicht mehr alle Gebiete im Kanton anfahren, kann das bodengebundene Rettungswesen im Kanton Aargau nicht mehr sichergestellt werden. Der Regierungsrat soll daher aus gesundheitspolizeilichen Gründen die akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Aargau mit Standort im Kanton nötigenfalls in Pflicht nehmen können, einen bodengebundenen Rettungsdienst zu betreiben. Von dieser Pflicht können durch den

Regierungsrat Ausnahmen vorgesehen werden (z.B. aufgrund der geringen Grösse oder der Spezialisierung des Spitals, Abs. 2).

Abs. 3

Analog der Regelung im ärztlichen Notfalldienst, wo die Organisation und Regelung dem Berufsverband übertragen ist (siehe § 38 GesG), soll der Regierungsrat in Berücksichtigung des Grundsatzes der Selbstorganisation im Sinne eines letzten Mittels subsidiär mittels geeigneten Massnahmen eingreifen können, um ein funktionsfähiges bodengebundenes Rettungswesen sicherstellen zu können. Mit der offenen Formulierung soll dem Regierungsrat in Berücksichtigung des Verhältnismässigkeitsprinzips ein breites Spektrum an "Rettungsmassnahmen" zur Verfügung stehen, das im Sinne eines letzten Mittels auch eine hoheitliche Gebietszuteilung umfasst.

5.6 Kantonseigene Spitäler / kantonale Spitäler

§ 22 Organisation

¹ Der Regierungsrat übt alle dem Kanton aus seiner Beteiligung an den kantonseigenen Spitälern zustehenden Rechte aus. Er kann insbesondere die Gründung, Auflösung, Spaltung oder Fusionierung und den Erwerb oder die Veräusserung von Gesellschaften beschliessen.

² Der Kanton hält mindestens 70 % des Kapitals und der Stimmrechte der kantonseigenen Spitäler.

³ Die Quote von 70 % gilt auch für Gesellschaften, welche das Kapital der kantonseigenen Spitäler halten.

⁴ Änderungen der Statuten, die ein qualifiziertes Mehr gemäss Art. 704 Obligationenrecht (OR) oder Art. 18 Fusionsgesetz (FusG) verlangen, bedürfen vorgängig einer Instruktion durch den Grossen Rat.

⁵ Die Geschäftsberichte der kantonseigenen Spitäler werden dem Grossen Rat auf Antrag des Büros zur Kenntnisnahme vorgelegt.

Abs. 1

Der Kanton übt durch den Regierungsrat seine aus der Beteiligung an den kantonseigenen Spitälern bestehenden Rechte aus. Neu geregelt wird, dass der Regierungsrat die Kompetenz erhält, neue Gesellschaften zu gründen oder diese auflösen, spalten oder fusionieren kann. Dem Regierungsrat soll es möglich sein, maximal 30 % des Kapitals der kantonseigenen Spitäler, welche sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits im Eigentum des Kantons befinden, zu veräussern. Dasselbe gilt für die Auflösung, Spaltung oder Fusion der kantonseigenen Spitäler.

Dank dieser Regelung wird es in Zukunft möglich sein, die vom Regierungsrat beabsichtigte Holding-Struktur aufzubauen. Nicht mehr verlangt wird die Zustimmung des Grossen Rats zur Übertragung von Aktien an Dritte. Dem Regierungsrat sollen dadurch mehr Handlungsfreiheiten eingeräumt werden, um die Vision der Spitallandschaft konsequent verfolgen zu können.

Abs. 2

Wie bereits im aktuellen SpiG vorgesehen, soll der Kanton an den kantonseigenen Spitäler immer mindestens 70 % des Kapitals und der Stimmrechte halten. Der Kanton ist dadurch in der Lage, Beschlüsse, welche nach OR oder FusG eine qualifizierte Mehrheit verlangen, alleine und ohne die Zustimmung von Inhabern von Minderheitsbeteiligungen zu fällen.

Abs. 3

Die Quote von 70 % soll auch dann gelten, wenn die Beteiligungen der kantonseigenen Spitäler in eine andere Gesellschaft eingebracht werden. Dies kann beispielsweise bei einer Fusion oder der Gründung einer Holding oder eines Konzerns der Fall sein. Der Kanton muss auch dann an den neu gegründeten Gesellschaften mindestens 70 % des Kapitals halten und über 70 % der Stimmen verfügen.

Abs. 4 und 5

Wie bereits nach geltendem Recht bedürfen die Statutenänderungen, die ein qualifiziertes Mehr

nach Art. 704 OR verlangen, vorgängig einer Instruktion durch den Grossen Rat. Ebenso gilt weiterhin, dass die Geschäftsberichte der kantonseigenen Spitäler dem Grossen Rat auf Antrag des Büros zur Kenntnisnahme vorzulegen sind. Neu wird der Verweis auf Art. 18 FusG aufgenommen, weil auch Beschlüsse über einen Fusionsvertrag eines qualifizierten Mehrs bedürfen.

§ 23 Besetzung Verwaltungsrat

¹ Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der kantonseigenen Spitäler hat nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

- a) ausgewiesene fachliche und persönliche Kompetenz,
- b) Unabhängigkeit von Personen, die für die Spitalplanung zuständig sind. Davon ausgenommen ist die Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung.

² Die Übernahme des Verwaltungsratspräsidiums, des Vizepräsidiums und des Amtes der oder des Delegierten des Verwaltungsrats durch die Person, die den Kanton vertritt, ist ausgeschlossen.

Abs. 1

Die Bestimmung orientiert sich grundsätzlich am geltenden SpiG und definiert die Anforderungen an die zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates. Dabei ist auf eine ausgewiesene fachliche und persönliche Kompetenz der Kandidatinnen und Kandidaten abzustellen. Abgesehen von einer Kantonsvertretung dürfen die zu wählenden Personen nicht in das Spitalplanungsverfahren des Kantons involviert sein und müssen die erforderliche Unabhängigkeit aufweisen.

Abs. 2

§ 11 Abs. 5 lit. c und Abs. 7 des geltenden SpiG wird jedoch nicht mehr in das neue Spitalgesetz aufgenommen. Diese Bestimmungen schlossen bisher aus, dass eine Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates einer Spitalaktiengesellschaft in eine andere Spitalaktiengesellschaft gewählt werden konnte oder dass das Präsidium, das Vizepräsidium oder das Amt der oder der Delegierten durch dieselbe Person in mehreren Spitalaktiengesellschaften ausgeübt werden konnte. Die neue Bestimmung erhöht die Flexibilität und ermöglicht dem Regierungsrat, durch die Verwaltungsratswahlen auf eine verstärkte Zusammenarbeit unter den kantonseigenen Spitälern und auf eine einheitliche strategische Führung hinwirken zu können. Aufgrund der hohen Flexibilität soll es auch in Zukunft möglich bleiben, dass eine Person als Kantonsvertretung Einsitz im Verwaltungsrat nimmt. Allerdings besteht zurzeit nicht die Absicht, tatsächlich eine Person als Kantonsvertretung zu entsenden.

§ 24 Eigentümerstrategie

¹ Der Kanton regelt als Eigentümer der Beteiligungen Kauf und Verkauf von Immobilien und Gesellschaften durch die kantonseigenen Spitäler im Rahmen der Statuten.

² Der Kanton legt im Rahmen seiner Eigentümerstrategie eine Dividendenpolitik fest, die eine angemessene Ausschüttung gewährleistet.

Entsprechend den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen soll der Kanton weiterhin als Eigentümer der Beteiligungen im Rahmen seiner Eigentümerstrategie den Kauf und Verkauf von Immobilien und Gesellschaften durch die kantonseigenen Spitäler sowie die Dividendenpolitik mit einer angemessenen Ausschüttung festlegen.

§ 25 Zusammenarbeit der Spitäler

¹ Der Regierungsrat sorgt durch geeignete Massnahmen für die Koordination unter den Spitälern und die verstärkte Nutzung von Synergien, namentlich mittels interkantonaler Zusammenarbeit, integrierter Versorgungssysteme, Erteilung der Leistungsaufträge und eHealth.

Die im geltenden Spitalgesetz verankerte Kompetenz des Regierungsrats zur Koordination der Zusammenarbeit der Spitäler soll namentlich vor dem Hintergrund der neu geschaffenen Steuermöglichkeiten und der zunehmenden Bedeutung der integrierten Versorgung und der Umsetzung des elektronischen Patientendossiers beibehalten werden. Dadurch soll weiterhin eine optimale Nutzung von Synergien ermöglicht werden, was sich letztlich positiv auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken wird.

5.7 Weitere Bestimmungen

§ 26 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

¹ Der Kanton kann bei Finanzierungslücken gemeinwirtschaftliche Leistungen zur Sicherung der Spitalversorgung mit kostenbasierten Abgeltungen unterstützen, wenn diese einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung dienen und aus Gründen der Versorgungs- oder Patientensicherheit notwendig sind.

² Der Regierungsrat regelt durch Verordnung, welche gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziell unterstützt werden können.

³ Die Modalitäten der Leistungserbringung und Finanzierung werden im Rahmen eines Leistungsvertrags zwischen dem zuständigen Departement und dem einzelnen Leistungserbringer festgelegt.

Die finanzielle Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird im KVG nur rudimentär erwähnt und im kantonalen Recht fehlt bisher eine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage, welche diese Leistungen und die damit verbundenen Abgeltungen definiert. Dies, obwohl bereits heute jährlich namhafte Beiträge geleistet werden.

Abs. 1

Mit der vorliegenden Bestimmung wird dem Grundsatz nach festgehalten, nach welchen Kriterien solche Leistungen vom Kanton finanziell unterstützt werden können. Dies dient der Rechtssicherheit und Transparenz. Angeknüpft wird an einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sowie an der Notwendigkeit für die Gesundheitsversorgung und Patientensicherheit. Die Abgeltungen knüpfen an nachzuweisenden Finanzierungslücken an und erfolgen kostenbasiert. In Anlehnung an die heutige Praxis können solche Leistungen beispielsweise folgende Bereiche umfassen: Universitäre Lehre, geschützte Operationsstellen (GOPS), Kinderschutz-Gruppen, sektorisierte Versorgung, Heroinabgabestelle, Pauschalbeitrag zur Umsetzung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts, Betrieb der SNZ 144, ambulanter ärztlicher Notfalldienst.

Abs. 2

Der Regierungsrat soll basierend auf einer flexibel gehaltenen Gesetzesbestimmung die Kompetenz erhalten, diese Leistungen und die damit verbundenen Vergütungen auf Verordnungsstufe konkretisieren und veränderten Verhältnissen anpassen zu können.

Abs. 3

Die Modalitäten zur Vergütung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollen mittels Leistungsvertrag geregelt werden.

Diese Bestimmung lehnt sich an § 25 des geltenden Spitalgesetzes an. Sie soll dem Regierungsrat weiterhin ermöglichen, unterstützungswürdige Vorhaben von Spitälern und anderen Organisationen des Gesundheitswesens mit Beiträgen fördern zu können. Diese Vorhaben müssen nicht zwingend gemeinwirtschaftliche Leistungen betreffen und umfassen Forschung, Grundlagenbeschaffung, Beratung und Zusammenarbeit sowie Ausbildung von Personal des Gesundheitswesens. Es handelt sich

dabei um eine Kann-Formulierung. Allfällige Beiträge gewährt der Regierungsrat im Rahmen eines Leistungsvertrags.

§ 27 Datenbearbeitung

¹ Das zuständige Departement ist befugt, betriebs- und patientenbezogene Daten der Leistungserbringer (Personendaten und besonders schützenswerte Personendaten) zu bearbeiten, soweit dies zum Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und dieses Gesetzes, namentlich gemäss § 4 (Datenlieferung), erforderlich ist, insbesondere zur

- a) Erstellung und Evaluation der Versorgungsplanung,
- b) Durchführung des Spitallistenverfahrens (Spitalplanung),
- c) Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung (Tarifverfahren),
- d) Durchführung des Leistungsauftragscontrollings,
- e) Durchführung des Leistungscontrollings.

² Der Regierungsrat regelt die Kategorien der zu bearbeitenden Daten durch Verordnung.

³ Das zuständige Departement kann zur Erfüllung dieser Aufgaben Daten des Bundes bearbeiten, von den Spitälern medizinische Daten erheben, Daten des kantonalen Einwohner- und Objektregisters abrufen und Datenbanken betreiben, in denen diese Daten miteinander verknüpft werden können.

Generell ist für die Bearbeitung von Personendaten eine Rechtsgrundlage oder eine rechtlich geregelte Aufgabe als Rechtfertigungsgrund erforderlich. Gemäss geltender Datenschutzgesetzgebung ist für die Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten (zum Beispiel medizinische Daten) sogar eine Grundlage auf Stufe Gesetz erforderlich. Auf Stufe Bund wird die Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten durch die Kantone in Art. 84 KVG in relativ offener Form und nur bezogen auf den Vollzug der Krankenversicherungsgesetzgebung geregelt. Solche Datenbearbeitungen tangieren die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen, namentlich der Patientinnen und Patienten, weshalb eine präzisere Regelung der kantonalen Aufgaben, die eine Datenbearbeitung erfordern, angezeigt ist (vgl. dazu § 4). Generell sind die Erstellung und Evaluation der Versorgungsplanung, die Spitalplanung mit dem Spitallistenverfahren sowie die Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren auf verlässliche Datengrundlagen angewiesen. Die Datenbearbeitung und das damit verbundene Controlling der Leistungen (Leistungsauftragscontrolling und Leistungscontrolling) liegen aufgrund der Mitfinanzierungspflicht des Kantons (anteilmässige Spitalvergütungen) im öffentlichen Interesse der steuerzahlenden Bevölkerung. Zudem unterstützt sie den wirtschaftlichen Einsatz öffentlicher Mittel und dient der Verbesserung der Transparenz. Für die meisten in Absatz 1 erwähnten Aufgaben und Verfahren (Versorgungsplanung, Spitalplanung mit Spitallistenverfahren, Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren sowie Leistungsauftragscontrolling) wird auf anonymisierte statistische Daten des Bundes und damit nicht auf personenbezogene Daten zugegriffen. Das Leistungscontrolling erfordert jedoch, soweit es das medizinische Controlling betrifft, die Bearbeitung des vom Departement Gesundheit und Soziales bei den Spitälern zu erhebenden Medical Clinical Data-Set (mit Diagnose- und Behandlungs-codes) und damit die Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d und k IDAG). Die Erhebung sowie allfällige Verknüpfungen dieser Daten (zum Beispiel Verknüpfung der Abrechnungen [mit Name, Alter oder Geschlecht] mit statistischen Daten und den medizinischen Daten zwecks medizinischem Controlling der Spitalrechnungen) werden in der vorliegenden Bestimmung geregelt und auf Verordnungsstufe konkretisiert.

Für die zu verknüpfenden Daten soll auch die Erstellung von Datenbanken gesetzlich ermöglicht werden. Ein wirksames Controlling erfordert zudem, dass die zu bezahlenden Spitalrechnungen mit dem kantonalen Einwohner- und Objektregister abgeglichen und der Wohnsitz der Patientin oder des Patienten im Kanton Aargau verifiziert werden kann. Nur in diesem Fall besteht eine Vergütungs-

pflicht. Daher soll die Anbindung an das bestehende elektronische Register gesetzlich ermöglicht werden und allfällige Datenbanken eine Rechtsgrundlage erhalten.

§ 28 Verwaltungsmassnahmen

¹ Der Kanton kann in folgenden Fällen Verwaltungsmassnahmen gegen Leistungserbringer aussprechen:

- a) Nichteinhaltung von Anforderungen und Verpflichtungen, die sich aus diesem Gesetz und dessen Ausführungsbestimmungen ergeben oder gestützt darauf angeordnet wurden,
- b) unwahre oder unvollständige Angaben zu rechtserheblichen Sachverhalten.

² Bei begründetem Verdacht von Sanktionsgründen kann die zuständige Behörde eine Rechnungs- oder Kodierrevision beim betroffenen Leistungserbringer anordnen.

³ Die zuständige Behörde spricht eine Verwaltungsmassnahme aufgrund der Schwere des Verstosses aus und erlässt eine entsprechende Verfügung. Folgende Verwaltungsmassnahmen sind möglich:

- a) Rückforderung oder Zurückhalten von Leistungen,
 - b) Verwarnung,
 - c) Busse bis Fr. 50'000.–,
 - d) im Wiederholungsfall Busse bis Fr. 500'000.–,
 - e) Entzug von Leistungsaufträgen,
 - f) Streichung von den kantonalen Spitallisten,
 - g) vorsorgliche sofortige oder vorübergehende Schliessung eines Spitals oder von Teilen davon,
 - h) Entzug der Bewilligung.
-

Das geltende Spitalgesetz enthält keinerlei Normen betreffend die Massnahmen, die gegenüber Leistungserbringern ergriffen werden können, die Pflichten nicht erfüllen. Im Interesse der Rechtssicherheit wird vorliegend eine gesetzliche Grundlage geschaffen, welche die Sanktionen nennt, die gegen fehlbare Spitalbetreiber ausgesprochen werden können, ohne allerdings deren Voraussetzungen im Einzelfall detailliert zu regeln. Massgebend ist nach Abs. 3 das Verhältnismässigkeitsprinzip.

Definiert werden zwei Sanktionsgründe. Als Anwendungsbeispiele können angeführt werden:

- Nichterfüllung eines Leistungsauftrags: Keine Behandlungen im entsprechenden Bereich; in diesem Fall muss nicht zwingend ein Verschulden des Spitals vorliegen, denkbar ist auch, dass die Versicherten andere Leistungserbringer bevorzugen;
- Schlechterfüllung eines Leistungsauftrags, zum Beispiel deutlich zu wenige Fälle, Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen; dadurch allenfalls Gefährdung oder Schädigung von Patienten;
- Nichteinhaltung von Bestimmungen zur Mengenbegrenzung (insbesondere "ambulant vor stationär") oder zur Indikationsqualität;
- Nichteinhaltung anderer Auflagen oder Bedingungen, etwa betreffend Kooperationen, Präventionsmassnahmen oder die Führung einer Notfallstation;
- Nichterfüllung der Meldepflicht bei Veränderung von Verhältnissen, die für die Spitalbewilligung oder für Leistungsaufträge wesentlich sind;
- Inkorrekte Rechnungsstellung, zum Beispiel durch Fakturierung nicht erbrachter oder anderer als der erbrachten Leistungen;
- Nichtlieferung von erforderlichen Daten an den Kanton oder Lieferung von Daten schlechter Qualität; dadurch Verursachung von unnötigem administrativem Aufwand;

Bestimmte Massnahmen setzen dabei nicht zwingend eine Pflichtverletzung durch das Spital voraus. Es ist möglich, dass gewisse Anforderungen oder Bedingungen nicht eingehalten sind, ohne dass den Leistungserbringer irgendein Vorwurf trifft, beispielsweise bei ungenügenden Fallzahlen.

Zuständig für die Verhängung von Sanktionen ist diejenige Behörde, die im entsprechenden Bereich allgemein für Entscheide und Massnahmen verantwortlich ist. Für den Erlass der Spitalliste und gleichzeitig damit der Leistungsaufträge und die damit verbundenen Massnahmen ist das gemäss § 12 Abs. 1 der Regierungsrat, unter dem Vorbehalt der Regelung von Einzelheiten nach § 13 Abs. 3. Für die Betriebsbewilligung und die Schliessung eines Spitals sind nach §§ 5 und 8 das Departement beziehungsweise die zuständige kantonale Behörde zuständig.

Bei der Anordnung einer Revision handelt es sich dabei noch nicht um eine Sanktion im eigentlichen Sinn, sondern um eine Handlung zur Untersuchung des Sachverhalts von Amtes wegen, wozu die Behörden auch aufgrund von § 17 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRPG) berechtigt und verpflichtet sind. Voraussetzung dafür kann somit nicht ein festgestellter Verstoss sein, vielmehr reicht ein begründeter Verdacht aus.

Keine Sanktion im eigentlichen Sinn ist auch die nachträgliche oder verspätete Durchsetzung der nicht erfüllten Pflichten. Diese ist grundsätzlich immer zulässig, schliesst unter Umständen aber eine Rückforderung oder ein Zurückhalten von Leistungen nach lit. a ganz oder teilweise aus, da diese Massnahmen fehlende oder nur teilweise Erfüllung von Pflichten voraussetzen. Vereinbar ist die nachträgliche Durchsetzung hingegen mit einer Verwarnung oder der Verhängung einer Busse.

Sanktionen müssen der Schwere des Verstosses entsprechen. Damit wird auf den Verfassungsgrundsatz der Verhältnismässigkeit verwiesen. Für die Wahl und Bemessung von Bedeutung sein können beispielsweise folgende Kriterien:

- Ausmass des Verschuldens (keine, leicht, oder schwere Fahrlässigkeit, Vorsatz); allerdings können verschiedene Sanktionen auch ohne Verschulden des entsprechenden Spitals ausgesprochen werden (vgl. zu lit. a–h),
- Umfang der Nichterfüllung von Pflichten, allenfalls mit finanzieller Quantifizierung,
- Ausmass des Schadens,
- Grad der Gefährdung oder Verletzung von Patientensicherheit und Patientenwohl.

Die Rückforderung oder das Zurückhalten von Leistungen setzt nicht einen Verstoss bestimmter Schwere voraus, sondern ist immer dann und insoweit anzuordnen, als Leistungen aufgrund des Verstosses als zu Unrecht ausgerichtet gelten müssen, sei es, dass durch unerlaubtes Verhalten wie falsche oder unvollständige Angaben Zahlungen erwirkt wurden, sei es, dass das Spital die Gegenleistungen nicht oder nur teilweise erbracht hat. Es handelt sich hier um eine geschriebene Regelung des auch ohne gesetzliche Grundlage geltenden Grundsatzes, dass ohne gültigen Rechtsgrund erbrachte Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Die Verwarnung stellt die mildeste eigentliche Sanktion dar, die nicht mit unmittelbaren Rechtsnachteilen verbunden ist. Die Rechtsstellung des betroffenen Spitals wird trotzdem verschlechtert: Einerseits wird es mit zusätzlichen Überprüfungen und Kontrollen zu rechnen haben, andererseits dürfte bei einem allfälligen nächsten Verstoss eine schärfere Massnahme wie Busse ausgesprochen werden.

Die Verhängung von Bussen ist keine exekutorische Massnahme, mit der direkt der recht- und ordnungsgemässe Zustand hergestellt werden soll. Vielmehr stellt sie eine Strafe dar für ein Fehlverhalten und setzt daher ein Verschulden auf Seiten des Leistungserbringers voraus, sei es als leicht- bis grobfahrlässige oder als vorsätzliche Verletzung von Pflichten. Die Höhe der Busse bemisst sich an den Kriterien, die zu Abs. 3 angeführt werden.

Der Entzug eines Leistungsauftrags ist eine schwerwiegende Sanktion, die nur bei Vorliegen entsprechend gewichtiger Gründe ausgesprochen werden darf. Dazu zählen die gravierende Verletzung von Anforderungen und Bedingungen, die der Sicherung der Qualität und insbesondere der Patientensicherheit und dem Patientenwohl dienen. In besonders schweren Fällen können auch administrative und finanzielle Unregelmässigkeiten Grund dafür sein. Weiter können Leistungsaufträge dann entzogen werden, wenn die Versorgungsrelevanz des Spitals im entsprechenden Bereich weggefallen ist, wenn es also die geforderten Fallzahlen dauerhaft verfehlt.

Streichung eines Leistungserbringers von der kantonalen Spitalliste bedeutet Entzug nicht nur einzelner, sondern sämtlicher Leistungsaufträge. So gesehen besteht nur ein quantitativer, kein qualitativer Unterschied. Allerdings dürfte es nach dem Verlust aller Aufträge für ein Spital in der Regel schwierig werden, wieder auf die Spitalliste zu kommen und neue Leistungsaufträge zu bekommen, da sämtliche Anforderungen und Voraussetzungen vor erneuter Berücksichtigung wieder von Grund auf geprüft werden müssen. Da die Versorgungsrelevanz eines Spitals kaum gesamthaft dahinfällt, wird diese Sanktion in der Regel nur verhängt werden können, wenn dauerhafte, für das gesamte Spital wesentliche Mängel bestehen.

Die vorsorgliche sofortige oder vorübergehende Schliessung eines Spitalstandorts oder von Teilen davon ist insbesondere dann notwendig, wenn schwerwiegende Missstände erhebliche Gefahren für Patientenwohl und Patientensicherheit schaffen. Die Massnahme stellt das letzte Mittel dar, wenn Anordnungen der zuständigen Behörde zur Beseitigung der Mängel nicht befolgt werden.

Der Entzug der Betriebsbewilligung im Sinn von § 8 geht über die Streichung von den Spitallisten noch hinaus, da das betroffene Spital in diesem Fall auch keine Patienten mehr aufnehmen und behandeln darf, deren Behandlungskosten weder ganz noch teilweise durch die obligatorische Krankenversicherung übernommen werden. Es müssen daher in der Regel Verstösse vorliegen, die sich nicht nur auf deren Durchführung beziehen. Vielmehr sind wesentliche Bewilligungsanforderungen nicht mehr erfüllt oder liegen sonst schwere dauerhafte Mängel vor.

5.8 Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 29 Bewilligungspflicht Spitäler

¹ Spitäler ohne oder mit unvollständiger Bewilligung müssen der zuständigen kantonalen Behörde innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten dieses Gesetzes ein entsprechendes Bewilligungsgesuch stellen.

Die Neuregelung des Bewilligungswesens in den §§ 5 ff. wird dazu führen, dass einzelne Betriebe im Kanton Aargau nachträglich bewilligt werden müssen oder zumindest eine erweiterte Bewilligung beantragen müssen. Ihnen ist daher eine angemessene Übergangsfrist von zwei Jahren zu gewähren.

§ 30 Bei Inkrafttreten gültige Leistungsaufträge

¹ Mit Inkrafttreten dieses Gesetzes werden aktuell gültige Leistungsaufträge mit befristeter Gültigkeitsdauer zu unbefristeten Leistungsaufträgen gemäss § 14 Abs. 1.

² Davon ausgenommen sind Leistungsaufträge, die gemäss § 7 Abs. 4 der Verordnung über die Spitalliste (SpiliV) vom 6. März 2013 unter besonderen Auflagen und Bedingungen erteilt wurden.

Abs. 1

Im Jahr 2019 findet ein erneutes Bewerbungsverfahren für sämtliche Leistungsaufträge statt. Die Leistungsaufträge werden aufgrund des zum Zeitpunkt des Verfahrens gültigen SpiG für eine Vier-Jahres-Periode vergeben. Mit dem Inkrafttreten des totalrevidierten SpiG soll aber ein Systemwechsel erfolgen und die Leistungsaufträge gemäss § 14 Abs. 1 grundsätzlich unbefristet erteilt werden.

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens geltenden befristeten Leistungsaufträge sollen darum automatisch zu unbefristeten Leistungsaufträgen werden. So soll verhindert werden, dass im Jahr 2023 nicht erneut ein aufwändiges Bewerbungsverfahren durchgeführt werden muss und die Leistungsaufträge erst dann unbefristet erteilt werden können.

Abs. 2

Die Verordnung über die Spitalliste (SpiliV) sieht vor, dass Leistungsaufträge ausnahmsweise auch Spitalern erteilt werden können, die nicht sämtliche Anforderungen erfüllen (§ 7 Abs. 4 SpiliV). Leistungsaufträge, die nach dieser Ausnahmeregelung vergeben werden, werden meistens mit besonderen Auflagen und Bedingungen verknüpft. Beispielsweise muss ein Spital innerhalb einer gewissen

Frist eine Fachärztin oder einen Facharzt mit einem bestimmten Fachgebiet anstellen oder eine Mindestzahl an Behandlungsfällen erreichen. Erst wenn diese Bedingungen und Auflagen vollständig erfüllt werden, wird dem Spital ein ordentlicher Leistungsauftrag erteilt.

Leistungsaufträge die nach § 7 Abs. 4 SpiliV vergeben wurden und mit besonderen Auflagen und Bedingungen verknüpft wurden, sollen mit Inkrafttreten des SpiG nicht automatisch zu unbefristeten Leistungsaufträgen werden. Sie werden darum von der Regel von Abs. 1 ausgenommen.

§ 31 Aufwertungsgewinn

¹ Der Kanton schreibt den Aufwertungsgewinn, der durch die Einbringung der Spitalliegenschaften (Grundstück und Gebäude) als Sacheinlage entstanden ist, der Erfolgsrechnung bis ins Jahr 2023 in gleichbleibenden Raten gut.

§ 14d im aktuellen Spitalgesetz ist auf Ende 2023 befristet und soll daher bis zu diesem Zeitpunkt in Kraft bleiben, weshalb diese Bestimmung im Gegensatz zum restlichen Spitalgesetz bis zu diesem Zeitpunkt nicht aufgehoben werden soll.

§ 32 Finanzierungshilfen für neue Bauinvestitionen

¹ Bis Ende des Jahres 2023 kann der Kanton den kantonseigenen Spitälern und den übrigen Spitälern, bei denen der Kanton ursprünglich Bauschulden übernommen hat und diese per Ende 2011 auf diese übertragen hat, Finanzierungshilfen für neue Bauinvestitionen gewähren, wenn sie von der Übertragung der Liegenschaften und der Bauschuld finanziell betroffen sind.

² Die Finanzierungshilfen sind ab dem Zeitpunkt der Gewährung maximal innert zwölf Jahren zurückzuzahlen.

³ Der Zinssatz entspricht den Refinanzierungskosten des Kantons inklusive eines Zuschlags von 0,5 % für die Verwaltung und das Risiko.

§ 14e im aktuellen Spitalgesetz ist auf Ende 2023 befristet und soll daher bis zu diesem Zeitpunkt in Kraft bleiben, weshalb diese Bestimmung im Gegensatz zum restlichen Spitalgesetz bis zu diesem Zeitpunkt nicht aufgehoben werden soll.

§ 33 Vollzug

¹ Der Regierungsrat erlässt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen durch Verordnung.

Es soll dem Regierungsrat obliegen, die notwendigen Ausführungsbestimmungen zum Gesetz zu erlassen.

§ 34 Inkrafttreten

¹ Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Das neue Spitalgesetz wird vom Regierungsrat in Kraft gesetzt.

5.9 Fremdänderungen

5.9.1 Gesundheitsgesetz

§ 2a Gesundheitspolitische Gesamtplanung

¹ Der Grosse Rat genehmigt die gesundheitspolitische Gesamtplanung; er kann Änderungen verlangen. Die Gesamtplanung enthält die strategischen Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen sowie eine Berichterstattung über die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung. Die Gesamtplanung ist periodisch zu überprüfen.

² Die genehmigte gesundheitspolitische Gesamtplanung gilt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung beschreibt für das ganze Gesundheitswesen relevante Strategien, Ziele und Grundsätze. Die Rechtsgrundlage für die Gesundheitspolitische Gesamtplanung soll daher nicht mehr systemfremd im Spitalgesetz, sondern im Gesundheitsgesetz verankert werden. Neu erhält auch die Berichterstattung über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens eine Grundlage.

§ 39a Pilotprojekte

¹ Der Kanton fördert im Gesundheitswesen die Erprobung, Durchführung und Evaluierung neuer Versorgungsmodelle (Pilotprojekte), wenn diese der Erzielung medizinischer, versorgungstechnischer oder wirtschaftlicher Verbesserungen dienen.

² Die Pilotprojekte haben die Rechte und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen und dürfen die Versorgungssicherheit sowie die notwendige Qualität der Leistungserbringung nicht beeinträchtigen.

³ Für eine definierte Dauer kann der Regierungsrat den Trägern von Pilotprojekten durch befristete Verordnung bewilligen, im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben von bestimmten kantonalen Bestimmungen abzuweichen.

⁴ Gesuche zwecks Förderung von Pilotprojekten sind vorgängig und unter Darlegung des Finanzbedarfs dem zuständigen Departement einzureichen. Es regelt mit den Trägern von Pilotprojekten die Modalitäten von Pilotprojekten, namentlich die Evaluation und das Controlling, durch Leistungsvertrag.

Abs. 1 und 2

Mit der Bestimmung soll die Möglichkeit geschaffen werden, im Sinne einer Experimentierklausel analog der Bestrebungen des Bundes Raum für Innovative Projekte und Massnahmen zu schaffen. Der Regierungsrat soll die Möglichkeit erhalten, neue Ideen und innovative Projekte zu unterstützen. Diese sollen sich an einer angestrebten Verbesserung des Gesundheitswesens orientieren. Denkbar sind Konzepte zur Erprobung neuer Therapie- und Behandlungsmethoden oder neuer technischer Geräte und Hilfsmittel oder Massnahmen zur Erzielung von relevanten Kostenersparnissen. Dabei sind in Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Versorgungsaufträge und der Grundsätze des KVG die Anforderungen zur Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie die Sicherheit und Rechte der Patientinnen und Patienten weiterhin sicherzustellen.

Abs. 3

Der Regierungsrat erhält die Kompetenz, mittels befristeter Verordnung Pilotprojekte bewilligen zu können, die von Bestimmungen namentlich im Spital- oder Gesundheitsgesetz beziehungsweise in den ausführenden Verordnungen abweichen. Die entsprechenden Bestimmungen sind in der "Pilotprojekt-Verordnung" ausdrücklich zu bezeichnen und die Verordnung ist auf die Dauer des Pilotprojektes zu befristen.

Abs. 4

Die Modalitäten solcher Pilotprojekte oder Modellversuche sollen in Leistungsverträgen zwischen dem Departement Gesundheit und Soziales und den Trägern von Pilotprojekten geregelt werden. Das Departement Gesundheit und Soziales erhält eine entsprechende Kompetenz zum Abschluss

von Leistungsverträgen. Die Leistungsverträge haben namentlich Bestimmungen zur Evaluation und zum Controlling des Projektes zu enthalten und die erforderlichen finanziellen Mittel sind vorgängig mittels Gesuch durch die Initianten auszuweisen.

§ 39b Beiträge an Institutionen

¹ Der Kanton kann Institutionen des Spital- und Gesundheitswesens, die der Forschung, Grundlagenbeschaffung, Beratung und Zusammenarbeit sowie der Ausbildung von Personal des Gesundheitswesens dienen, mit Beiträgen unterstützen.

² Der Regierungsrat entscheidet über die Beitragsleistungen und regelt diese mittels Leistungsvertrag.

Diese Bestimmung lehnt sich an § 25 des geltenden Spitalgesetzes an. Sie soll dem Regierungsrat weiterhin ermöglichen, unterstützungswürdige Vorhaben von Spitälern und anderen Organisationen des Gesundheitswesens mit Beiträgen fördern zu können. Diese Vorhaben müssen nicht zwingend gemeinwirtschaftliche Leistungen betreffen und umfassen Forschung, Grundlagenbeschaffung, Beratung und Zusammenarbeit sowie Ausbildung von Personal des Gesundheitswesens. Es handelt sich dabei um eine Kann-Formulierung. Allfällige Beiträge gewährt der Regierungsrat im Rahmen eines Leistungsvertrags. Die finanzhaushaltsrechtlichen Zuständigkeiten des Grossen Rats und des Volks bleiben vorbehalten.

§ 39c Einschränkungen der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

¹ Der Regierungsrat regelt durch Verordnung die Umsetzung von im Bundesrecht vorgesehenen Einschränkungen der Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung.

² Er kann im Rahmen des Bundesrechts auf die Umsetzung verzichten oder zur Abwehr einer in einem Fachgebiet bestehenden oder drohenden Unterversorgung Ausnahmen festlegen und die Voraussetzungen der Ausnahmezulassungen regeln.

Gestützt auf Art. 55a KVG hat der Bundesrat mit der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) vom 3. Juli 2013 die Grundlagen geschaffen für die Einschränkung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte nach Art. 36 KVG und der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit in Einrichtungen nach Art. 36a KVG ausüben.

Bei der Umsetzung dieses sogenannten Zulassungstopps haben die Kantone verschiedene Handlungsoptionen (vgl. die Art. 3 bis 5 VEZL). Sie können den Zulassungstopp konsequent umsetzen oder ganz oder teilweise auf eine Umsetzung verzichten. Insbesondere können sie in gewissen Fachgebieten mit Unterversorgung Ausnahmen zulassen.

Den Zulassungstopp gemäss Art. 55a gibt es seit dem Jahr 2000. Er war jeweils befristet und wurde mehrfach verlängert und teilweise inhaltlich modifiziert. Der Kanton Aargau hat den Zulassungstopp zunächst grundsätzlich umgesetzt. Ab Mitte 2013 verzichtet der Kanton Aargau bis März 2017 auf die Umsetzung des Zulassungstopps. Nach über 10 Jahren Erfahrung mit dem Zulassungstopp konnte der Nachweis zwischen Kostendämpfung und Zulassungstopp nicht in dem erhofften Mass erbracht werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre hatten zudem gezeigt, dass bei ausländischen Ärztinnen und Ärzten, welche direkt in die Schweiz einreisen, beziehungsweise ohne Kenntnis der schweizerischen Verhältnisse ihre Tätigkeit aufnehmen, ein Qualitäts- und Erfahrungsproblem bestehen kann.

Um die Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung nicht über Mass zu tangieren, hat der Regierungsrat mit der Verordnung über die Ausnahmen der Zulassungseinschränkung zur ärztlichen Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Zulassungsverordnung, ZV) vom 21. März 2018 (in Kraft seit 1. Mai 2018) eine Regelung geschaffen, die bei Vorliegen eines ausgewiesenen lokalen oder regionalen Bedarfs im Bereich der ärztlichen Grundversorgung Ausnahmen

vom Zulassungstopp möglich macht. Nebst dem erwähnten Bedarf muss die gesuchstellende Person den Nachweis über genügend Kenntnisse der deutschen Sprache erbringen und darf im Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme nicht älter als 60 Jahre alt sein.

Diese auf Verordnungsebene getroffene Regelung soll mit einer entsprechenden Regelung im Gesundheitsgesetz eine gesetzliche Abstützung erhalten. Die gesetzliche Grundlage wird allerdings genügend offen gestaltet. So sollen dem Regierungsrat alle Optionen – von einer vollständigen Umsetzung des Zulassungstopps über Zulassungen in gewissen Fachgebieten bis zu einem vollständigen Verzicht – offen stehen, die je nach Beurteilung der aktuellen Situation zur Anwendung gelangen können. Im Vordergrund steht zurzeit jedoch die teilweise Umsetzung mit Ausnahmen in Fachgebieten, wo eine Unterversorgung festgestellt wird.

§ 40 Förderung der ärztlichen Grundversorgung

^{2bis} Der Kanton fördert psychiatrische gemeindenahere personenzentrierte Angebote. Er kann namentlich mit Leistungserbringenden entsprechender Angebote Leistungsverträge abschliessen.

Ausgangslage

Wie bereits in den Erläuterungen zu § 17 SpiG festgehalten hat der Leitsatz "ambulant vor stationär" in der Psychiatrie eine hohe Bedeutung: Sicher auch zur Senkung der Kosten, überdies aber auch für die nachhaltige Wirksamkeit der Behandlungen. Zur Verwirklichung dieses Leitsatzes in der Psychiatrie genügt es aber nicht, nur die ambulante Leistungserbringung durch die Spitäler zu fördern. Es bedarf auch Massnahmen betreffend die spitalunabhängigen Leistungserbringenden. Da sich der Geltungsbereich des Spitalgesetzes jedoch auf die Spitäler beschränkt, kann eine solche Regelung nicht in dieses Gesetz aufgenommen werden. Gleichwohl geht es bei der Verwirklichung einer angemessenen, den Erkenntnissen moderner Psychiatrie entsprechenden ambulanten psychiatrischen Versorgung auch um die Reduzierung von stationären Aufenthalten, weshalb es angezeigt scheint, im Rahmen der vorliegenden Totalrevision des Spitalgesetzes mittels Fremdänderung des Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 20. Januar 2009 (SAR 301.100) das Erforderliche zu regeln.

§ 40 GesG regelt die Förderung der ärztlichen Grundversorgung im ambulanten Bereich. Da es sich auch bei der psychiatrischen Versorgung um eine ärztliche Versorgung handelt, bietet es sich an, keinen neuen Paragraphen zu schaffen, sondern die neue Regelung in den bisherigen § 40 GesG zu integrieren.

Begriffe – gemeindenahere und personenzentriert

- Für den Begriff der "gemeindenahere Psychiatrie" fehlt es an einer allgemeingültigen Definition. Da der Begriff jedoch in Praxis und Literatur häufig gebraucht wird und sogar die Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 20. Juni 2014 (SR 832.102.5) in der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen TARMED darauf Bezug nimmt (vgl. Kapitel 02.04), soll er auch in § 40 GesG Anwendung finden. In vorliegendem Kontext werden unter dem Begriff "gemeindenahere Psychiatrie" die verschiedenen ambulanten Behandlungsangebote zusammengefasst, welche die Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der klassisch ambulanten Behandlung durch Sprechstunden bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern schliessen. Sie sind wohnortnah oder sogar aufsuchend, wenden (auch) die sozialpsychiatrische Methode an, beinhalten eine psychiatrisch-psychosoziale Versorgung und die Behandlungsteams sind multiprofessionell zusammengesetzt und stehen unter fachärztlicher Leitung.
- "Personenzentrierte" Psychiatrie meint vorliegend das Konzept einer an der Lebenssituation des Einzelnen ausgerichteten Behandlung. Die Behandlung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten orientieren sich am konkreten Hilfebedarf und an den vorhandenen Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten im Lebensumfeld der Betroffenen. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der grösstmöglichen Selbstregulation, beziehungsweise des geringst-

möglichen Eingriffes in die Lebensverhältnisse orientiert und mit der Patientin oder dem Patienten möglichst partnerschaftlich abgestimmt sein.

§ 40 Abs. 2^{bis} GesG

Ist die ambulante ärztliche Grundversorgung im Kanton Aargau nicht (mehr) gewährleistet, trifft der Kanton gestützt auf § 40 Abs. 1 und 2 GesG geeignete Massnahmen. Gemäss Materialien beziehen sich die beiden Absätze einzig auf die hausärztliche Versorgung (vgl. [08.141] Botschaft des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 21. Mai 2008 zum Gesundheitsgesetz, Totalrevision, S. 73). Diese Regelung wird unverändert beibehalten. Zusätzlich soll jedoch mit einer Erweiterung des § 40 GesG um einen neuen Abs. 2^{bis} auch im Bereich der gemeindenahen personenzentrierten Psychiatrie die Möglichkeit geschaffen werden, auf die Versorgungssituation Einfluss zu nehmen.

Wie verschiedentlich ausgeführt, ist es für die nachhaltige Wirksamkeit der Behandlung psychisch kranker Menschen zentral, dass sie möglichst in ihrer angestammten Umgebung bleiben und auch weiterhin ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Überdies sind die Behandlungen an der Lebenssituation des Einzelnen auszurichten. Funktionierende gemeindenahe personenzentrierte Versorgungsstrukturen sowie genügend entsprechende Angebote sind somit Voraussetzung einer angemessenen Versorgung in der Psychiatrie. In der Schweiz besteht jedoch diesbezüglich ein Mangel und damit in einem gewissen Ausmass eine Versorgungslücke. Im Ergebnis haben einerseits gewisse Patientinnen und Patienten keinen Zugang zu einer ihrem Bedarf entsprechenden Behandlung. Andererseits werden bei Patientinnen und Patienten stationäre Behandlungen durchgeführt, obwohl die kostengünstigeren ambulanten Behandlungen zielführender wären. Sind die betroffenen Patientinnen oder Patienten Kinder oder Eltern, führt die Versorgungslücke gar zu kostenintensiven und eigentlich nicht indizierten Fremdplatzierungen der Kinder auch in nicht-psychiatrische Einrichtungen. Dieser Situation begegnen zu können, gebietet sich entsprechend sowohl im Hinblick auf eine angemessene Versorgung, wie auch zur Dämpfung der Kosten. Entsprechend soll der Kanton gestützt auf den neuen Abs. 2^{bis} mit geeigneten Massnahmen gemeindenahe personenzentrierte Angebote fördern.

Mit der Hometreatment-Organisation HTO GmbH und deren Angebot Hometreatment Aargau (HotA) verfügt der Kanton Aargau im Rahmen eines langjährigen Pilotprojekts bereits über sehr gute Erfahrungen im Bereich gemeindenahe personenzentrierte Versorgung durch eine (spitalunabhängige) ärztliche Einrichtung. Mit der geplanten Änderung des § 40 GesG soll unter anderem auch die gesetzliche Grundlage für die Weiterführung dieses Angebots nach Abschluss des Pilotprojekts geschaffen werden. Soweit das Angebot von HotA auch nicht indizierte Fremdplatzierungen von Kindern in nicht-psychiatrische Einrichtungen verhindert, bestehen allenfalls Schnittstellen zu einem laufenden Projekt des Departements Bildung, Kultur und Sport betreffend das Gesetz über die Einrichtungen für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen (Betreuungsgesetz) vom 2. Mai 2006 (SAR 428.500).

Grundsätzlich werden ambulante psychiatrische Leistungen von den Krankenkassen via TARMED bezahlt, so auch die gemeindenahe Versorgung oder integrierte psychiatrische Behandlung (inklusive sozialpsychiatrische Methode; TARMED Kapitel 02.04). Jedoch können Leistungserbringende gemeindenaher Angebote nach TARMED auch ihre grundsätzlich kassenpflichtigen Leistungen nur dann mit den Krankenkassen abrechnen, wenn sie im Bereich gemeindenahe Versorgung über einen entsprechenden Versorgungsauftrag des Kantons verfügen. Aktuell fehlt es für spitalunabhängige Leistungserbringende an einer entsprechenden Rechtsgrundlage. Dies obwohl die GDK in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung bereits im Jahr 2008 festgehalten hat, dass der Einschluss der ambulanten Versorgung in die Psychiatrieplanung zur Erfüllung von Art. 32 KVG (= Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein) unverzichtbar sei. Der Mangel an gemeindenahen Angeboten von spitalunabhängigen Leistungserbringenden gründet damit unter anderem auch in der fehlenden Rechtsgrundlage für die nach TARMED erforderlichen Versorgungsaufträge.

Entsprechend wird mit dem neuen Abs. 2^{bis} die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass es zukünftig möglich sein wird, mit Ärztinnen, Ärzten oder ärztlichen Einrichtungen (Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG) im Hinblick auf eine angemessene ambulante psychiatrischen Versorgung entgeltliche oder unentgeltliche Leistungsverträge für gemeindenahe personenzentrierte Angebote abzuschliessen.

5.9.2 Pflegegesetz

§ 3 Gesundheitspolitische Gesamtplanung

§ 3 Aufgehoben.

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung beschreibt für das ganze Gesundheitswesen relevante Strategien, Ziele und Grundsätze. Die Rechtsgrundlage für die Gesundheitspolitische Gesamtplanung im Pflegegesetz ist daher systemfremd und soll im Gesundheitsgesetz verankert werden.

5.9.3 Steuergesetz

§ 2 II. Steuerfüsse

² Der Grosse Rat setzt bei der Beschlussfassung über das Budget jährlich den Steuerfuss in Prozenten der einfachen Kantonssteuer fest. Eine Veränderung des Steuerfusses gegenüber dem Vorjahr erfordert die Zustimmung der absoluten Mehrheit aller Mitglieder. Der Steuerfuss darf [...] 115 % der einfachen Kantonssteuer nicht überschreiten.

Der seit über 20 Jahren auf 15 % fixierte Zuschlag der Spitalsteuer ist systemfremd im Spitalgesetz geregelt. Er soll mittels Fremdaufhebung und Fremdänderung kostenneutral in den maximalen ordentlichen Kantonssteuerfuss im kantonalen Steuergesetz überführt werden. Dieser ist daher von 100 auf 115 % anzuheben. Die gesetzlich normierte Obergrenze beträgt sodann 115 %. Diese Variante belässt dem Grossen Rat weiterhin die Kompetenz, jährlich über die Höhe des Steuerfusses des Budgetjahres zu beschliessen.

5.10 Fremdaufhebung

Der Erlass SAR 331.200 (Spitalgesetz [SpiG] vom 25. Februar 2003) wird aufgehoben.

Mit der Totalrevision wird das geltende Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 aufgehoben.

5.11 Inkrafttreten

Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Fremdänderungen und der Fremdaufhebung.

6. Auswirkungen

6.1 Personeller Ressourcenbedarf für die Umsetzung des Projekts

Mit der Totalrevision des SpiG werden die Handlungs- und Steuerungsinstrumente des Kantons (wo erforderlich) erweitert, sodass die kantonale Behörde direkter auf die Leistungserbringung und die Kostenentwicklung einwirken kann.

Der Kanton erhält zukünftig mit der Spital-Leistungsabrechnung auch medizinische Daten, welche es zu kontrollieren und auszuwerten gilt. Hinzu kommt der Aufwand für die Überwachung der Mengenentwicklung, um die Massnahmen zur Kostendämpfung durchführen zu können.

Aufgrund der Einführung eines Leistungsmanagementsystems per anfangs 2019 können viele Auswertungen automatisiert vorgenommen werden. Der Hauptfokus wird somit nicht mehr auf der aufwändigen Datenaufbereitung, sondern auf der Dateninterpretation und der Umsetzung allfälliger Massnahmen liegen. Dennoch wird für die neuen Massnahmen im Bereich des Controllings mindestens eine zusätzliche Stelle benötigt.

6.2 Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Wie die finanziellen Auswirkungen ausfallen, hängt entscheidend von der konkreten Umsetzung der einzelnen im Konzept vorgeschlagenen Massnahmen ab. Folgende Ausführungen gehen davon aus, dass alle vom Departement Gesundheit und Soziales vorgeschlagenen Umsetzungsvarianten zur Anwendung gelangen.

6.2.1 Bereich Spitalversorgung

Mit der Weiterführung und der Erweiterung der Massnahme "ambulant vor stationär" können die Einsparungen für den Kanton kontinuierlich gesteigert werden, indem nicht spitalbedürftige Personen ambulant behandelt werden. Das Departement Gesundheit und Soziales geht davon aus, dass sich durch "ambulant vor stationär" im Jahr 2021 – zusätzlich zu den bereits erzielten 5,05 Millionen Franken durch die Sofortmassnahmen – weitere 5 Millionen Franken einsparen lassen. In den Folgejahren wird mit einer Zunahme der Einsparungen von jährlich 1 Million Franken gerechnet. Im Jahr 2030 liegt bereits ein beachtliches Sparpotential von 23 Millionen Franken vor (siehe Ziffer 3.4.2).

Weitere Einsparungen lassen sich durch die verbesserte Indikationsqualität erzielen. Die Quantifizierung der möglichen Einsparungen ist zurzeit noch offen.

6.2.2 Bereich Versorgungsplanung und Spitalisten

Im Bereich der Spitalplanung und der Bedarfsregulierung hängen die möglichen Einsparungen direkt von der Ausgestaltung der Spitalisten ab. Eine Quantifizierung der möglichen Einsparungen ist daher nicht möglich.

6.2.3 Bereich sektorisierte Versorgung

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine kantonale Mitfinanzierung an der ambulanten sektorisierten Psychiatrie erfolgt saldoneutral. Eine Erhöhung des im Jahr 2017 geleisteten Kantonsbeitrags ist nicht vorgesehen.

6.2.4 Bereich Eigentümerschaft

Der Verkauf von 30 % der Aktien der Kantonsspital Aarau AG, der Kantonsspital Baden AG und der Psychiatrischen Dienste Aargau AG würde Einnahmen von mindestens 210 Millionen Franken ergeben. Nach dem Substanzwert berechnet, würden Einnahmen von mindestens 210 Millionen Franken erzielt. Dabei handelt es sich um ein theoretisches, aber grundsätzlich realisierbares Einnahmepotential. Da derzeit noch nicht klar ist, ob ein Verkauf von 30 % der Aktien dem politischen Willen ent-

spricht, werden die möglichen finanziellen Auswirkungen in der mittel- und langfristigen Planung nicht aufgeführt.

6.2.5 Verhältnis zur mittel- und langfristigen Planung

Im AFP 2019–2022 (2. Eingaberunde) sind im Aufgabenbereich 535 Gesundheit im Bereich Spitalfinanzierung die folgenden Beträge eingestellt.

Abbildung 20: Auszug AFP 2019–2022 (in Millionen Franken), 2. Eingaberunde

Ziel 535Z002	Budget 2019	Planjahr 2020	Planjahr 2021	Planjahr 2022
06 Aufwand Akutsomatik nach KVG (inklusive AKH)	547,199	563,765	577,369	592,958
Ziel 535Z004				
05 Aufwand Psychiatrie nach KVG (inklusive AKH)	75,142	76,352	78,484	80,603
Ziel 535Z005				
05 Aufwand Rehabilitation nach KVG (inklusive AKH)	59,110	63,790	67,718	69,546

Die durch die Totalrevision vorgesehenen Massnahmen führen zu folgender Anpassung (in Millionen Franken)

Abbildung 21: Geplante Anpassung (in Millionen Franken)

Massnahme	2019	2020	2021	2022
Spitalgesetz, Inkraftsetzung 1. Juli 2020				
Erweiterung ambulant vor stationär			-5,00	-6,00
Personalaufwand		0,15	0,15	0,15
Total		0,15	-4,85	-5,85

6.3 Auswirkungen auf das Reformmodul "finanzierbare Spitalversorgung"

Die Totalrevision Spitalgesetz ist Teil des Reformmoduls "finanzierbare Spitalversorgung". Dieses Reformmodul soll ab dem Jahr 2020 mit Einsparungen von jährlich 20–30 Millionen Franken die Kostensteigerung im Spitalbereich dämpfen.

Das Potenzial für Sparmassnahmen wird in drei Bereichen angesiedelt:

- Einsparungen mit dem Spitalgesetz
- Einsparungen mit den Spitallisten
- Einsparungen durch Begleitmassnahmen

Einsparungen mit dem Spitalgesetz

Die mit dem Spitalgesetz möglichen Einsparungen werden im vorliegenden Anhörungsbericht beschrieben.

Einsparungen mit den Spitallisten

Die derzeit gültigen Spitallisten 2015 werden per 2020 (Akutsomatik und Psychiatrie) beziehungsweise 2021 (Rehabilitation) neu erstellt.

Die aktuellen Anforderungen für den Erhalt eines Leistungsauftrags sind im interkantonalen Vergleich teils hoch angesetzt, zum Beispiel in den Bereichen Personalqualifikation und Vorhalteleistungen (insbesondere Notfall). Für die kommende Vergabe der Leistungsaufträge sollen die Anforderungen darum, soweit dies unter den Aspekten der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientensicherheit sinnvoll und möglich ist, flexibler ausgestaltet werden. Diese Massnahme bedeutet für die Spitäler tiefere Betriebskosten. Für den Kanton führt die Flexibilisierung dann zu Einsparungen, wenn sie tarifwirksam wird. Dies wird mittel- bis langfristig der Fall sein. Kurzfristig wird die Flexibilisierung nicht zu einer Tarifsenkung führen. Sie wird aber auf jeden Fall zu einer Tarifstabilisierung beitragen. Eine Quantifizierung der mittel- bis langfristig daraus resultierenden Einsparungen ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Durch eine bedarfsgerechte Leistungsauftragserteilung können ab dem Jahr 2020 Einsparungen von 0,5 Millionen Franken erzielt werden. Die Einsparungen kommen vor allem daher, dass spezialisierte Leistungen in Zukunft konzentrierter angeboten werden sollen. Damit kann ein rein angebotsinduzierter Leistungsbezug reduziert werden. Zusätzlich sollen grundsätzlich keine Leistungen ausserkantonale vergeben werden, welche innerkantonale kostengünstiger erfüllt werden können.

Einsparungen durch Begleitmassnahmen

a) Plafonierung der Tarife

Die zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen vereinbarten oder vom Kanton Aargau festgesetzten Tarife werden bis auf weiteres plafoniert. Diese Massnahme greift ab dem Jahr 2019. Der Begriff "Plafonierung" verdeutlicht, dass eine Reduktion der zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern vereinbarten Tarife weiterhin möglich (und sogar erwünscht) ist. In erster Linie zielt die Plafonierung darauf ab, dass die Tarife nicht mehr steigen.

b) Referenztarif tief ansetzen

Ausserkantonale Behandlungen, die nicht medizinisch indiziert sind, werden vom Wohnkanton zum Referenztarif vergütet. Der Referenztarif entspricht gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG höchstens dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Der Referenztarif wird jeweils vom Departement Gesundheit und Soziales festgesetzt. Sofern im Einzelfall für eine Behandlung ein Zentrumsspital erforderlich ist, steht es dem gewählten ausserkantonalen Spital frei, eine Kostengutsprache für einen höheren Tarif zu stellen.

Die aktuelle Regelung gilt seit zwei Jahren. Die Erfahrungen sind sehr gut. Ein höherer Tarif wurde nur zwei Mal verlangt. Dies entspricht den Erwartungen. Die meisten Personen verfügen über eine Zusatzversicherung "allgemein ganze Schweiz". Mit einem hohen Referenztarif wird nur die Versicherung geschont. Mit dem tieferen Referenztarif lassen sich Einsparungen von jährlich 2,2 Millionen Franken erzielen.

Fazit

Nebst den Einsparungen aus der Totalrevision des Spitalgesetzes und den neuen Spitalisten tragen die Begleitmassnahmen (Tarifplafonierung und Referenztarif senken) dazu bei, das Entlastungsziel von 20–30 Millionen Franken zu erreichen. Hierzu müssen aber die Leistungserbringer, die vom Departement Gesundheit und Soziales frühzeitig als Experten in den Rechtssetzungsprozess eingebunden wurden, die gemeinsam erarbeitete Stossrichtung mittragen.

6.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die Leistungserbringer im Bereich der Spitalversorgung beschäftigen viele Aargauerinnen und Aargauer als Angestellte. Darüber hinaus berücksichtigen sie das lokale Gewerbe für diverse Dienstleistungen und ein Teil der Arbeitnehmenden und Leistungserbringer entrichten im Kanton Aargau Steuern. Das Gesundheits- und Spitalwesen zählt darum zu den wichtigsten volkswirtschaftlichen Playern

im Kanton Aargau. Sparmassnahmen im Bereich der Spitalversorgung haben damit zwangsläufig einen Einfluss auf die Volkswirtschaft.

Die geplanten Gesetzesanpassungen treffen in erster Linie die kantonalen Leistungserbringer. Aufgrund der strikteren Regulierung der Spitalplanung und der gleichzeitigen Ausweitung der Steuerungs- und Handlungsmöglichkeiten des Kantons ist – trotz des Einbezugs der Leistungserbringer in den Gesetzgebungsprozess und bei der Ausarbeitung der Anforderungen für die Spitalisten – mit Widerstand aus verschiedenen Reihen zu rechnen. Das Departement Gesundheit und Soziales ist bestrebt, mit der Revision ein vernünftiges Verhältnis zwischen Regulierung der Spitalversorgung und dem freien Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu finden.

Betroffen von der Totalrevision sind neben den Leistungserbringern auch die Krankenkassen. Diese dürften grundsätzlich daran interessiert sein, dass die von ihnen zu tragenden Kosten tiefgehalten werden – insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung. Die Bemühungen der Verschiebung der Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich sind für die Krankenkassen hingegen erst dann lukrativ, wenn die Eingriffe dadurch um den Faktor 2,2 kostengünstiger ausfallen. Insgesamt dürften die Auswirkungen auf die Krankenkassen gering ausfallen.

Für die übrigen Marktteilnehmer ist eine Auswirkung darin zu sehen, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einer strikten Umsetzung der Massnahme „ambulant vor stationär“ im Fall einer ambulanten Behandlung in der Regel wieder schneller an den Arbeitsplatz zurückkehren können. Dadurch fallen geringere Opportunitätskosten an. Langanhaltende Spitalaufenthalte mit langen Genesungsphasen würden sich – wo es die Umstände zulassen – reduzieren.

6.5 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Für die Kantonsbevölkerung ist die Spitalgesetzesrevision von grossem Interesse. Wichtig ist, dass die geplanten Gesetzesanpassungen keinen negativen Einfluss auf die Spitalversorgung im Kanton Aargau haben werden. Auch im Falle eines (Teil-) Verkaufs der Spitalaktiengesellschaften wird die Spitalversorgung weiterhin über die kantonale Spitalplanung gesteuert und koordiniert. Eine Gefährdung der Versorgungssicherheit ist somit auszuschliessen. Die Patientensicherheit und eine hohe Qualität bleiben weiterhin oberstes Gebot. Durch einzelne Massnahmen soll die Qualität der Leistungserbringung verbessert werden. Beispielweise durch striktere Umsetzung der gesundheitspolizeilichen Bewilligungspflicht, verbessertes Qualitätscontrolling und -monitoring, detailliertere Rechnungskontrolle und regelmässige Überwachung des Versorgungsbedarfs.

Die Grundversorgung soll weiterhin regional sichergestellt werden, damit die Patientinnen und Patienten für Standardeingriffe keine weiten Reisen auf sich nehmen müssen. Hingegen sollen vor allem im Bereich der spezialisierten Medizin Leistungen vermehrt konzentriert in den Zentralspitälern erbracht werden.

Für die Aargauerinnen und Aargauer können die Konsequenzen aus den Kostendämpfungsmassnahmen spürbar sein. Wird „ambulant vor stationär“ konsequent umgesetzt, kann dies die Behandlungsart im Einzelfall beeinträchtigen. Jedoch ist davon auszugehen, dass eine vermehrt ambulante Behandlung im Interesse der Bevölkerung liegt. Die betroffene Person muss nicht im Spital übernachten, was in der Regel dem Patientenwunsch entspricht. Zudem werden sich die durch die Verlagerungen erzielten Kosteneinsparungen mittelfristig auch positiv auf die Krankenkassenprämien auswirken.

Wie bereits aufgezeigt, haben die Sparmassnahmen im Bereich der Spitalversorgung auch auf die Volkswirtschaft einen Einfluss. Einzelne betroffene Arbeitnehmende oder Geschäftspartner der Spitäler dürften unter den Sparmassnahmen leiden.

6.6 Auswirkungen auf die Umwelt

Die Förderung der zentralen Versorgung im Bereich der spezialisierten Medizin dürfte innerhalb des Kantons zu leicht mehr Verkehr führen. Die Auswirkungen der Gesetzesrevision auf die Umwelt fallen aber insgesamt sehr gering aus.

7. Zeitplan Umsetzung; Meilensteine

Termin	Meilenstein
25. Oktober 2018 – 25. Januar 2019	Anhörung
Juni 2019	Erste Beratung im Grossen Rat
Dezember 2019	Zweite Beratung im Grossen Rat
Februar – April 2020	Referendumsfrist
1. Juli 2020	Inkraftsetzung

Beilage(n)

- Synopse
- Anhörungsfragebogen
- Liste der Anhörungsadressaten