

PROTOKOLL DES REGIERUNGSRATS

Sitzung vom 7. Mai 2014

Versand: 15. Mai 2014

Regierungsratsbeschluss Nr. 2014-000518

Spitallisten 2015 des Kantons Aargau Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie; Leistungsaufträge; Auflagen, Bedingungen und Anforderungen pro Leistungsgruppe; Festsetzung; Inkraftsetzung auf 1. Januar 2015; Publikation; Auftrag an Departement Gesundheit und Soziales

Sachverhalt

A.

a)

Mit Schreiben vom 8. Mai 2013 an alle Spitäler, Geburtshäuser und Kliniken (nachfolgend: Leistungserbringer) auf der Spitalliste 2012 des Kantons Aargau eröffnete das Departement Gesundheit und Soziales das Bewerbungsverfahren zur Spitalliste 2015 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Diese Leistungserbringer erhielten die Bewerbungsunterlagen (inklusive Ablauf des Bewerbungsverfahrens) zugestellt und es wurde ihnen Frist zur Einreichung einer Bewerbung bis spätestens 5. Juli 2013 gegeben.

b)

Im Amtsblatt Nr. 19 des Kantons Aargau vom 10. Mai 2013 (Seite 871) wurde die Eröffnung des Bewerbungsverfahrens zur Spitalliste 2015 publiziert und interessierte Leistungserbringer unter Angabe der Bezugsadresse der Bewerbungsunterlagen zur Einreichung einer Bewerbung bis spätestens 5. Juli 2013 eingeladen.

B.

Es reichten insgesamt 35 Leistungserbringer (Bewerber) eine Bewerbung ein. Die Bewerbungen wurden am 10. Juli 2013 von drei Mitarbeitenden des Departements Gesundheit und Soziales geöffnet und die Öffnung wurde protokolliert. Dabei wurde festgehalten, dass alle Bewerbungen form- und fristgerecht eingegangen sind.

C.

Mit Schreiben vom 16. Juli 2013 wurden diverse Bewerber aufgefordert im Rahmen zusätzlicher Abklärungen bis zum 30. Juli 2013 weitere Unterlagen einzureichen. Die Bewerber reichten die Unterlagen mehrheitlich fristgerecht, teilweise aber erst nach erfolgter Mahnung ein.

D.

Nach einer ausführlichen Bereinigung, Prüfung und Auswertung der Bewerbungen nach den einschlägigen Planungskriterien erhielten die Bewerber mit Schreiben vom 12. September 2013 eine Einschätzung des Departements Gesundheit und Soziales betreffend der vorläufig vorgesehenen beziehungsweise nicht vorgesehenen Leistungsaufträge. Die Bewerber erhielten Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme bis spätestens 2. Oktober 2013. Innert gleicher Frist waren dem Depar-

tement Gesundheit und Soziales im Rahmen zusätzlicher Abklärungen noch weitere Finanz- und Leistungszahlen einzureichen. Ebenso erhielten sie Gelegenheit allfälligen Gesprächsbedarf anzumelden.

E.

Innert angesetzter Frist gingen die schriftlichen Stellungnahmen der Bewerber bis 2. Oktober 2013 ein. Ein Bewerber zog seine Bewerbung zurück. 13 Bewerber wünschten ein Gespräch mit dem Departement Gesundheit und Soziales zur Klärung von Unklarheiten und zur mündlichen Darlegung ihrer Argumente in Bezug auf einzelne Leistungsaufträge.

F.

Mit allen 13 Bewerbern, die ein Gespräch wünschten, wurden solche zwischen 16. Oktober 2013 und 22. November 2013 in den Räumlichkeiten des Departements Gesundheit und Soziales in Aarau durchgeführt. Dabei konnten die Bewerber allfällige Unklarheiten klären und ihre Position zu vorläufig nicht vorgesehenen Leistungsaufträgen (nochmals) mündlich anbringen. Die Gespräche wurden protokolliert und die Protokolle wurden den Bewerbern jeweils zur Genehmigung zugestellt. Ausgehend vom Gesprächsergebnis wurden einzelne Bewerber angehalten, zusätzliche Unterlagen bis spätestens 6. Dezember 2013 (definierter Aktenschluss) einzureichen.

G.

a)

Aufgrund von Rückmeldungen verschiedener Bewerber als auch in Berücksichtigung der Praxis der umliegenden Kantone wurden alle Bewerber im Bereich Rehabilitation mit Schreiben vom 18. November 2013 darüber informiert, dass der ausgeschriebene Leistungsauftrag "Neurologische Frührehabilitation" in den Querschnitt-Leistungsauftrag "Frührehabilitation" abgeändert wird. Die neuen Anforderungen wurden beigelegt. Bis am 2. Dezember 2013 mussten sich die bisherigen Bewerber für "Neurologische Frührehabilitation" zur Erweiterung äussern und zudem die Einhaltung der diesbezüglichen Anforderungen bestätigen. Des Weiteren bestand die Möglichkeit zur Neubewerbung für alle Bewerber im Bereich Rehabilitation innert gleicher Frist.

b)

Alle bisherigen Bewerber für "Neurologische Frührehabilitation" erklärten sich mit der Erweiterung des Leistungsauftrags in "Frührehabilitation" einverstanden. Drei Neubewerbungen gingen ein. Die Eingaben der Bewerber wurden geprüft und mit Schreiben vom 9. Dezember 2013 wurde ihnen eine vorläufige Einschätzung betreffend vorgesehene beziehungsweise nicht vorgesehene Erteilung des Leistungsauftrags "Frührehabilitation" zur Stellungnahme bis spätestens 18. Dezember 2013 zugestellt. Ein neuer Bewerber zog seine Bewerbung zurück.

H.

Bis zum bereits in den Bewerbungsunterlagen vordefinierten Aktenschluss vom 6. Dezember 2013 gingen aufgrund der geführten Gespräche vereinzelt noch zusätzlich eingeforderte Unterlagen ein. Infolge Änderung des Leistungsauftrags "Frührehabilitation" wurde diesbezüglich der Aktenschluss auf den 18. Dezember 2013 verlängert (vgl. G. oben).

I.

Mit Schreiben vom 28. Februar 2014 zog ein weiterer Leistungserbringer seine Bewerbung zurück. Auf die Begründungen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Einleitung

Die Spitalplanung soll eine bedarfsgerechte, qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen unter wirtschaftlichem Einsatz der finanziellen Mittel sicherstellen. Die Durchführung eines Bewerbungsverfahrens zur Erteilung von Leistungsaufträgen, die Auswertung der Bewerbungen und von Versorgungs- und Finanzdaten, Qualitätsindikatoren usw. zur Erstellung der Spitalplanung und schliesslich die Erstellung der Spitallisten mit den einzelnen Leistungsaufträgen an die Spitäler ist eine komplexe Angelegenheit, weshalb einleitend ein kurzer Überblick über die Inhalte dieses Beschlusses gegeben werden soll.

Die nachfolgenden Erwägungen beginnen mit den rechtlichen Grundlagen (Erwägung [E.] 2). Es folgt ein Rückblick auf die Spitalplanung 2012 und die Spitalliste 2012 (E. 3). Sodann werden die Vorarbeiten zu den Spitallisten 2015 in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sowie die strategischen Vorgaben und Zielsetzungen erläutert (E. 4). Es folgen Ausführungen zum Bewerbungsverfahren (E. 5) und den grundsätzlichen Anforderungen und Festlegungen (E. 6) zur Vergabe der Leistungsaufträge. Im Speziellen werden die Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Benchmarkings (E. 7) sowie die Beurteilung der Qualität erläutert (E. 8). Es folgen die detaillierten Erwägungen zur Vergabe beziehungsweise Nicht-Erteilung der Leistungsaufträge zur Spitalliste 2015 Akutsomatik (E. 9), Rehabilitation (E. 10) und Psychiatrie (E. 11) sowie kurze Ausführungen zu den jeweiligen Anhängen mit den detaillierten Anforderungen pro Leistungsgruppe, den bedingten Leistungsaufträgen sowie den generellen Auflagen (E. 12). Der Schlussteil beinhaltet eher formellrechtliche Ausführungen, insbesondere zur formellen Aufhebung früherer Spitallisten, dem Entzug der aufschiebenden Wirkung allfälliger Beschwerden gegen diesen Beschluss und zur Publikation der Spitallisten 2015 (E. 13–16).

2. Rechtliche Grundlagen

2.1 Bundesrecht

Am 21. Dezember 2007 beschloss die Bundesversammlung eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) betreffend die Spitalfinanzierung und Spitalplanung. Der Bundesgesetzgeber sieht eine leistungsorientierte Spitalplanung vor, welche die Kapazitätsorientierung ablöst und sich auch im Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung ausdrückt (Art. 49 KVG). Zudem muss sich die Spitalplanung bei der Evaluation der interessierten Leistungserbringer zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abstützen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG).

Der Bundesrat hat per 1. Januar 2009 in den Art. 58a ff. der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) einheitliche Planungskriterien erlassen. Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons (Art. 58a Abs. 1 KVV). Die Planung im akutsomatischen Bereich erfolgt leistungsorientiert, jene in der Rehabilitation und Psychiatrie leistungs- oder kapazitätsorientiert (Art. 58c lit. a und b KVV). In einem ersten Planungsschritt ist der tatsächliche Bedarf der Kantonsbevölkerung in nachvollziehbaren Schritten zu ermitteln und auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche abzustützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen fall- beziehungsweise diagnosebezogene Daten im Vordergrund. Dabei muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Einwohnerinnen und Einwohner, im Rahmen der ab 1. Januar 2012 geltenden Spitalwahlfreiheit von Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG, Spitäler aufsuchen, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau, sondern nur auf derjenigen des Standortkantons aufgeführt sind (BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT [BAG], Erläuterungen zur Änderung der KVV per 1. Januar 2009, S. 8). Das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Aargau aufgeführt sind, ist

daher vom ermittelten Bedarf abzuziehen. Der verbleibende Bedarf ist auf der Spitalliste des Kantons Aargau zu sichern, damit die Versorgung gewährleistet ist (Art. 58b Abs. 2 und 3 KVV).

Nach der Bedarfsermittlung folgt die Beurteilung und Auswahl der Spitäler auf der Spitalliste, um den Bedarf an stationären medizinischen Leistungen mit dem Ziel einer qualitativ hochstehenden und effizienten Leistungserbringung sicherzustellen (BAG, a.a.O.). Der Kanton hat nach Art. 58b Abs. 4 KVV insbesondere folgende Planungskriterien zu berücksichtigen:

- die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (lit. a)
- den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist (lit. b)
- die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (lit. c).

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität nach Art. 58b Abs. 5 KVV beachtet der Kanton insbesondere

- die Effizienz der Leistungserbringung (lit. a)
- den Nachweis der notwendigen Qualität (lit. b)
- im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (lit. c).

Die Zuweisung und Sicherung des für die bedarfsgerechte Versorgung benötigten Angebots erfolgt auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste. Zudem enthält sie jene inner- und ausserkantonalen Spitäler, die notwendig sind, um den Versorgungsbedarf gemäss Art. 58b Abs. 3 und Art. 58e Abs.1 KVV sicherzustellen. Die Spitalliste enthält für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum (Art. 58e Abs. 2 KVV). Der Leistungsauftrag kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Art. 58e Abs. 3 KVV).

Seit 1. Januar 2012 gelten zudem neue Regeln der Spitalfinanzierung. Im akutsomatischen Bereich gelten schweizweit einheitliche Fallpauschalen nach dem System Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG), das von der SwissDRG AG erarbeitet und weiterentwickelt wird. Diese Tarifstruktur wird in der Regel jährlich angepasst und vom Bundesrat genehmigt (Art. 49 Abs. 2 KVG).

Die Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) halten fest, dass die kantonalen Spitalplanungen bis spätestens am 31. Dezember 2014 den neuen Anforderungen von Art. 39 KVG entsprechen müssen. Dabei müssen sie auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein (Abs. 3).

2.2 Kantoniales Recht

Das aargauische Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 (SpiG; SAR 331.200) wurde am 10. Mai 2011 einer Änderung zur Umsetzung der KVG-Revision unterzogen. Das Gesetz bezweckt eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Spitalversorgung unter wirtschaftlichem Einsatz der Mittel (§ 1 Abs. 1 SpiG). Die Ziele sind in § 3 Abs. 1 SpiG enthalten: angemessene medizinisch-pflegerische Spitalversorgung (einschliesslich Notfallversorgung), die den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG Rechnung trägt (lit. a und b). Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern soll gefördert werden (lit. c), Synergien sollen verstärkt durch Kooperation der Spitäler und durch Konzentration der spezialisierten Medizin genutzt werden (lit. d), die Spitalplanung soll flexibel sein (lit. e) und die Vorgaben des Bundesrechts sollen umgesetzt werden, insbesondere in Bezug auf die Qualitätssicherung (lit. f).

Der Grosse Rat genehmigt die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl), die strategische Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen enthält. Die GGpl 2010 wirkt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden kann (§ 5 SpiG). Auch die GGpl 2010 sieht die Konzentration der spezialisierten Versorgung explizit als Ziel vor (vgl. E. 4.2). Das Spitalgesetz definiert die Grundversorgung in § 2 Abs. 2 wie folgt:

Abklärung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten mit häufig auftretenden Krankheiten, Verunfallten und Schwangeren, die in der Regel ohne Einsatz aufwändiger technischer oder aufwändiger apparativer Mittel sowie spezialisierter Arbeitsteams erfolgen können.

Abklärungen und Behandlungen, die nicht unter diese Definition fallen, gelten somit im Umkehrschluss als spezialisierte Medizin, die grundsätzlich der Prüfung im Konzentrationsprozess unterliegt.

Der Regierungsrat ist sowohl für die Erstellung, periodische Überprüfung und Nachführung der Versorgungsplanung zuständig (§ 6 SpiG) als auch für die Erstellung der Spitalliste (§ 7 Abs. 1 SpiG). Bei der Vergabe der Leistungsaufträge sorgt er für die Berücksichtigung der Grundsätze der Transparenz, Vergleichbarkeit (Benchmarking) und Qualitätssicherung (§ 7 Abs. 2). Er regelt zudem die für die Aufführung auf der Spitalliste zu erfüllenden Voraussetzungen und das Bewerbungsverfahren durch Verordnung (§ 7 Abs. 3).

Die Verordnung über die Spitalliste vom 6. März 2013 (SpiliV; SAR 331.215) regelt die Anforderungen zur Aufnahme in die Spitalliste, das Verfahren zum Erlass der Spitalliste und zur Vergabe der Leistungsaufträge in den Grundzügen. Die allgemeinen Anforderungen in § 2 Abs. 2 SpiliV sowie die Unterscheidung von regulären und bedingten Leistungsaufträgen werden nachfolgend erläutert (E. 6). Die detaillierten Vorgaben sind in den Bewerbungsunterlagen enthalten (§ 2 Abs. 3 SpiliV). Das Bewerbungsverfahren ist submissionsähnlich ausgestaltet, indem es sich an den Grundsätzen der Gleichbehandlung, der Transparenz und des Wettbewerbs orientiert (§ 3 Abs. 1 SpiliV). Es untersteht jedoch nicht dem öffentlichen Beschaffungsrecht (§ 3 Abs. 2 SpiliV und Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Aargau vom 29. Februar 2012 i.S. Spital A. AG [Spitalliste 2012]). Zum Ablauf des Bewerbungsverfahrens (§§ 4 ff. SpiliV) siehe E. 5.

Beim Erlass der Spitalliste beziehungsweise bei der Vergabe der Leistungsaufträge sind vom Regierungsrat insbesondere zu berücksichtigen (§ 7 Abs. 3 SpiliV):

- die Planungskriterien des Bundesrechts (E. 2.1), einschliesslich der Spezifikationen in den Bewerbungsunterlagen gemäss § 4 SpiliV
- versorgungskonzeptionelle Vorgaben der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (E. 4.2).

Die Leistungsaufträge gelten in der Regel für die Dauer von 4 Jahren (§ 8 Abs. 1 SpiliV). Eine vorzeitige Kündigung des Leistungsauftrags seitens Leistungserbringer ist unter eingeschränkten Voraussetzungen möglich (§ 8 Abs. 2 und 3 SpiliV). Bei Änderung der Verhältnisse trifft das Departement Gesundheit und Soziales geeignete Massnahmen (§ 9 Abs. 1 SpiliV).

Das Departement Gesundheit und Soziales schliesst mit den Spitälern auf der Spitalliste Verträge ab (§ 17 Abs. 1 SpiG in Verbindung mit § 2 der Spitalverordnung vom 2. November 2011 [SpiV; SAR 331.212]). Diese regeln im Wesentlichen die vom Spital zu erbringenden gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), das Controlling, die Modalitäten der Vergütung des Kantonsanteils und Massnahmen nach § 8 SpiG (§ 17 Abs. 2 SpiG).

3. Spitalliste 2012

Im Kanton Aargau wurde die Spitalliste 2012 im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens erstellt, wie dies die überwiesene (10.24) Motion der FDP-, CVP-, BDP-, SVP- und GLP-Fraktionen des Grossen Rats vom 19. Januar 2010 forderte. Auch die Strategie 6 der GGpl 2010 sieht ein Bewerbungsverfahren vor. Dieses ist im kantonalen Recht verankert (vgl. E. 2.2).

Als Planungsgrundlage dienten der in Zusammenarbeit mit den Nordwestschweizer Kantonen Solothurn und beider Basel erstellte Bericht "Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht des Kantons Aargau" und die darin enthaltene Bedarfsprognose der Aargauer Bevölkerung. Das strategische Ziel bestand darin, mit der Spitalplanung 2012 in Einklang mit Strategie 6 der GGpl 2010 eine grössere

Konzentration der Leistungserbringung zu erzielen, indem die Grundversorgung in den Regionalspitälern und die Spezialversorgung zentralisiert angeboten werden.

Gegen die Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen der Spitalliste 2012 (RRB Nr. 2011-001348 vom 7. September 2011) haben 13 Spitäler Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) eingereicht. Hauptsächlich ging es dabei um nicht erteilte Leistungsaufträge in Leistungsgruppen, bei denen aufgrund der äusserst geringen Fallzahlen keine ausreichende Erfahrung und Qualität der Leistungserbringung vorausgesetzt werden konnte. Vier Beschwerden wurden später wieder zurückgezogen. Mit Urteil vom 16. Juli 2013 (C-5647/2011) wurde eine erste Beschwerde gutgeheissen, die Verfügung vom 7. September 2011 aufgehoben und die Sache gemäss Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen. Entscheidend war, dass der Kanton Aargau bei der Erstellung der Spitalliste 2012 die bundesrechtlich zwingend vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliess.

Am 2. Dezember 2013 und 17. März 2014 ergingen in sieben Beschwerdeverfahren weitere Urteile des BVGer. Auch diese Beschwerden wurden aufgrund der fehlenden Wirtschaftlichkeitsprüfung gutgeheissen. Die angefochtenen Verfügungen wurden aber nur noch punktuell, das heisst bezüglich der angefochtenen Leistungsbereiche aufgehoben. Eine Beschwerde ist noch hängig.

In Umsetzung von Strategie 6 der GGpl 2010 musste der Regierungsrat bereits auf das Jahr 2012 eine neue Spitalliste erstellen. Es trifft indes zu, dass im Zeitpunkt des Erlasses der Spitalliste 2012 keine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgelegen hat beziehungsweise auch gar nicht vorliegen konnte, da noch keine einheitliche Rechnungslegung und Fallabrechnung bestand.

Seit 1. Januar 2012 gelten im akutsomatischen Bereich schweizweit einheitliche Fallpauschalen nach SwissDRG (vgl. E. 2.1), womit die Vergleichbarkeit der Leistungen grundsätzlich gegeben ist und eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen werden kann. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie bestehen noch keine Fallpauschalensysteme. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist in diesen Bereichen bis zur anstehenden Einführung der neuen Tarifsysteme ST Reha und TARPSY mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, die indes zu lösen sind.

Abgesehen von der dargestellten Sachlage hat sich die Spitalliste 2012 in ihrer Gesamtheit und insbesondere die verfolgte Strategie des Konzentrationsprozesses in der spezialisierten Versorgung zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bewährt. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit qualitativen Spitalleistungen war und ist jederzeit sichergestellt.

4. Spitallisten 2015

4.1 Vorarbeiten

Die Gründe für den Erlass neuer Spitallisten auf den 1. Januar 2015 sind im Wesentlichen, dass erstens nach Ablauf der Übergangsfrist im KVG per 31. Dezember 2014 nun bundesrechtlich zwingend eine allen neuen Anforderungen entsprechende Spitalplanung erstellt und in Kraft gesetzt werden muss (vgl. E. 2.1). Zweitens sind die Spitalliste 2012 und die mit ihr erteilten Leistungsaufträge befristet. Sie gelten noch bis 31. Dezember 2014. Drittens haben die Nordwestschweizer Kantone gemeinsame Versorgungskriterien erarbeitet (vgl. § 2 Abs. 2 SpiliV) und in ihrer Vereinbarung vom 18. Oktober 2010 festgehalten, dass die gemeinsam definierten Kriterien zu Mindestmengen (Mindestfallzahlen) ab dem 1. Januar 2015 angewendet werden. Schliesslich erfordern das Bundesrecht (E. 2.1) und konkretisierend die Urteile BVGer zu gewissen angefochtenen Leistungsgruppen der Spitalliste 2012 eine eingehende Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Spitalplanung und der Erstellung der Spitallisten (E. 3).

Bereits im Sommer 2012 hat das Departement Gesundheit und Soziales im Vorfeld zum eigentlichen Bewerbungsverfahren mit der Überarbeitung der Spitallistenverordnung (vgl. E. 2.2) und der Konzeption des Bewerbungsverfahrens begonnen. Mit den Spitälern fand ein mehrmaliger Austausch statt. Zudem wurden die Kritikpunkte in den Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht in standardisierter

Weise analysiert und eine gründliche Überarbeitung des Bewerbungsverfahrens vorgenommen. Insbesondere wurde der Einbezug der Spitäler verbessert. So erhielten die Spitäler im neuen Verfahren eine Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme bezüglich der Ersteinschätzung des Departements Gesundheit und Soziales zur voraussichtlichen Vergabe von Leistungsaufträgen und die Möglichkeit, bei Bedarf ein Gespräch über die eingereichte Bewerbung zu führen und gegebenenfalls zusätzliche Unterlagen bis zu einem definierten Aktenschluss einzureichen (vgl. im Einzelnen den Sachverhalt oben und E. 5). Aufgrund der Urteile des BVGer hinsichtlich der zentralen Bedeutung der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat das Departement Gesundheit und Soziales eine eingehende Prüfung konzipiert und durchgeführt (siehe im Einzelnen E. 7 [Grundlagen], E. 9.3 [Akutsomatik], E. 10.3 [Rehabilitation] und E. 11.3 [Psychiatrie]).

Mit diesem Vorgehen soll eine den rechtlichen Anforderungen entsprechende Spitalplanung erreicht werden, die in Einklang mit den strategischen Vorgaben der GGpl 2010 (nachfolgend E. 4.2) eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Spitalversorgung unter wirtschaftlichen Einsatz der Mittel sicherstellt (§ 1 Abs. 1 SpiG) und seitens der Spitäler von vornherein eine grössere Akzeptanz genießt als die Spitalliste 2012.

Es wird in diesem Beschluss nicht von *der Spitalliste* gesprochen, sondern von *den Spitallisten* 2015, da pro Leistungsbereich (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) eine Spitalliste erstellt wird und pro Liste jeweils spezifische Bedingungen, Auflagen und Anforderungen bestehen (vgl. E. 12).

4.2 Strategische Vorgaben und Zielsetzungen

Die Spitalplanung 2015 folgt verschiedenen strategischen Vorgaben und Zielsetzungen.

Wichtige Vorgaben ergeben sich aus der GGpl 2010 des Grossen Rats, namentlich aus den Strategien 6, 7, 22 und 25, in den aktuellen Fassungen gemäss Grossratsbeschlüssen vom 27. März 2013 zur (13.3) "Ergänzungsbotschaft Zentralspital" sowie vom 4. September 2012 zur (12.107) Botschaft "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik":

Tabelle 1: Relevante Strategien der GGpl 2010

Strategie 6

Bei der Konzeption seiner Spitalversorgung strebt der Kanton eine angemessene regionale Versorgung an. Er prüft eine Konzentration der Angebote, wo dies aus betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen oder finanzpolitischen Überlegungen sinnvoll ist. Er berücksichtigt dabei integrierte Versorgungssysteme (IVS), Mindestmengen bei den Angeboten und koordiniert bei mengenkritischen Angeboten diese nach Möglichkeit auch interkantonal.

Die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler Aarau und Baden bieten eine umfassende Grundversorgung an. Sie koordinieren und konzentrieren mit der Bildung von unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten die spezialisierte und im Rahmen der IVHSM die hochspezialisierte Versorgung im Kanton. Resultat ist – im Sinn eines Kompetenzzentrums für die Akutmedizin – eine inner- und interkantonal wettbewerbsfähige Organisation der davon betroffenen Disziplinen.

Strategie 7

- Für die Zuteilung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots verwendet der Kanton transparente und nachvollziehbare Kriterien. Diese werden interkantonal abgestimmt.
- Die Kriterien gelten für alle Anbieter in gleicher Weise.
- Für die Aufnahme auf die Spitalliste wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt.
- [nicht mehr relevant; betraf die Spitalliste 2012].

Strategie 22

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

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

Strategie 25

Der Kanton verfolgt eine Gesundheitspolitik, die in Bezug auf die Finanzierbarkeit:

- auf kantonaler, interkantonalen und Bundesebene Massnahmen anstrebt, auslöst und umsetzt, die zur Kostendämpfung beitragen
- im Rahmen der Aufgaben- und Finanzplanung sicherstellt, dass die Erfüllung anderer zentraler Staatsaufgaben nicht gefährdet wird
- die Interessen von Patientinnen und Patienten (als Leistungsbeziehenden), Versicherten (als Prämienzahlenden) und Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern (als Hauptfinanzierende von stationären Spitalbehandlungen) transparent macht und ins Gleichgewicht bringt
- im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen und der Tariffestsetzung aktiv Einfluss auf die Preisbildung nimmt und diese auf der Basis eines Monitorings/Benchmarkings nachvollziehbar und vergleichbar macht
- integrierte Versorgungsmodelle sowohl mit Blick auf ihren medizinischen als auch in Bezug auf ihre finanziellen Vorteile fördert
- die spezialisierte Versorgung optimiert und nach Massgabe von Strategie 6 der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 konzentriert.

Der Akzent des revidierten KVG geht in Richtung eines regulierten Wettbewerbs. Durch die Planungspflicht gemäss Art. 39 KVG und dem akzentuierten Wettbewerbsansatz entsteht ein Spannungsfeld, für welches das KVG keine Patentlösungen anbietet. Der Intention des revidierten KVG, den Wettbewerb nur in jenen Bereichen zu regulieren, in denen er ohne staatliche Eingriffe zu suboptimalen Ergebnissen führen würde, soll Rechnung getragen werden, indem mit der Spitalplanung primär dort steuernd einzugreifen ist, wo mit planerischen Eingriffen entweder die Kosten gesenkt oder die medizinische Qualität gesteigert werden können.

Wichtig ist ausserdem auf interkantonaler Ebene die Zusammenarbeit der vier Nordwestschweizer Kantone Aargau, Baselland, Basel-Stadt und Solothurn. Die Versorgungsplanung und die Spitallisten der vier Kantone sind nach dem gleichen Raster aufgebaut und folgen denselben Prinzipien, zum Beispiel bezüglich Einführung von Mindestfallzahlen ab dem Jahr 2015 (vgl. www.baselland.ch → Volkswirtschaft, Gesundheit → Spital-/Gesundheitsplanung → Versorgungsbericht).

Die Spitalplanung 2015 hat auch die Beschlüsse des Grossen Rats zur (12.107) Botschaft über die "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" zu berücksichtigen. Der Grosse Rat hat diese Botschaft am 4. September 2012 zur Kenntnis genommen und beschlossen, die GGpl 2010 um eine Strategie 25 (Finanzierbarkeit) zu ergänzen (vgl. oben). Er beauftragte den Regierungsrat, das günstigste Szenario zu verfolgen und ihm mit Blick auf den Erlass der Spitallisten 2015 Massnahmen auf der Basis des inner- und interkantonalen Monitorings/Benchmarking aufzuzeigen, was vorliegend erfolgt.

Generell geht es in der Spitalplanung 2015 darum, im Sinne einer wohnortnahen Versorgung der Kantonsbevölkerung ein möglichst grosses Spektrum an stationär-medizinischen Angeboten im Kanton selber anzubieten, dabei jedoch den Grundsätzen der wirtschaftlichen Leistungserbringung und einer hohen Qualität nachzuleben, sowie die in jeder Hinsicht knapper werdenden Ressourcen zu berücksichtigen. Unter diesen Voraussetzungen wird in Einklang mit Strategie 6 der GGpl 2010 ein

besonderes Gewicht auf die Konzentration von Angeboten gelegt, was bei Behandlungen mit geringen Fallzahlen die Beschränkung der Anzahl innerkantonalen Anbieter und letztlich auch die ausschliessliche Beauftragung ausserkantonalen Leistungserbringer bedeuten kann.

Diese Strategie der Konzentration von spezialisierten Leistungen zum Zweck der Erhöhung der medizinischen Behandlungsqualität wie auch der Steigerung der wirtschaftlichen Effizienz wird mit den Spitallisten 2015 konsequent weiterverfolgt und fliesst auch in die Entscheide bezüglich Erteilung der Leistungsaufträge mit ein. Zwar können Regionalspitäler aufgrund ihrer niedrigeren Baserate einzelne spezialisierte Eingriffe günstiger als die Zentrumsspitäler erbringen, jedoch ist das Komplikationsrisiko bei geringen Fallzahlen überproportional erhöht und die Qualität der medizinischen Behandlung nicht optimal, gerade weil die Behandlungsteams wenig Erfahrung haben. Der vom BAG jährlich publizierte Bericht "Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler" gibt entsprechende Hinweise. Insgesamt über den ganzen Behandlungsverlauf betrachtet, können die verfügbaren Mittel effizienter eingesetzt werden, wenn die spezialisierte Behandlung in einem Zentrumsspital mit leicht höherer Baserate erfolgt, dafür aber die Folgekosten für die Behandlung von Komplikationen und verlangsamten Heilungsverläufen geringer ausfallen. Der Konzentrationsprozess kann somit zur Folge haben, dass Angebote mit geringen Mengen innerhalb des Kantons nur noch dann sinnvoll sind, wenn sie an einem Standort zusammengefasst werden.

5. Bewerbungsverfahren für die Spitallisten 2015

Tabelle 2: Bewerbungsverfahren

Versand Bewerbungsunterlagen	Mittwoch, 8. Mai 2013
Amtsblatt Publikation Bewerbungsverfahren	Freitag, 10. Mai 2013
Bewerbungsfrist	Montag, 13. Mai 2013 bis Freitag, 5. Juli 2013
Nachreichfrist für zusätzliche Unterlagen	bis 30. Juli 2013
Auswertung Bewerbungen	Juli/August 2013
Einschätzung des Departements Gesundheit und Soziales betreffend der vorläufig vorgesehenen beziehungsweise nicht vorgesehenen Leistungsaufträge (inklusive Aufforderung zur Einreichung zusätzlicher Finanz- und Leistungszahlen)	Donnerstag, 12. September 2013
Schriftliche Stellungnahmemöglichkeit der Spitäler inklusive Einreichung zusätzlicher Finanz- und Leistungszahlen	bis Mittwoch, 2. Oktober 2013
Gespräche mit Bewerbern, die ein Gespräch wünschten	Oktober/November 2013
Änderung ausgeschriebener Leistungsauftrag "Neurologische Frührehabilitation" in den Querschnitt-Leistungsauftrag "Frührehabilitation"; Einreichung Bewerbungen, Auswertung, vorläufige Einschätzung Departement Gesundheit und Soziales zur Stellungnahme	November/ Dezember 2013
Aktenschluss (Letzte Frist für Nachreichen von zusätzlichen Unterlagen, Änderung Bewerbung)	Freitag, 6. Dezember 2013
Entscheid des Regierungsrats anschliessend Versand und Publikation im Amtsblatt	7. Mai 2014

Der Ablauf des Bewerbungsverfahrens ist in den Grundzügen dem Sachverhalt oben zu entnehmen.

Sowohl das Departement Gesundheit und Soziales wie auch die Bewerber haben die Gespräche hinsichtlich des Verfahrens als enorme Qualitätsverbesserung gegenüber dem Bewerbungsverfahren der Spitalliste 2012 erlebt. Viele Details konnten mündlich unkompliziert und direkt geklärt werden. Auch konnten negative, vorläufige Einschätzungen des Departements Gesundheit und Soziales vertieft erörtert werden, so dass es in einer Mehrzahl der Fälle zu einem Rückzug der Bewerbung in

den jeweiligen Leistungsgruppen kam. Die Gesprächsphase wurde von allen Bewerbern sehr geschätzt.

6. Grundsätzliche Anforderungen und Festlegungen

6.1 Generelle Anforderungen

Zunächst muss jeder Bewerber über eine gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung als Spital gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. a–c KVG und § 8a SpiG beziehungsweise des jeweiligen Standortkantons verfügen. Diese Anforderung erfüllen alle Bewerber.

Für die Spitalisten 2015 gelten gemäss § 2 Abs. 2 SpiliV folgende allgemeine Anforderungen, mit den jeweiligen Spezifikationen in den Bewerbungsunterlagen gemäss § 2 Abs. 3 und § 4 SpiliV:

- a) Bereitschaft zur uneingeschränkten Aufnahme von Patientinnen und Patienten gemäss Art. 41a KVG: Die Aufnahmepflicht gilt im Rahmen der Leistungsaufträge und Kapazitäten für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen ihres Wohnkantons sowie in Notfällen.
- b) Einhaltung von Mindestmengen und Infrastrukturvorgaben gemäss den Vorgaben in den Bewerbungsunterlagen, die sich an anerkannten Standards orientieren.
- c) Nachweis von qualifiziertem Fachpersonal und dessen zeitliche Verfügbarkeit gemäss den Vorgaben in den Bewerbungsunterlagen.
- d) Vorlage eines Konzepts zur Verhinderung von Gelegenheitschirurgie und Gelegenheitsmedizin: Diese Vorgabe soll sicherstellen, dass auch in der Grundversorgung eine hohe Behandlungsqualität gewährleistet wird.
- e) Bei einem innerkantonalen Spital: Nachweis der Ausbildung einer angemessenen Zahl von Gesundheitsfachleuten oder des entsprechenden Einkaufs von Ausbildungsleistungen. Die Zahlen werden in Zusammenarbeit mit der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau (OdA GS Aargau) für den ganzen Kanton festgelegt. Diese Bestimmung beinhaltet nicht die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäss Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL; 832.104).
- f) Verwendung allgemein anerkannter Rechnungslegungsstandards: Ab einem erwarteten jährlichen Mindestumsatz von 10 Millionen Franken ist Swiss GAAP-FER (Fachempfehlungen zur Rechnungslegung) als Standard vorgeschrieben.
- g) Vorlage einer langfristigen Investitionsplanung.
- h) Nachweis der zweckgebundenen Verwendung des Investitionsanteils der Tarife. Die Spitäler müssen darlegen, dass sie den Investitionskostenbeitrag für Erhalt und Ersatz ihrer Häuser und Einrichtungen, das heisst für zukünftige Zwecke verwenden und nicht zur Deckung alter Verbindlichkeiten.
- i) Jährliche Durchführung mindestens einer eingeschränkten Revision gemäss Schweizerischem Obligationenrecht (OR). Ist nach den Regeln des OR eine ordentliche Revision durchzuführen, so gilt dieser Standard.
- j) Jährliche Durchführung einer anerkannten medizinischen Kodierrevision, soweit eine gesamtschweizerische, leistungsbezogene Tarifstruktur gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG vom Bundesrat genehmigt wurde, wie zum Beispiel SwissDRG (gilt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur für die Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau).

- k) Durchführung der nationalen Qualitätsmessungen und Publikation der Ergebnisse. Kann ein Spital aus objektiven Gründen Messungen nicht durchführen, muss ein schriftliches Dispensgesuch an die Geschäftsstelle des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) gestellt werden.
- l) Zusammenarbeit oder Austausch zwischen Anbietern von spezialisierten Leistungen. Alle Spitäler sind bei den Leistungsgruppen ausserhalb der Basisversorgung offen für die hausübergreifende und auch grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Kantonen. Bei allen Zusammenarbeitsmodellen sollen Mindestmengen pro Standort berücksichtigt werden, damit das entsprechende Angebot für alle Beteiligten Sinn macht.

Diese allgemeinen Anforderungen wurden mit den entsprechenden Spezifikationen und Präzisierungen in die Bewerbungsunterlagen übernommen (vgl. § 2 Abs. 3 und § 4 SpiliV). Die Bewerber gaben mittels Selbstdeklaration an, ob sie die Anforderungen erfüllen. Die Selbstdeklaration wurde überprüft, bei Unklarheiten wurden die betreffenden Bewerber zu einer Erklärung beziehungsweise zur Einreichung einer Bestätigung aufgefordert. Eine vertiefte Prüfung und wiederholte Nachprüfung, insbesondere der einzelnen qualitativen Anforderungen vor Ort (Fachärzte und deren zeitliche Verfügbarkeit, Hygienestandards, etc., vgl. Auflagen in den Anhängen 3, 8 und 11) werden im Rahmen eines Qualitätscontrollings (Audit) ab dem Jahr 2015 stattfinden. Das entsprechende Projekt ist in Vorbereitung. Die Anforderungen im finanziellen Bereich werden bei den innerkantonalen Bewerbern laufend überprüft, insbesondere im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren.

6.2 Reguläre und bedingte Leistungsaufträge

In der Regel werden reguläre Leistungsaufträge vergeben, die für vier Jahre gelten (§ 8 Abs. 1 SpiliV). Nach § 7 Abs. 4 SpiliV können aber auch Leistungsaufträge an Spitäler erteilt werden, wenn diese (noch) nicht sämtliche Anforderungen gemäss § 2 Abs. 2 SpiliV und der Bewerbungsunterlagen erfüllen. Diese Leistungsaufträge werden mit einer Bedingung versehen (§ 7 Abs. 2 Satz 2 SpiliV) und als bedingte Leistungsaufträge bezeichnet. Dabei werden zwei Arten von Bedingungen unterschieden:

- Die **aufschiebende Bedingung** wird ausgesprochen, falls medizinisch-technische Anforderungen noch nicht erfüllt werden, die aber für die Ausführung des Leistungsauftrags notwendig sind; beispielsweise ein erforderlicher Facharzt noch nicht angestellt werden konnte. Das Spital hat die Erfüllung der Bedingung (beispielsweise die Anstellung eines ausreichend qualifizierten Facharzts) gegenüber dem Departement Gesundheit und Soziales nachzuweisen. Der entsprechende Leistungsauftrag tritt erst mit entsprechendem Bestätigungsschreiben des Departements Gesundheit und Soziales in Kraft.
- Die **auflösende Bedingung** kommt zum Zug, wenn qualitative oder wirtschaftliche Anforderungen noch nicht erfüllt werden können, zum Beispiel definierte Mindestfallzahlen in einer Leistungsgruppe nicht erreicht werden oder der Benchmarktarif des betreffenden Spitals bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Departements Gesundheit und Soziales oberhalb des Toleranzbereichs lag. Der Leistungsauftrag wird zwar trotzdem erteilt, um den Spitälern die Möglichkeit zu geben, während einer Übergangszeit die Bedingungen zu erfüllen, zum Beispiel indem entsprechende Zuweisungsprozesse aufgebaut werden können oder durch eine Optimierung der Prozesse die Wirtschaftlichkeit verbessert werden kann. Die Erfüllung der Bedingung wird Mitte 2017 mit den Daten des Jahrs 2016 kontrolliert.

Zur Anwendung kommt die jeweils aktuellste Grouperversion des von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich herausgegebenen SPLG-Groupers für das entsprechende Datenjahr. Der Überblick über die Grouperversionen findet sich auf der Homepage der GDK und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (www.gdk-cds.ch → Themen → Spitalplanung → SPLG oder www.gd.zh.ch/leistungsgruppen → SPLG-Groupers).

Kommt das Departement Gesundheit und Soziales aufgrund der Datenanalyse zum Schluss, dass die Bedingung in Bezug auf die Mindestfallzahlen nicht erfüllt ist, wird dies Mitte 2017 durch Verfügung festgestellt. Der Regierungsrat delegiert dem Departement Gesundheit und Soziales die entsprechende Verfügungsbefugnis (§ 77 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Dezember 2007 [VRPG; SAR 271.200]). Nach der Rechtsprechung des BVGer muss dem betroffenen Leistungserbringer eine angemessene Übergangsfrist von maximal sechs Monaten gewährt werden. Die Übergangsfrist muss es dem Spital ermöglichen, erforderliche Anpassungen in betrieblicher Hinsicht (zum Beispiel betreffend Infrastruktur und Personal) vorzunehmen. Die Dauer der Übergangsfrist ist unter Berücksichtigung der konkreten Umstände festzusetzen, wobei sechs Monate den maximalen Rahmen bilden (vgl. Bundesverwaltungsgerichtsentscheide [BVGE] 2010/15 E. 8.2 mit Hinweisen, Urteil BVGer C-220/2012 vom 4. Juni 2012 E. 2.3.2). Die auflösend bedingten Leistungsaufträge sollen per 31. Dezember 2017 dahinfallen, wenn die Bedingung (Mindestfallzahl) nicht erfüllt ist, womit dieser Rechtsprechung entsprochen wird.

Kommt das Departement Gesundheit und Soziales aufgrund der Datenanalyse zum Schluss, dass die Bedingung in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit nicht erfüllt ist, so wird der Regierungsrat im Jahr 2017 – nach Anhörung des betreffenden Leistungserbringers – über den Entzug von Leistungsaufträgen und dessen Zeitpunkt entscheiden.

Die einzelnen Bedingungen sind in den Anhängen 2 und 7 dieses Beschlusses aufgeführt (E. 12.2).

6.3 Diagnosebezogene Fallzahlen

Die Kantone haben das für die Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendige Angebot durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtung auf der Spitalliste nach Art. 58e KVV zu sichern (Art. 58b Abs. 3 KVV). Dabei haben sie sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Die bestehenden (interkantonalen) Patientenströme sind zu berücksichtigen (Art. 58d lit. a KVV, vgl. auch Art. 39 Abs. 2 KVG). Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen fall- beziehungsweise diagnosebezogene Daten im Vordergrund (BAG, a.a.O., S. 7). Zur Frage der Aktualität der heranzuziehenden Fallzahlen ist nach der Rechtsprechung des BVGer in der Regel auf die aktuellsten, vollständigen, offiziellen Zahlen abzustellen (Urteil C-2907/2008 vom 26. Mai 2011 zur Spitalplanung des Kantons Fribourg, E. 8). Das Gericht unterscheidet zwei Bereiche:

- Bei der Ermittlung des Bedarfs (Versorgungsplanung) ist auf die aktuellsten, vollständigen Datensätze abzustellen, die auch die Patientenströme unter den Kantonen mit berücksichtigt (vgl. Art. 58d lit. a KVV).
- Bei der Evaluation der Bewerber kann auch auf die aktuellsten innerkantonalen Daten des kantonalen Statistischen Amtes (ohne Patientenströme) abgestellt werden.

Zum vorgesehenen Bewerbungszeitraum der Spitallisten 2015 (Sommer/Herbst 2013) lagen vom Bundesamt für Statistik (BFS) nur die Zahlen 2011 vor, also vor Einführung der Fallpauschalen nach SwissDRG. In Einklang mit der Rechtsprechung wurden bei den Spitallisten 2015 folgende Daten verwendet:

- Versorgungsplanung:
Da zum Zeitpunkt der Eröffnung des Bewerbungsverfahrens gesamtschweizerisch erst die Daten für das Jahr 2011 vorlagen, wurde für die Beurteilung des Versorgungsanteils der Aargauer Bevölkerung (Versorgungsplanung) auf die Daten 2011 der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zurückgegriffen.

- Beurteilung der Bewerbungen (Mindestfallzahlen):
Von den Aargauer Spitälern sind die Daten 2012 bei Statistik Aargau vorhanden und wurden zur Beurteilung der Mindestfallzahlen herangezogen. Bei Bewerbungen ausserkantonaler Spitäler für Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen handelte es sich ohne Ausnahme um hochspezialisierte Zentren, welche die in der jeweiligen SPLG-Leistungsgruppe verlangten Mindestfallzahlen erreichten. Die Überprüfung der Mindestfallzahlen erfolgte jeweils durch den Standortkanton – alle Standortkantone der auf den Aargauer Spitallisten 2015 aufgeführten akutsomatischen ausserkantonalen Spitäler wenden ebenfalls die SPLG-Systematik an.

6.4 Beurteilung der Versorgungsrelevanz ausserkantonaler Bewerber

Zur Frage, ab wann ein ausserkantonales Spital als für die Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendig gilt, hat sich in den letzten Jahren in der praktischen Umsetzung folgende Regel durchgesetzt: Werden an einem ausserkantonalen Spital in der betreffenden Leistungsgruppe mehr als 10 % des Gesamtbedarfs der Kantonsbevölkerung behandelt, gilt dieses Spital als versorgungsnotwendig. Von dieser Regel wird allenfalls dann abgewichen, wenn der Gesamtbedarf der Aargauer Kantonsbevölkerung in absoluten Zahlen sehr gering war (zum Beispiel HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr- und/oder Duraeröffnung: Gesamtbedarf 2011 der Aargauer Bevölkerung: 5) und es sich bei den ausserkantonalen Behandlungen um Einzelfälle handelte. In Ergänzung zur 10 %-Regel werden gewisse Leistungsgebiete (insbesondere in den Bereichen Gefässchirurgie, Angiologie und Kardiologie) blockweise vergeben, wenn in einem überwiegenden Teil der darin enthaltenen SPLG-Leistungsgruppen die 10 %-Grenze überschritten ist. Auf diese Weise können sinnvolle Versorgungspakete geschaffen werden, da in diesen Bereichen bei Spitaleintritt nicht immer sicher erkennbar ist, in welche SPLG eine Behandlung fällt.

7. Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Benchmarkings

7.1 Einleitung

Neben der Qualität ist die Wirtschaftlichkeit ein wichtiges Kriterium bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. Wirtschaftlichkeit ist im Allgemeinen betrachtet das Verhältnis zwischen erreichtem Erfolg und dem dafür benötigten Mitteleinsatz. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Kosten beziehungsweise Preisen (Tarife) zu definieren. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist daher mehr als ein isolierter Tarifvergleich und die Ausrichtung am günstigsten Tarif. Beim Vergleich (Benchmark) von Tarifen/Basispreisen (Baserates) ist diesem Grundsatz Rechnung zu tragen (Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 5. Juli 2012).

Basis zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die Spitalisten 2015 waren die folgenden Daten:

- die medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS; Datensatz des Jahrs 2012
- der Jahresbericht beziehungsweise die Erfolgsrechnung des Jahrs 2012
- die detailliert ausgewiesenen Kosten gemäss REKOLE® (Handbuch der "Revision der Kosten- und Leistungsrechnung [REKOLE] – betriebliches Rechnungswesen im Spital", H+ Die Spitäler der Schweiz) des Jahrs 2012 (Integriertes Tarifmodell Kostenträgerrechnung [ITAR_K] CH Version 3.0)
- bei Bewerbungen in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie zusätzlich, die in den entsprechenden Bewerbungstabellen durch das Departement Gesundheit und Soziales definierten Leistungs- und Kostenkennzahlen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf der Analyse der Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler. Grundlage für die Vorgehensweise bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Orientierung am Verfahren des Preisüberwachers für die Spitaltaxprüfung (Spitaltarife, Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Preisüberwachung, Dezember 2006, Kapitel 3, S. 9, Abbildung 1: Die vier Stufen der Spitaltaxprüfung) sowie die aktuellen "Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung" vom 5. Juli 2012 und die "Empfehlungen zur Spitalplanung" vom 27. April 2009 der GDK. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den Kantonen erstellt und thematisieren besonders zu beachtende Aspekte bei der Analyse der Kostendaten aller Leistungserbringer sowie den Prozess der Tariffindung beziehungsweise Tarifbeurteilung.

Die Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Benchmarks werden im Folgenden vertieft erläutert.

7.2 Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Wirtschaftlichkeitsprüfung allgemein und zum Benchmarking

Das BVGer merkt in seinem Urteil vom 16. Juli 2013 (C-5647/2011) an, dass die im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung entwickelten beziehungsweise zu entwickelnden Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch im Rahmen der Erstellung von Spitallisten zu berücksichtigen sind. Das KVG sieht ausdrücklich vor, dass die kantonalen Spitalplanungen auf Betriebsvergleichen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestützt sein müssen (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG; Abs. 3 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung] und Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV). Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung muss somit zwingend durch Betriebsvergleiche vorgenommen werden (Urteil BVGer, a.a.O., E. 5.3 und 5.3.1, S. 14).

Die einfache Gegenüberstellung der blossen Tarife der Leistungserbringer würde jedoch nicht gewährleisten, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird und beinhaltet das Risiko, dass falsche Schlüsse gezogen werden. Ein aussagekräftiger Vergleich besteht nur dann, wenn Kosten einander gegenüber gestellt werden, die auf vergleichbare Leistungen entfallen. Die mit den Tarifen abgegoltenen Leistungen sowie die darauf entfallenen Kosten eines Spitals sind zu bestimmen und anschliessend den Leistungen sowie Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (im Folgenden: Referenzspitäler) gegenüber zu stellen. Der anhand der Zahlen der Referenzspitäler ermittelte Wert wird als Benchmark (oder auch Referenzwert beziehungsweise Vergleichswert), die Methode zur Bestimmung und zum Vergleich der Leistungen und Kosten wird als Benchmarking und das zu vergleichende Spital als das zu benchmarkende Spital bezeichnet (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. Juli 2010 [C-3940/2009], E. 7.1, S. 24). Das zu beurteilende Spital und die Referenzspitäler müssen über dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenrechnungen verfügen. Zudem müssen die Leistungen anhand wesentlicher Kriterien, das heisst je nach Art der Leistung nach Versorgungsstufe, Leistungsangebot, Fallzahlen, Schweregrad der Fälle, Leistungen in der Pflege, Hotellerie und Service vergleichbar sein (Urteil BVGer vom 16. Juli 2013, C-5647/2011, E. 5.3.2, S. 14 f.).

Selbst wenn keine tauglichen Grundlagen für die Durchführung eines Kosten-/Leistungsvergleichs vorliegen, darf nicht auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichtet werden, ist diese doch bundesrechtlich zwingend vorgeschrieben (Urteil BVGer, a.a.O., E. 5.4.2, S. 17).

7.3 Vergleichbarkeit und Beurteilung im Benchmarking

Das BVGer erläutert im Urteil vom 16. Juli 2013 (C-5647/2011), E. 5.3.4., S. 15 f. in Bezug auf die Vergleichbarkeit Folgendes: "Liegen einheitliche Patientenklassifikationssysteme im Sinne von 'Diagnosis Related Groups' (DRG-Systeme) vor, werden im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsvergleichen diese zur Leistungsermittlung herangezogen. Ansonsten können die medizinische Statistik des BFS oder allenfalls kantonale Leistungsstatistiken bei innerkantonalen Vergleichen als einheitliche Grundlage herangezogen werden. Die anrechenbaren Kosten werden aufgrund von Kostenrechnungen

ermittelt, welche insbesondere die Elemente Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger und die Leistungserfassung umfassen müssen (vgl. Art. 49 KVG in Verbindung mit Art. 9 VKL).

Es wurden ausserdem folgende Punkte berücksichtigt, um die Preise vergleichbar zu machen: Für die Ermittlung der Vergleichspreise in Form von leistungsorientierten Fallpauschalen (Akutsomatik) nach SwissDRG beziehungsweise Tagespauschalen (Rehabilitation und Psychiatrie), werden zuerst die Kostendaten quantitativ und qualitativ beurteilt. Für das Benchmarking sind nur Kosten zu berücksichtigen, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. Gemäss den Empfehlungen der GDK kann die Wirtschaftlichkeit im Vergleich mit anderen Leistungserbringern aber auch absolut, zum Beispiel anhand der Kostenstruktur (Löhne, Mieten, Ausstattung) eines Spitals beurteilt werden. Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen wird die Wirtschaftlichkeit der inner- und ausserkantonalen Bewerber erstmalig beurteilt. Eine detailliertere Beurteilung der innerkantonalen Institutionen findet im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren gemäss Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG durch den Regierungsrat statt (Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 27. April 2009, Empfehlung 7, S. 10).

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit über einen Benchmark bezieht das BVGer wie folgt Stellung: "Wenn die Leistungen vergleichbar sind, so ist zu vermuten, dass auch deren Kosten gleich hoch liegen werden. Falls dies im Einzelfall nicht zutrifft und das zu beurteilende Spital für bestimmte Leistungen höhere Kosten aufweist als die Referenzspitäler, kann das Spital diese Vermutung umstossen, indem es die höheren Kosten stichhaltig begründet. Wenn dies nicht gelingt, ist anzunehmen, dass die höheren Kosten mindestens teilweise auf einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen" (Urteil vom 16. Juli 2013, a.a.O., E. 5.3.2, S. 15).

7.4 Prozess der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung

Der Prozess der Wirtschaftlichkeitsprüfung gestaltete sich grundsätzlich wie folgt:

1. Prüfung der Kosten (Instrument ITAR_K Version V3.0) über die Berechnung standardisierter betriebswirtschaftlicher Kosten (Art. 49 KVG, Art. 9 ff. VKL, Art. 59c KVV),
2. Kontrolle der Korrekturen von nicht KVG-relevanten Kosten,
3. Ermittlung der Benchmark-relevanten Baserate beziehungsweise Tagestaxen,
4. Ermittlung von Vergleichsspitälern durch die Bildung von Benchmark-Gruppen analog der Krankenhaustypologie des BFS,
5. Vergleiche von Tarifen beziehungsweise Tagestaxen sowie weiteren Kennzahlen innerhalb der gebildeten Benchmark-Gruppen,
6. Bildung eines Benchmarks innerhalb der jeweiligen Benchmark-Gruppe,
7. Beurteilung der Wirtschaftlichkeit aufgrund der Abweichungen vom jeweiligen Benchmark.

7.5 Ermittlung der Vergleichspreise

7.5.1 Einleitung

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG (letzter Satz) orientieren sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Für die Ermittlung der Vergleichspreise werden die Bestimmungen in der VKL angewandt. Die Ermittlung der Benchmark-relevanten Betriebskosten erfolgte darüber hinaus an Hand der Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 5. Juli 2012, am ITAR_K "Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung des Spitalverbands H+" (Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K, Version 2.0 und Version 3.0, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern) sowie am Verfahren des Preisüberwachers für die Spitaltaxprüfung (Spi-

taltarife, Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Preisüberwachung, Bern 2006, Kapitel 3, insbesondere S. 9, Abbildung 1: Die vier Stufen der Spitaltaxprüfung).

Zuerst wurden die Angaben in den von den Bewerbern abgegebenen ITAR_K-Tabellen mittels eines Vergleichs der Zahlen aus der publizierten Erfolgsrechnung des jeweiligen Leistungserbringers mit den Angaben der Finanzbuchhaltung im Tabellenblatt "ITAR_K Gesamtansicht" plausibilisiert. Anschliessend erfolgte die Überprüfung der im ITAR_K vom Leistungserbringer vorgenommenen Korrekturen, welche die Betriebskosten um sämtliche nicht KVG-relevanten Kosten bereinigen. Dazu gehören insbesondere:

- Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten:
Orientierung am Berechnungsvorschlag ITAR_K von H+
- Anlagenutzungskosten (ANK = kalkulatorische Zinsen Anlagevermögen + kalkulatorische Abschreibungen + Mieten für Objekte teurer als Fr. 10'000.–) gemäss Art. 8 und Art. 10a VKL:
Abzug der in der Betriebsbuchhaltung effektiv ausgewiesenen Zahl
- Universitäre Lehre und Forschung:
Abgrenzung über einen eigenen Kostenträger oder subsidiärer Abzug im ITAR_K von H+
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nach Art. 49 Abs. 3 KVG:
Abgrenzung der effektiven GWL über einen eigenen Kostenträger oder subsidiärer Abzug im ITAR_K von H+ (Die Kosten für GWL sind auszuschneiden nach Art. 2 Abs. 1 lit. g VKL)
- Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten (Hotellerie):
Korrektur mit der im ITAR_K von H+ vorgeschlagenen Berechnungsmethode; Ermittlung des Korrekturwerts durch die Berechnung des Hotellerie-Kostenanteils der Zusatzversicherten an den "Nettobetriebskosten II Zusatzversicherte"
- Kostenanteile von nicht KVG-relevanten Erlösen wie zum Beispiel Nebenbetriebe (Kiosk, Cafeteria, etc.)
- Abzug der Umlaufvermögen-Zinsen (UV-Zinsen) und ein Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen, sofern keine REKOLE® Zertifizierung vorliegt: analog der im ITAR_K hinterlegten Berechnungsmethodik, die sich am kalkulatorischen Zinssatz in Höhe von 3,7 % gemäss Art. 10a Abs. 4 VKL orientiert.

Die zusätzlichen Kosten für zusatzversicherte Patienten nach KVG werden über die oben genannten Abzüge bereinigt. Damit verbleibt lediglich der Anteil der Kosten aus dem Grundversicherungsanteil für Zusatzversicherte und kann deshalb mit den Kosten der grundversicherten Patienten nach KVG zusammengezogen werden.

Nach Berücksichtigung aller Korrekturen können die Benchmark-relevanten Betriebskosten ausgewiesen werden und es erfolgt die Berechnung der Vergleichspreise je Leistungserbringer und Tarifwerk.

Die im Rahmen der Erstellung der Spitallisten 2015 vorgenommenen Korrekturen binden den Regierungsrat in einem künftigen Tarifgenehmigungs- beziehungsweise Tariffestsetzungsverfahren nicht.

7.5.2 Akutsomatik: Tarifstruktur und Berechnung der Benchmarktarife

Seit dem 1. Januar 2012 müssen die stationären Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden, in der gesamten Schweiz nach dem System von SwissDRG abgerechnet werden. Dieses schweizweit einheitliche diagnosebezogene Fallpauschalensystem wurde vom Bundesrat, gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG, genehmigt und verbindlich erklärt.

Der Gesamtpreis, welcher für einen stationären Aufenthalt vergütet wird, berechnet sich, indem das Kostengewicht der für den jeweiligen Behandlungsfall ermittelten Fallpauschale mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen

durchschnittlichen Behandlungsfall (Kostengewicht von 1.0) bezahlt wird. Daraus resultiert der Gesamtpreis für einen stationären Aufenthalt.

Die Kosten für stationäre Behandlungen werden gemäss Art. 49a Abs. 1 KVG von den Versicherungen und dem Kanton gemeinsam getragen. Bis Ende 2016 gilt für den Kanton Aargau eine Übergangsregelung, die eine schrittweise Erhöhung des kantonalen Vergütungsanteils erlaubt (vgl. Abs. 5 der Übergangsbestimmungen KVG vom 21. Dezember 2007). Der Kantonsanteil im Jahr 2014 wurde vom Regierungsrat gestützt auf § 22 Abs. 3 SpiG festgelegt und beträgt 49 % (RRB Nr. 2013-000352 vom 27. März 2013).

Tabelle 3: Berechnungsbeispiel

Fallgruppe (DRG)	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose (O60D)	
Kostengewicht (nach SwissDRG 3.0)	0.581	
Baserate (Beispiel)	Fr. 9'500	
Gesamtvergütung Fall	$0.581 \times \text{Fr. } 9'500$	= Fr. 5'519.50
Anteil Versicherer (2014)	$51 \% \times \text{Fr. } 5'519.50$	= Fr. 2'814.95
Anteil Kanton (2014)	$49 \% \times \text{Fr. } 5'519.50$	= Fr. 2'704.55

Zur Abbildungsgenauigkeit innerhalb der Tarifstruktur SwissDRG erläutert die Swiss DRG AG in ihrer Medienmitteilung vom 14. Dezember 2012, dass es aufgrund der konsequenten Weiterentwicklung der Kosten- und Leistungsdaten der Schweizer Spitäler und dem permanenten Aufzeigen von Schwachstellen zwar möglich ist, die Tarifstruktur stetig weiterzuentwickeln, jedoch sei es durch die statistisch limitierte Anzahl von Patientenfällen alleine schon technisch nicht möglich, sämtliche Kostenunterschiede zwischen den Spitälern erklären zu können. Deshalb ist dies auch nicht das strategische Ziel der Swiss DRG AG.

Die Schwierigkeiten bei der Erhöhung der Abbildungsgenauigkeit sind unter anderem dadurch begründet, dass REKOLE® noch nicht in allen Spitälern eingeführt ist. Deswegen ist keine einheitliche Ermittlung der Kosten- und Leistungsdaten möglich. Durch die unterschiedlichen Kostendatensatzstrukturen und nicht eindeutigen und verbindlichen Kostenzuweisungen zu bestimmten Variablen besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Verbesserung des Differenzierungsgrads. Darüber hinaus werden Medikamente und Implantate als Einzelkosten immer noch ungenügend erfasst.

Als Folge davon findet eine Verdichtung der Kalkulationsergebnisse auf wenige Variablen bei gleichzeitig fehlender standardisierter Vorgabe zu Art und Ort der Verbuchung statt. Dies führt zu einem Kompressionseffekt. Die durchschnittlichen Kosten und davon abgeleitet das Kostengewicht der DRGs werden tendenziell für einfache Behandlungsfälle zu hoch und für aufwändige Behandlungsfälle zu niedrig ausgewiesen. Vorliegende Aufwandsunterschiede können also wegen fehlender Kostendifferenzierung nicht erkannt und damit sachgerecht in der Tarifstruktur mit entsprechenden Kostengewichten oder Zusatzentgelten abgebildet werden. Es erfolgt keine sachgerechte Vergütung, insbesondere von hochaufwändigen Behandlungsfällen. Letztlich resultiert durch die unterschiedliche Verteilung aufwändiger Behandlungsfälle auf die einzelnen Leistungserbringer eine Fehlallokation der Erlöse auf die Spitäler (vgl. Antwortschreiben der SwissDRG AG vom 16. September 2013 zu Fragestellungen des BVGer in hängigen Tarifbeschwerdeverfahren).

Auch führt die unterschiedliche Verbuchung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Art. 49 Abs. 3 KVG) zu einer Verzerrung der Vergleichspreise durch zu hohe oder zu tiefe Kostengewichte.

Generell kann die Qualität der Tarifstruktur nur so gut wie die zu Grunde liegenden Daten sein. Jedoch kann mit jeder neuen SwissDRG Version die Abbildungsgenauigkeit verbessert werden. Gerade bei hochspezialisierten Leistungen geht die SwissDRG AG davon aus, eine weitere Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit über die nächsten drei bis fünf Jahre zu erreichen. Ein substanzieller Sprung ist bereits von Version 2.0 auf 3.0 erreicht worden, unter anderem über die verbesserte Ab-

bildung medizinischer Leistungen in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) 2011 und der Etablierung weiterer Zusatzentgelte (vgl. Antwortschreiben der SwissDRG AG, a.a.O.).

Um die Aussagekraft der Betriebsvergleiche aufgrund der vorgängig beschriebenen Situation zu verstärken, hat das Departement Gesundheit und Soziales vor dem Benchmarking eine Abgrenzung der Leistungserbringer in verschiedene Benchmark-Kategorien vorgenommen. Die in der Tarifstruktur unzureichend abgebildeten Unterschiede der jeweiligen Spitäler hinsichtlich Komplexität der Patientenstruktur und Fallzahlen können damit zumindest zum Teil aufgefangen werden.

Nach der bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu Art. 8 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) gilt die Forderung, dass Gleiches gleich (Gleichheitsgebot) und Ungleiches ungleich (Differenzierungsgebot) behandelt werden soll (vgl. E. 7.2 mit Hinweis auf die Rechtsprechung). Art. 8 Abs. 1 BV verlangt, dass sowohl jede Differenzierung in vergleichbaren Situationen als auch jede Gleichbehandlung in unterschiedlichen Sachverhalten sachlich begründet wird. Die noch ungenügende Tarifstruktur hat zur Konsequenz, dass nach wie vor unterschiedliche Baserates je Benchmarkkategorie zugelassen werden müssen, um dem verfassungsrechtlichen Differenzierungsgebot Genüge zu tun und die Versorgungssicherheit weiterhin gewährleisten zu können.

Die Berechnungen des Benchmark-relevanten Leistungstarifs beziehungsweise der Benchmark-relevanten Baserate für akutsomatische Spitäler beziehen sich auf akutsomatische Leistungen für KVG Grund- und Zusatzversicherte. Aus dem BFS-Datensatz kann der Case Mix-Index ermittelt werden (CMI: durchschnittliche Fallschwere aller Behandlungsfälle des Spitals). Der CMI wird darüber hinaus aus der im ITAR_K vorgenommenen Berechnung übernommen (Case Mix [CM; entspricht der Summe des Schweregrads aller Behandlungsfälle des Spitals] dividiert durch die Fallzahl).

Der Vergleichswert (Benchmark-relevanter Basiswert) errechnet sich über die Benchmark-relevanten Betriebskosten aller Fälle dividiert durch den CM. Es handelt sich deshalb um einen schweregradbereinigten Vergleichswert.

7.5.3 Rehabilitation/Psychiatrie: Tarifstruktur und Berechnung der Benchmarktarife

Für Rehabilitations- und psychiatrische Kliniken ist die Einführung von schweizweiten Tarifstrukturen analog der akutsomatischen Tarifstruktur SwissDRG voraussichtlich ab 2016/17 zu erwarten. Derzeit arbeiten Fachleute der GDK und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich an der Entwicklung dieser Tarifstrukturen für die ganze Schweiz. Einen ersten Schritt hat der Spitalverband H+ durch die Veröffentlichung der Ein- und Ausschlusskriterien für die unterschiedlichen Rehabilitationsarten gemacht. Für die Erarbeitung einer Tarifstruktur in der Rehabilitation ist die nun vorliegende Beschreibung der Leistungen von zentraler Bedeutung. Die Rehabilitation soll über ST Reha (Schweizerisches Tarifsysteem Rehabilitation) und die Psychiatrie über TARPSY (Schweizerisches Tarifsysteem stationäre Psychiatrie) abgebildet werden. Bis dahin besteht die Schwierigkeit, trotz fehlender Tarifstruktur und damit fehlender Berücksichtigung des Schweregrads von Leistungen einen aussagekräftigen Benchmark für sehr unterschiedliche und vielfältige Leistungsangebote umzusetzen.

Nachdem im Bereich Rehabilitation und Psychiatrie noch keine Schweregradbereinigung über eine vorhandene Tarifstruktur möglich ist und weiterhin in allen Kantonen nach Tagespauschalen abgerechnet wird, kann bei der Berechnung der Benchmark-relevanten Tagespauschale beziehungsweise Tagestaxe lediglich ein Kostenvergleich auf Gesamtebene Klinik, bezogen auf die durchschnittliche Tagestaxe über alle KVG-relevanten Leistungsgruppen hinweg, durchgeführt werden. Dazu wird die Summe der Benchmark-relevanten Betriebskosten (KVG) dividiert durch die Summe aller KVG-relevanten Pflage tage und ergibt damit den durchschnittlichen Vergleichswert (Benchmark-relevanten Basiswert) je Klinik.

7.5.4 Benchmarkkategorien

Wie bereits in den Erwägungen 7.5.2 und 7.5.3 erläutert, können über die schweizweite Tarifstruktur SwissDRG, insbesondere bei der Abbildung von (hoch)komplexen Fällen, noch nicht alle Kostenunterschiede ausgeglichen werden. Es ist daher nach wie vor notwendig, vorab die Spitäler in verschiedene Benchmark-Kategorien einzuteilen und über differenzierte Baserates diese Unebenheiten auszugleichen. Um einen möglichst aussagekräftigen Benchmark zu erstellen, sind vorab nicht nur die Kosten auf gleiche Ebene zu bringen, sondern auch die Benchmark-Kategorien zu definieren, wonach die jeweiligen Spitäler und Kliniken sinnvoll miteinander verglichen werden können. Damit wird bereits, wenn auch nur relativ grob, eine Einteilung hinsichtlich Komplexität der Patientenstruktur in Verbindung mit der Anzahl von Fällen vorgenommen.

Die Abgrenzung der verschiedenen Benchmark-Kategorien orientiert sich an der Krankenhaustypologie des BFS. Grundsätzlich wird unterteilt in "Allgemeine Krankenhäuser" und "Spezialkliniken" anhand der Anzahl Leistungsstellen innerhalb eines Spitals und der ausgewiesenen Pflergetage pro Leistungsstelle (BFS-Bezeichnung der Kostenstellen; vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK, Detailkonzept Krankenhausstatistik, Version 1.1, Neuenburg 2010, S. 25 f.). Die Pflergetage eines Betriebs können auf eine oder auf mehrere Leistungsstellen verteilt sein. Eine weitere Unterteilung erfolgt über die Anzahl der Fälle und der Summe der gewichteten FMH-Weiterbildungskategorien (FMH Berufsverband der Ärzte) der jeweiligen Leistungsstellen des Spitals. Diesbezüglich unterteilen sich die "Allgemeinen Krankenhäuser" in Grundversorger (Versorgungsniveau 3-5) und Zentrumsversorger (Versorgungsniveau 1-2). Versorgungsniveau 1 ist ausschliesslich Universitätsspitalern vorbehalten. Die "Spezialkliniken" unterteilen sich in Psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und Andere Spezialkliniken (BUNDESAMT FÜR STATISTIK, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens "Krankenhaustypologie", Version 5.2, Neuenburg November 2006, Abbildung 2-1: Typologie der Krankenhäuser, S. 4).

Es wurden folgende Benchmark-Kategorien gebildet:

Akutsomatische Spitäler

- Universitätsspitäler
- Zentrumsversorger
- Grundversorger
- Kinderspitäler

Rehabilitation

- Universitätskliniken
- Grundversorger
- Paraplegie

Psychiatrie

- Zentrumsversorger
- Grundversorger
- Kinderkliniken

Einige wenige der sich bewerbenden Spitäler beziehungsweise Kliniken mussten aus dem Benchmark gänzlich ausgenommen werden, da sie nicht vergleichbar waren (vgl. dazu im Einzelnen E. 9.3.5):

- Schweizerisches Epilepsie Zentrum – einzige Spezialklinik ausschliesslich für Epilepsiebehandlungen schweizweit
- Geburtshaus Storchenäsch – reines Geburtshaus und einzige innerkantonale Institution dieser Art
- Klinik Barmelweid, Bereich Akutsomatik Schlafmedizin – schweizweit einziger Leistungserbringer in dieser Organisationsform.

Innerhalb der Benchmark-Kategorien werden nun die jeweiligen Leistungserbringer einander gegenüber gestellt. Der Vergleichspreis, der letztlich den Benchmark bildet, wurde beim 40. Perzentil der jeweiligen Benchmark-Kategorie ermittelt. Das 40. Perzentil bezeichnet jene Zahl, die so in einer geordneten Datenreihe liegt, dass 40 % aller Daten kleiner sind als sie (KLAUS HURRELMANN/KLAUS KRICKEBERG/OLIVER RAZUM [HRSG.]: Handbuch Gesundheitswissenschaften – Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften, 5. Auflage, Weinheim/Basel 2012, S. 244). Weder im KVG, seinen Ausführungsverordnungen noch im kantonalen Recht ist die Ermittlungsmethode definiert. Die Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 5. Juli 2012 legen nach Gewichtung der verschiedenen Faktoren die Bandbreite eines Benchmarks zwischen dem 40. und dem 50. Perzentil des in den Vergleich einbezogenen Tarifbands fest. Die Schwierigkeit liegt darin, einen Kompromiss zu finden zwischen der Gewährleistung der Versorgungssicherheit und der Schaffung von Anreizen für die Spitäler wirtschaftlich und wettbewerbsorientiert zu handeln. Der Regierungsrat hat sich für das 40. Perzentil entschieden, da ein tieferer Ansatz den Kostendruck auf die Spitäler immens erhöhen würde und damit insbesondere auch den in Art. 49 Abs. 1 KVG verankerten Grundsatz gefährdet, wonach "die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung *in der notwendigen Qualität* effizient und günstig" erbracht werden muss. Ein höherer Ansatz erscheint in Beachtung von Art. 59c Abs. 1 lit. b KVV, wonach der "höchstens die für eine *effiziente Leistungserbringung* erforderlichen Kosten decken" darf, nicht angemessen (Hervorhebungen im zitierten Gesetzestext kursiv).

Wie bereits erläutert, wird im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen die Wirtschaftlichkeit erstmalig beurteilt. Die detaillierte Beurteilung erfolgt im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsverfahren durch den Regierungsrat (E. 7.3). Die Unterschiede in der Kostenabgrenzung und die noch unzureichende Abbildung des Schweregrads über die Tarifstruktur SwissDRG beim Benchmark der akutsomatischen Spitäler sind dennoch zu berücksichtigen. Über die Einteilung in verschiedene Benchmark-Kategorien wird dies zum Teil ausgeglichen. Die Abweichung vom Benchmark je Kategorie, gebildet beim 40. Perzentil, soll ebenfalls relativ grosszügig beurteilt werden, um einen zusätzlichen Ausgleich zu schaffen, ähnlich des Massstabs für wirtschaftlich arbeitende Spitäler des Kantons Zürich für die Spitalliste 2012 (Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats des Kantons Zürich, Sitzung vom 21. September 2011, RRB Nr. 2011-001134, Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik und Rehabilitation, S. 10). Es wird daher eine Abweichungstoleranz von maximal 10 % höheren Vergleichspreisen (Baserate) über dem Benchmark der jeweiligen Benchmark-Kategorie akzeptiert, damit ein Spital als noch wirtschaftlich eingestuft werden kann. Ein Spital, welches mit seinem Vergleichswert danach immer noch die Abweichungstoleranz überschreitet, muss als ineffizient eingestuft werden, wenn keine plausible Begründung für die Abweichung nachgewiesen werden kann (E. 7.3).

Für die Ermittlung von Vergleichswerten bei Rehabilitationskliniken und Psychiatrischen Kliniken wurde, nach Abzug aller Korrekturen und unabhängig von einer Leistungskategorie, eine durchschnittliche Tagesstaxe über sämtliche KVG-Leistungen der gesamten Klinik ermittelt. Vergleichswerte für einen Benchmark, gegliedert nach Leistungsgruppen, lagen zwar vor, jedoch waren die Leistungsgruppen so unterschiedlich, dass je Benchmark-Kategorie oftmals nur ein bis zwei Leistungserbringer verblieben. Dies hätte insgesamt keinen aussagekräftigen Benchmark ergeben. Mit dem Vergleich der durchschnittlichen Tagesstaxen je Klinik wurde ein absoluter Kostenvergleich vorge-

nommen, was gemäss den "Empfehlungen zur Spitalplanung" der GDK möglich ist. Die besondere Problematik der vorhandenen Unterschiede in der Kostenabgrenzung und der noch komplett fehlenden Tarifstruktur in diesem Bereich wurden berücksichtigt, indem die Kliniken, analog dem akutsomatischen Bereich, bereits grob über die Einteilung in Benchmark-Kategorien, hinsichtlich Komplexität der Patientenstruktur in Verbindung mit der Anzahl von Fällen, voneinander abgegrenzt wurden. Um vor allem dem Umstand des komplett fehlenden Kostengewichts gerecht zu werden, wurde eine Abweichungstoleranz von maximal 30 % höheren Vergleichspreisen (Tagestaxe) über dem Benchmark akzeptiert. Kliniken, welche mit dem Vergleichswert danach noch die Abweichungstoleranz überschreiten, werden als unwirtschaftlich eingestuft, wenn keine plausible Begründung für die Abweichung nachgewiesen werden kann (E. 7.3).

8. Beurteilung der Qualität

8.1 Mindestfallzahlen

Mindestfallzahlen dienen der Qualitätssicherung und zugleich der Konzentration des Angebots und damit der Wirtschaftlichkeit und beruhen in der Regel auf Erfahrungen, normativen Werten oder wissenschaftlichen Überlegungen. Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV erlaubt dem Kanton als Basis für die Zuteilung bestimmter Leistungen der Akutsomatik und der Rehabilitation Mindestfallzahlen festzulegen. In der Akutsomatik werden die Mindestfallzahlen bei einem Teil der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und nach Massgabe der Bewerbungsunterlagen bei der jeweiligen Leistungsgruppe bezeichnet (vgl. die detaillierten Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe in Anhang 4 dieses Beschlusses). Sämtliche Mindestfallzahlen gelten pro Bewerber. Gründe dafür sind die Vereinheitlichung in der Umsetzung zwischen den Kantonen (so beziehen sich zum Beispiel die in den SPLG definierten Mindestfallzahlen auf den jeweiligen Standort einer Institution), die Berücksichtigung von Team-Effekten bei der Behandlung (der Behandlungserfolg ist nicht nur abhängig von der Qualifikation und der Erfahrung des Arztes, sondern auch von allen am Behandlungsprozess beteiligten Fachpersonen) und die Verbesserung der Auswertungsmöglichkeiten der statistischen Daten (eine Auswertung pro behandelndem Arzt ist im BFS-Datensatz nicht möglich). Im Bereich Rehabilitation kommen in der Nordwestschweiz und nach Massgabe der Bewerbungsunterlagen die Mindestfallzahlen der Qualitätskriterien der Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz (SW!SSReha) zur Anwendung (vgl. die Anforderungen pro rehabilitativer Leistungsgruppe in Anhang 9). In der Psychiatrie wurden noch keine Mindestfallzahlen definiert – in diesem Bereich sind auch in der wissenschaftlichen Literatur kaum entsprechende Untersuchungen zu finden.

Verschiedene Studien belegen grundsätzlich einen positiven Zusammenhang zwischen einer hohen Fallzahl und einer hohen Behandlungsqualität. Bei vielen Behandlungen lässt sich jedoch kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Da die Höhe der Mindestfallzahlen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt und auch in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt wird, wurden in den SPLG vorerst tendenziell niedrige Mindestfallzahlen festgelegt. Die SPLG-Systematik wurde von der Gesundheitsdirektion Zürich in Zusammenarbeit mit über 100 Fachärzten entwickelt und ist dementsprechend breit abgestützt. Bei rund 30 SPLG ist eine Mindestfallzahl von zehn Fällen pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Die niedrigen Mindestfallzahlen stellen für diese SPLG eine minimale Schwelle dar, die in erster Linie verhindern soll, dass Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden. Für maligne Neoplasien der Lunge (THO1.1) gilt eine Mindestfallzahl von 30, in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4) eine Mindestfallzahl von 50 und in der Koronarchirurgie (HER1.1.1) eine Mindestfallzahl von 100, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland existieren. Auch diese Mindestfallzahlen sind vorerst im internationalen Vergleich eher niedrig gewählt.

Für die Beurteilung der Mindestfallzahlen wurden die neuesten verfügbaren Daten, nämlich der Datensatz 2012 der Medizinstatistik des BFS, verwendet. Dieser lag jedoch nur für die innerkantonalen Spitäler vor (vgl. E. 6.3). Bei den in Frage kommenden ausserkantonalen Bewerbern handelt es sich ohne Ausnahme entweder um Universitätsspitäler oder um in ihrem Fachgebiet hochspezialisierte Zentren, welche die in der jeweiligen Leistungsgruppe verlangten Mindestfallzahlen erreichten. Die Überprüfung der Mindestfallzahlen erfolgt jeweils durch den Standortkanton – alle Standortkantone der auf den Spitallisten 2015 des Kantons Aargau aufgeführten akutsomatischen ausserkantonalen Spitäler wenden ebenfalls die SPLG-Systematik an.

Auch aus diesem Aspekt wurde bei der Erteilung der Leistungsaufträge an ausserkantonale Spitäler darauf geachtet, keine Leistungsaufträge zu erteilen, die nicht bereits vom Standortkanton erteilt wurden. Dadurch kann – neben der Prüfung der Anforderungserfüllung im Rahmen des Bewerbungsverfahrens durch den Kanton Aargau – davon ausgegangen werden, dass die Erfüllung der Anforderung auch vom Standortkanton überprüft wurde.

8.2 Prüfung von Qualitätsindikatoren

Neben der Überprüfung der Mindestfallzahlen dienten auch die in den Bewerbungsunterlagen definierten Qualitätsanforderungen bezüglich Personal, dessen Qualifikation und zeitlicher Verfügbarkeit sowie Infrastrukturanforderungen der Beurteilung von Qualität. Die Einhaltung dieser Anforderungen wurde bei allen Bewerbern anhand ihrer Angaben in den Bewerbungsunterlagen (Eigendeklaration) überprüft. Bei Unklarheiten wurde mit dem jeweiligen Bewerber entweder schriftlich oder im Gespräch geklärt, ob beziehungsweise in welchem Ausmass die Anforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt sind. Bewerber, die die Anforderungen noch nicht erfüllten, konnten erläutern, welche Massnahmen sie ergreifen, so dass die Anforderungen bis zum 1. Januar 2015 erfüllt sein werden. Teilweise werden Leistungsaufträge mit einer entsprechenden aufschiebenden Bedingung erteilt (vgl. Anhänge 2 und 7), insbesondere wenn es darum geht, einen für den Leistungsauftrag notwendigen Facharzt anzustellen.

Im Bereich Akutsomatik wurden zusätzlich die vom BAG jährlich veröffentlichten Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (insbesondere die darin veröffentlichten Mortalitätszahlen) berücksichtigt. Diese Publikation beinhaltet alle Schweizer Akutspitäler; die Spitäler erhalten die Möglichkeit, ihre Zahlen zu kommentieren. Für die Spitallisten 2015 wurden die Daten des Jahres 2011 verwendet. Keiner der Bewerber gab dabei Anlass zur Sorge.

Des Weiteren wurde überprüft, ob die Bewerber alle dem nationalen Qualitätsvertrag des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ beigetreten sind. Der nationale Qualitätsvertrag regelt insbesondere die Umsetzung der Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ und stellt somit sicher, dass sich die Spitäler und Kliniken an den nationalen Qualitätsmessungen beteiligen und durch die dadurch ermittelten Ergebnisse konkrete Rückmeldungen zu denjenigen Bereichen erhalten, bei denen sie ein Verbesserungspotential haben. Dadurch wird gewährleistet, dass das Qualitätsbewusstsein permanent hoch bleibt. Sämtliche Bewerber sind dem nationalen Qualitätsvertrag beigetreten und garantieren so eine regelmässige und schweizweit vergleichbare Überprüfung ihrer Qualitätsaspekte.

Zusätzlich wurden die Qualitätsberichte nach der Vorlage von H+, des nationalen Verbands der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, analysiert. Auch hier zeigte sich eine durchgehend gute Qualität der Bewerber, insbesondere auch die steten Bemühungen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Qualität der Leistungserbringung der Bewerber gemäss den geprüften Dokumenten gut ist.

9. Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau

9.1 Leistungsgruppen

Im Bereich Akutsomatik wurden die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und deren Anforderungen verwendet. Die SPLG teilen die in einem akutsomatischen Spital durchgeführten Behandlungen aufgrund der Diagnosen gemäss internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten (aktuell ICD-10) und der durchgeführten Behandlungen gemäss dem schweizerischen Operationskatalog CHOP in nach medizinischer Komplexität einheitlichen Gruppen zu. Die SPLG werden von der GDK zur Anwendung empfohlen (Empfehlung des GDK-Vorstands vom 27. Januar 2011) und von den meisten Deutschschweizer Kantonen eingesetzt. Es gilt jeweils die aktuellste Version der SPLG-Definitionen, wie sie von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich publiziert wurde (vgl. www.gd.zh.ch/leistungsgruppen). Die Anforderungen in den SPLG dienen insbesondere der Sicherstellung der Bereitschaft und Fähigkeit eines Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Leistungsauftrags (Leistungsgruppe) und der Qualitätssicherung (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, Art. 58b Abs. 4 lit. c KVV).

9.2 Bedarfsprognose

Gemäss § 4 Abs. 2 lit. b SpiliV müssen die Bewerbungsunterlagen den auf der Grundlage der Versorgungsplanung ermittelten Bedarf an Spitalleistungen, eingeteilt in Leistungsgruppen, enthalten. Die für die Spitallisten 2015 verwendete Bedarfsprognose beruht auf der im Bericht "Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht Kanton Aargau" beschriebenen Methodik.

Grundlage der Bedarfsprognose ist der Datensatz der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS für das Datenjahr 2011. Dieser wurde anhand des Prognosemodells im Bericht "Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht Kanton Aargau" für den Prognosehorizont 2011–2015 umgerechnet.

Die Zunahme der Fallzahlen erklärt sich einerseits durch die absolute Bevölkerungszunahme im Kanton Aargau (durch Zuwanderung), aber insbesondere auch die Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung (demographische Alterung). Unterschiede in den einzelnen Leistungsbereichen sind auf unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich Epidemiologie sowie medizinischer und medizintechnischer Entwicklung zurückzuführen.

Tabelle 4: Fallzahlen der Aargauer Bevölkerung im Jahr 2011

Leistungsbereich gemäss Versorgungsbericht 2012	Fälle 2011 innerkantonal	Fälle 2011 ausserkantonal	Summe der Fälle 2011	Prognostiziert Veränderung der Fallzahlen bis 2015	Prognose 2015
Nervensystem und Sinnesorgane					
Dermatologie	2'282	494	2'776	6,7 %	2'962
Hals Nasen Ohren	3'121	561	3'682	3,7 %	3'818
Neurochirurgie	530	170	700	7,0 %	749
Neurologie	3'901	736	4'637	7,0 %	4'962
Ophthalmologie	371	283	654	1,4 %	663

Leistungsbereich gemäss Versor- gungsbericht 2012	Fälle 2011 innerkantonal	Fälle 2011 ausserkanto- nal	Summe der Fälle 2011	Prognostiziert Veränderung der Fallzahlen bis 2015	Prognose 2015
---	-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---	------------------

Innere Organe

Endokrinologie	815	141	956	7,3 %	1'026
Gastroenterologie	4'840	503	5'343	7,2 %	5'728
Viszeralchirurgie	5'878	769	6'647	5,8 %	7'033
Hämatologie	946	128	1'074	8,1 %	1'161
Herz- & Gefässchirurgie	3'236	1'100	4'336	14,5 %	4'965
Kardiologie & Angiologie	4'269	478	4'747	7,3 %	5'094
Infektiologie	1'454	183	1'637	7,3 %	1'757
Nephrologie	888	91	979	9,3 %	1'070
Urologie	3'477	539	4'016	5,8 %	4'249
Pneumologie	3'470	366	3'836	8,8 %	4'174
Thoraxchirurgie	366	143	509	8,1 %	550

Bewegungsapparat

Orthopädie	12'192	3'335	15'527	4,8 %	16'272
Rheumatologie	2'163	300	2'463	8,2 %	2'665

Gynäkologie und Geburtshilfe

Geburtshilfe	6'465	887	7'352	2,5 %	7'536
Gynäkologie	3'250	549	3'799	1,6 %	3'860
Neugeborene	5'661	810	6'471	0,7 %	6'516

Leistungsbereich gemäss Versorgungsbericht 2012	Fälle 2011 innerkantonal	Fälle 2011 ausserkantonal	Summe der Fälle 2011	Prognostiziert Veränderung der Fallzahlen bis 2015	Prognose 2015
Übrige					
(Radio-) Onkologie	821	158	979	-1,7 %	962
Psychiatrie & Toxikologie	749	181	930	7,1 %	996
Schwere Verletzungen	373	106	479	5,2 %	504
Transplantationen	29	51	80	4,3 %	83
Sonstige Behandlungen	1'952	380	2'332	6,7 %	2'488
Verlegungen und Todesfälle	1'861	338	2'199	7,0 %	2'353
Total	75'360	13'780	89'140	5,7 %	94'196

9.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung

9.3.1 Benchmarking Universitätsspitäler

Beim Benchmark der Universitätsspitäler handelt es sich um Spitäler mit dem Typ K111 "Grundversorgung Versorgungsniveau 1" nach der Krankenhaustypologie BFS (vgl. E. 7.5.4).

Tabelle 5

Benchmark Akutsomatik Unispitäler	Benchmark-relevanter Basiswert in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Universitätsklinik Balgrist	8'735	-13,2 %
Universitätsspital Basel	10'067	0 %
Inselspital Bern	10'727	6,6 %
UniversitätsSpital Zürich	10'766	6,9 %

Das Inselspital Bern und das UniversitätsSpital Zürich liegen über dem Benchmark innerhalb der Abweichungstoleranz von 10 %. Der kalkulatorische Tarif der Universitätsklinik Balgrist liegt mit 13,2 % weit unterhalb des Benchmark-Tarifs. Der wesentlich tiefere Tarif im Vergleich zu den anderen Universitätsspitalern erklärt sich durch die wesentlich niedrigere Anzahl der Behandlungsfälle und das eng begrenzte Leistungsspektrum. Der CMI liegt auf ungefähr gleicher Höhe wie jener der anderen Universitätsspitäler. Dementsprechend ist die Zuordnung der Universitätsklinik Balgrist zur Kategorie der Universitätsspitäler als richtig einzustufen.

9.3.2 Benchmarking Zentrumsversorger

Beim Benchmark der Zentrumversorger handelt es sich um Spitäler mit dem Typ K112 "Grundversorgung Versorgungsniveau 2" und Typ K121 "Grundversorgung Versorgungsniveau 3". Es bewegen sich alle Spitäler innerhalb der festgelegten Abweichungstoleranz in Höhe von plus 10 % vom Benchmark und liegen damit alle innerhalb des Toleranzbereichs der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Tabelle 6

Benchmark Akutsomatik Zentrumversorger	Benchmark-relevanter Basiswert in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Hirslanden Klinik	8'691	-6,9 %
KSB Kantonsspital Baden	9'331	0 %
KSA Kantonsspital Aarau	9'614	3,0 %

9.3.3 Benchmarking Grundversorger

Beim Benchmark der Grundversorger handelt es sich hauptsächlich um Spitäler mit dem Typ K122 und K123 auf Grundversorgungsniveau (Versorgungstyp 4 oder 5 der Krankenhaustypologie des BFS). Die Klinik Villa im Park, Rothrist, weicht davon zwar mit Typ K232 "Andere Spezialklinik" ab, ist jedoch aufgrund der einfachen Patientenstruktur ebenfalls als Grundversorger einzustufen.

Alle Bewerber bewegen sich innerhalb der festgelegten Abweichungstoleranz für akutsomatische Spitäler in Höhe von plus 10 % vom Benchmark beim 40. Perzentil. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde damit für alle positiv abgeschlossen.

Tabelle 7

Benchmark Akutsomatik Grundversorger	Benchmark-relevanter Basiswert in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
ASANA Gruppe	8'287	-6,2 %
Villa im Park, Rothrist	8'405	-4,9 %
Kreisspital Freiamt Muri	8'836	0 %
Schulthess Klinik Zürich	9'012	2,0 %
GZF Gesundheitszentrum Fricktal	9'062	2,6 %
Spital Zofingen	9'580	8,4 %

Im Rahmen des Benchmark-Verfahrens für die Grundversorger wurde die Klinik Barmelweid nicht berücksichtigt:

Tabelle 8

Nicht im Benchmark	Benchmark-relevanter Basiswert in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Klinik Barmelweid – Pneumologie	7'935	-10,2 %

Die Klinik Barmelweid wurde anfangs mit dem Teilbereich Pneumologie in der Akutversorgung unter Grundversorger eingestuft. Die Fallzahl im relevanten Datenjahr beträgt jedoch nur knapp 1,6 % der durchschnittlichen Fallzahl der übrigen Grundversorger. Dies verzerrt unverhältnismässig den Benchmark für alle anderen, die ein weitaus grösseres Spektrum in der Grundversorgung abdecken müssen. Aus diesem Grund wurde die Klinik Barmelweid aus dem Benchmark-Verfahren im Bereich Grundversorgung ausgeschlossen.

9.3.4 Benchmarking Kinderspitäler

Beim Benchmark der Kinderspitäler handelt es sich um Spitäler mit dem Typ K233 "Andere Spezialkliniken Pädiatrie".

Tabelle 9

Benchmark Akutsomatik Kinderspitäler	Benchmark-relevanter Basiswert in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	9'534	0 %
Kinderspital Zürich	11'216	17,6 %

Im Benchmark der Kinderspitäler konnten lediglich zwei Leistungserbringer miteinander verglichen werden. Eine isolierte Betrachtung nur über den Benchmark-relevanten Basiswert ist in diesem Fall nicht möglich. Nach den GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung können auch absolute Kennzahlen für einen Vergleich herangezogen werden (E. 7.5.4). Das Kinderspital Zürich erscheint auf den ersten Blick zwar teurer als das UKBB, jedoch weist es mit der gleichen Anzahl Fälle und einem höheren Schweregrad der Patienten fast doppelt so viel Volumen an Pfl egetagen, Betten und Vollzeit-äquivalenten (VZÄ) aus.

Aufgrund der Auswertung der genannten Kennzahlen wird das Kinderspital Zürich als wirtschaftlich eingestuft. Ein Benchmark mit nur zwei Leistungserbringern ist nicht aussagekräftig, weshalb in diesem Bereich eine Beurteilung über den Vergleich von absoluten Kennzahlen vorgenommen werden muss. Von einem reinen Tarifvergleich mit anderen ausserkantonalen Kinderspitälern wird abgesehen. Wie bereits in E. 7.2 erläutert, könnte nicht gewährleistet werden, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird und beinhaltet das Risiko, dass falsche Schlüsse gezogen werden. Ein aussagekräftiger Vergleich besteht nur dann, wenn Kosten einander gegenüber gestellt werden, die auf vergleichbare Leistungen entfallen (Urteil BVGer vom 16. Juli 2013, C-5647/2011, E. 5.3.2, S. 14 f.).

9.3.5 Bewertung Leistungserbringer ohne Benchmark

Neben den Spitälern und Kliniken, die innerhalb der einzelnen Benchmark-Kategorien aufgeführt sind, gibt es auch solche, die in keiner Gruppe erfasst werden können. Die Gründe dafür und das weitere Vorgehen werden untenstehend erläutert.

Tabelle 10

Spital/Klinik	Benchmark-relevanter Tarif in Franken exklusive ANK
Schweizerisches Epilepsie Zentrum	9'865

Das Schweizerische Epilepsie Zentrum ist als Spezialklinik (K235 "Diverse Spezialklinik") mit einem auf Epilepsie abgestellten und damit sehr spezialisierten sowie schweizweit einzigartigem Leistungsangebot mit keiner anderen Klinik vergleichbar. Deshalb wurde es vom Benchmarking ausgenommen.

Tabelle 11

Spital/Klinik	Benchmark-relevanter Tarif in Franken exklusive ANK
Geburtshus Storchenascht	11'208

Das Geburtshus Storchenascht erbringt als reines Geburtshaus keine mit anderen akutsomatischen Spitälern vergleichbare Leistung, sondern wird gemäss DRG-Fallpauschalenkatalog auf einige wenige Fallpauschalen in der Geburtshilfe und der Versorgung gesunder Neugeborenen beschränkt. Aufgrund dieses sehr eng begrenzten Leistungsspektrums ist es nicht mit einem Grundversorger der Akutsomatik, die ja ein breites Leistungsspektrum in verschiedenen medizinischen Disziplinen anbie-

ten, vergleichbar. Es wurde daher vom Benchmark der Grundversorger ausgeschlossen. Wie im Entscheid des Regierungsrats vom 19. Juni 2013 (RRB Nr. 2013-000693) zur Festsetzung des Tarifs 2012 zwischen dem Geburtshus Storchenäsch und der tarifsuisse ag festgehalten, beträgt die Base-rate in 2012 Fr. 9'830.- (inklusive ANK). Die Geburtshäuser können erst seit der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung als stationäre Leistungserbringer zugelassen werden (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG), weshalb sie erst mit dem Datenjahr 2012 in der Lage sind Leistungs- und Kostenrechnungen nach den gesetzlichen Vorgaben für stationäre Leistungserbringer zu erfüllen. Die vom Fallpauschalensystem SwissDRG entwickelten Kostengewichte für Geburtshäuser wurden daher relativ kurzfristig eingeführt und liegen nachweislich tiefer als die Kostengewichte der entsprechenden Fallpauschalen für Akutspitäler. Im ITAR_K für die Spitalisten 2015 mit dem Datenjahr 2012 des Geburtshus Storchenäsch ist die schlechte Abbildungsqualität der Leistungen für Geburtshäuser in SwissDRG ersichtlich. Der Benchmark-relevante Tarif in Höhe von Fr. 11'208.- exklusive ANK erscheint zwar hoch, jedoch steht dem ein sehr niedriges Fallvolumen und ein sehr tiefer CMI (durchschnittliches Kostengewicht aller Fälle) gegenüber. Im Entscheid des Regierungsrats für die Tarifsetzung 2012 wird von einem CMI in Höhe von 0.335 für das Abrechnungsjahr 2012 ausgegangen. Der Unterschied der Kostengewichte zeigt sich rein theoretisch bereits hier. Sowohl der Fallpauschalenkatalog der SwissDRG Version 1.0 (Tarifjahr 2012) als auch der Version 2.0 (Tarifjahr 2013) weisen bei denjenigen Fallpauschalen, die sowohl von Spitälern und Kliniken als auch von Geburtshäusern abgerechnet werden können, unterschiedliche Kostengewichte aus – wobei die für die Geburtshäuser angewendeten Kostengewichte für die gleiche Fallpauschale jeweils tiefer sind. Zum Beispiel ergibt sich für die Fallpauschale O60D (Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose) für ein Geburtshaus bei einer Baserate von Fr. 9'830.- und einem CMI von 0.444 ein Erlös von Fr. 4'364.50, für ein Akutspital mit gleicher Baserate, jedoch einem CMI von 0.548, ein Erlös von Fr. 5'386.85 (SwissDRG Version 1.0 für das Jahr 2012). Es ist davon auszugehen, dass es noch einige Verbesserungen sowohl in der Abbildung der Kosten und Leistungen durch die Geburtshäuser selbst als auch in der Abbildungsgenauigkeit der entsprechenden DRGs geben wird. Die SwissDRG AG hat diesen Umstand bereits gewürdigt und in der SwissDRG Version 3.0 (Tarifjahr 2014) die Kostengewichte der für Geburtshäuser verwendeten DRGs den Kostengewichten der entsprechenden DRGs für die Spitälern und Kliniken angepasst. Auch der Preisüberwacher anerkennt die Startschwierigkeiten der Geburtshäuser mit ihren beschränkten Ressourcen (Entscheid des Regierungsrats vom 19. Juni 2013, a.a.O.). In Würdigung dieser Umstände bei den Geburtshäusern ist das Geburtshus Storchenäsch auf der Spitalliste 2015 Akutsomatik aufzunehmen.

Tabelle 12

Klinik Barmelweid	Benchmark-relevanter Tarif in Franken exklusive ANK
Schlafmedizin Akut Leistungsgruppen NEU4, NEU4.1, PNE2	12'983
Pneumologie Akut Leistungsgruppen PNE1, BPE	7'935

Die Klinik Barmelweid konzentriert sich im Bereich Akutsomatik auf die Behandlung von pneumologischen Fällen sowie auf Behandlungen im Bereich Schlafmedizin. Die beiden Bereiche weisen bei einer voneinander getrennten Betrachtung eine sehr unterschiedliche kalkulatorische Baserate auf, so dass es nicht gerechtfertigt ist, den Benchmark mit einer Durchschnittsbaserate durchzuführen.

Pneumologie

Die Fallzahlen im Bereich Pneumologie sind sehr gering, zudem bilden diese Fälle nur einen sehr kleinen Teil des Gesamtangebots der Klinik Barmelweid ab. Verglichen mit der Fallzahl eines Grundversorgers mit dem gesamten Leistungsangebot erreicht die Klinik Barmelweid nur knapp 1,6 % des durchschnittlichen Behandlungsvolumens einer Grundversorgerklinik. Die Pneumologie ist ein Teilbereich der inneren Medizin und benötigt entsprechend nicht das Gesamtspektrum an Infrastruktur

wie dies ein regulärer Grundversorger mit einem weitaus grösseren Leistungsspektrum benötigt. Die breiter diversifizierte Infrastruktur des regulären Grundversorgerspiitals schlägt sich in der deutlich höheren kalkulatorischen Baserate nieder. Der vergleichsweise viel günstigere kalkulatorische Tarif der Klinik Barmelweid im Bereich Pneumologie würde den gesamten Benchmark der Grundversorger in der Akutsomatik unverhältnismässig verzerren und wurde deshalb vom Benchmarkverfahren ausgeschlossen.

Schlafmedizin

In der Regel wird die Schlafmedizin ambulant in Schlaflabors oder über Tagespauschalen abgerechnet. Die Klinik Barmelweid hat überdurchschnittlich viele hochkomplexe Fälle und rechnet die Leistungen der Schlafmedizin deswegen stationär ab. Schweizweit besteht kein weiterer Anbieter, der wie die Klinik Barmelweid im akutsomatischen Bereich Schlafmedizin alleinstehend – und nicht im Rahmen eines grösseren Leistungsspektrums – anbietet. Der kalkulatorische Tarif der Klinik Barmelweid im Bereich Schlafmedizin ist – im Gegensatz zur Pneumologie – sehr hoch und übersteigt sogar den Benchmark der Universitätsspitäler bei weitem. Selbst ein Durchschnittstarif über beide Bereiche hinweg würde aufgrund der niedrigen Fallzahl in der Pneumologie keine wesentlich tiefere Baserate ergeben. Die Klinik Barmelweid argumentiert, dass der Grund für den sehr hohen kalkulatorischen Tarif eine sehr komplexe Patientenstruktur sei, die in SwissDRG viel zu niedrig bewertet sei. Sowohl im persönlichen Gespräch mit den Vertretern der Klinik Barmelweid am 16. Oktober 2013 als auch in der schriftlichen Stellungnahme zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde bestätigt, dass tatsächlich nur hochkomplexe Fälle, die nicht ambulant abgewickelt werden können, in der akutsomatischen Schlafmedizin abgerechnet werden. Die stationäre Abrechnung sei auch von den Versicherern explizit gewünscht.

Der Regierungsrat erteilt in Würdigung dieser Umstände die Leistungsaufträge NEU4, NEU4.1 und PNE2 in der Akutsomatik nur bedingt. Die Bedingung lautet: Die Baserate (Akutsomatik in Summe, das heisst Pneumologie und Schlafmedizin) muss innerhalb von zwei Jahren den für die Spitalliste 2015 definierten Wirtschaftlichkeitskriterien entsprechen (Versorgungskategorie Zentrumsspitäler). Dies wird anhand der Daten 2016 überprüft werden (vgl. auch E. 9.4.10).

9.4 Beurteilung der Bewerbungen

Alle Bewerbungen wurden anhand der allgemeinen Anforderungen von § 2 Abs. 2 SpiliV (E. 6.1) sowie den detaillierten Vorgaben in den Bewerbungsunterlagen geprüft (vgl. auch die Anforderungen und Auflagen in den Anhängen dieses Beschlusses). Bei allen in diesem Beschluss erteilten Leistungsaufträgen sind diese Anforderungen erfüllt – mit Ausnahme jener Leistungsaufträge, die aufgrund einer speziellen Begründung mit einer aufschiebenden oder auflösenden Bedingung versehen werden, da etwa ein notwendiger Facharzt noch nicht angestellt ist, die definierten Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe noch nicht erfüllt sind oder die Wirtschaftlichkeitsprüfung noch Anpassungsbedarf des Leistungserbringers bedingt (vgl. § 7 Abs. 4 SpiliV, § 7 Abs. 2 Satz 2 SpiliV und E. 6.2). Die Bewerbungen wurden sodann anhand der Planungskriterien geprüft und eine Auswahl zur Sicherung des Bedarfs an stationären Leistungen auf der Spitalliste getroffen (vgl. Art. 58a ff. KVV und § 7 Abs. 3 SpiliV). Die erteilten Leistungsaufträge sind pro Spital in der Spitalliste Akutsomatik 2015 des Kantons Aargau (Anhang 1) aufgelistet.

Die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der Herzchirurgie mit Geltung ab 1. Januar 2015 erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, da die diesbezügliche Planung noch nicht abgeschlossen ist. Es betrifft die folgenden Leistungsgruppen nach der SPLG-Systematik:

- HER1 Einfache Herzchirurgie
- HER1.1 Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)
- HER1.1.1 Koronarchirurgie (CABG)
- HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie.

Wird einem Antrag auf Erteilung eines Leistungsauftrags für eine Leistungsgruppe (SPLG) entsprochen, kann auf eine gesonderte Begründung verzichtet werden, ausser der Entscheid greift in Rechte Dritter ein (Art. 1 Abs. 3 i.V. m. Art. 35 Abs. 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes [VwVG, SR 172.021] und § 26 Abs. 2 lit. a VRPG). Die Nicht-Erteilung von beantragten Leistungsaufträgen wird jeweils beim betreffenden Bewerber begründet.

9.4.1 Kantonsspital Aarau (KSA)

Der Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen PNE2 Polysomnographie wird nicht erteilt, da die in den SPLG geforderte Zertifizierung als Schlaflabor durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie nicht vorliegt. Das KSA ist der Ansicht, dass sie die für die Zertifizierung erforderlichen 50 Polysomnographien nicht erreichen würden. Die Zertifizierung als Schlaflabor ist erforderlich, da in der Regel nur die komplexeren Fälle stationär behandelt und die meisten Polysomnographien ambulant durchgeführt werden. Die Zertifizierung stellt sicher, dass die erhöhten Qualitätsanforderungen (zum Beispiel Qualifikation der Mitarbeiter, analytisch-technische Möglichkeiten im Schlaflabor, etc.) für die stationäre Behandlung der komplexen Fälle erfüllt sind.

Der Leistungsauftrag für die Leistungsgruppen NUK1 Nuklearmedizin wird dem KSA nicht erteilt, weil die Strahlenschutzbedingungen im stationären Bereich nach der Verordnung über den Umgang mit offenen radioaktiven Strahlenquellen vom 21. November 1997 (VUOS; SR 814.554) nicht erfüllt werden, insbesondere die getrennte Entsorgung der Abwässer aus den Patientenzimmern (Lavabo, Dusche, WC). Das KSA hat zur Einhaltung dieser Verordnung nicht Stellung genommen.

Das KSA erhält für die Leistungsgruppe PNE1.2 Abklärung zu oder Status nach Lungentransplantation einen bedingten Leistungsauftrag. Voraussetzung für diesen Leistungsauftrag ist eigentlich, dass gleichzeitig der Leistungsauftrag TLP Transplantation solider Organe am gleichen Standort angeboten wird. In Rücksprache mit dem UniversitätsSpital Zürich (USZ), an dem die meisten Lungentransplantationen Aargauer Patienten stattfinden, sieht das KSA vor, die Vor- und Nachbereitung der Betroffenen im Aargau anbieten, unter enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten im USZ. Der Leistungsauftrag wird mit der aufschiebenden Bedingung erteilt, dass eine vertraglich abgesicherte Kooperation des KSA mit dem USZ abgeschlossen und vorgelegt werden muss.

9.4.2 Kantonsspital Baden (KSB)

Bei der Leistungsgruppe NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störung mit Stroke Unit ist kein Leistungsauftrag vorgesehen, da die notwendigen Infrastrukturvoraussetzungen (Leistungsgruppe NCH1 Neurochirurgie muss am gleichen Standort angeboten werden) nicht erfüllt sind. Das KSB strebt im ersten Quartal 2014 eine Zertifizierung als Primary Stroke Unit an. Es weist aber darauf hin, dass seiner Ansicht nach auch die Leistungen einer Primary Stroke Unit in die Leistungsgruppe NEU3.1 fallen. Eine Rücksprache mit den für die Weiterentwicklung der SPLG zuständigen Fachpersonen der Gesundheitsdirektion Zürich ergab Folgendes: Die Leistungen einer Primary Stroke Unit sind in der Leistungsgruppe NEU3 inbegriffen. Die Leistungsgruppe NEU3.1 ist für (spezialisiere) Comprehensive Stroke Centers vorgesehen, bei der auch die neurochirurgische Versorgung sicher gestellt sein muss. Die Leistungsgruppe NEU3 wird voraussichtlich ab 1. Januar 2015 nicht mehr mit dem Zusatz (ohne Stroke Unit) versehen – die jetzt missverständliche Benennung der Leistungsgruppe entfällt. Dem KSB wird deshalb der Leistungsauftrag NEU3.1 nicht erteilt, gleichzeitig wird auf der Aargauer Spitalliste 2015 die Benennung von NEU3 korrigiert (der Zusatz "ohne Stroke Unit" wird gestrichen). NEU3.1 wird ergänzt mit dem Zusatz "Comprehensive Stroke Center".

Die Leistungsgruppen NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik und NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung werden dem KSB bedingt erteilt. Werden die in der SPLG-Systematik hinterlegten Mindestfallzahlen innerhalb von zwei Jahren nicht erreicht, läuft der entsprechende Leistungsauftrag per 31. Dezember 2017 aus. Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016.

Die Leistungsgruppe ANG4 Intervention an den intrakraniellen Gefässen wird nicht erteilt, da die erforderliche Verknüpfung mit der Leistungsgruppe GEF4 Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe am gleichen Standort nicht angeboten wird. Diese Verknüpfung ist medizinisch notwendig, damit bei Komplikationen im Rahmen der unter ANG4 definierten Behandlungen, die einen chirurgischen Eingriff notwendig machen, dieser sofort durchgeführt werden kann, um eine schwere irreversible Schädigung oder den Tod der Patientin/des Patienten zu verhindern.

Zudem erhält das KSB die Leistungsgruppen GEB1.1 Geburtshilfe ab 32. Schwangerschaftswoche und ≥ 1250 g sowie NEO1.1 Neonatologie Level IIB (ab 32. SSW und ≥ 1250 g) mit der aufschiebenden Bedingung, einen Facharzt/eine Fachärztin Neonatologie anzustellen. Das KSB stellt die Anforderung nicht in Frage, weist aber darauf hin, dass der Markt an Neonatologen ausgetrocknet ist. Der Facharzt Neonatologie ist eine notwendige Bedingung für die Erteilung des Leistungsauftrags NEO1.1, da für die Behandlung der in dieser Leistungsgruppe fallenden Säuglinge (oftmals mit geringem Geburtsgewicht und/oder schwerwiegenden Geburtsfehlern) entsprechende medizinische Fachkenntnisse notwendig sind. Da der Leistungsauftrag GEB1.1 nur in Kombination mit dem Leistungsauftrag NEO1.1 erteilt werden kann, wirkt sich die aufschiebende Bedingung auf beide Leistungsaufträge aus.

9.4.3 Hirslanden Klinik Aarau (HKA)

Die Leistungsgruppen HNO1.2.1 Erweiterte Nasenchirurgie (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie) und HNO1.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie werden aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) aufgrund der geringen Gesamtfallzahl innerkantonale auf den Anbieter mit den meisten Fallzahlen konzentriert (KSA) und der HKA deswegen nicht erteilt (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010). Die HKA argumentiert, dass sie mit dem craniofacialen Centrum (cfc) über ein interdisziplinäres Angebot verfügen und eine allfällig gewünschte Konzentration auf einen innerkantonalen Anbieter übernehmen könnten. Die HKA legt jedoch nicht im Einzelnen dar, warum die Behandlungsqualität des cfc trotz fehlender stationärer Fallzahlen höher sei als diejenige des KSA. Die HKA kommt somit ihrer Substantiierungspflicht nicht nach. Der Regierungsrat würdigt das interdisziplinäre Angebot der HKA in diesem Bereich, konzentriert die Leistungen jedoch am KSA, da es einerseits die deutlich höheren Fallzahlen ausweist, andererseits auch – im Gegensatz zur HKA – Assistenzärzte ausbildet (vgl. Strategie 22 der GGpl 2010).

Tabelle 13

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt- fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamtfallzahl
HNO1.2.1	11	8 (72,7 %)	23	0	1
HNO1.3.1	5	4 (80 %)	5	0	0

Die HKA bringt vor, dass sie Erfahrung zur stationären Behandlung in den Leistungsgruppen NEU2 Sekundäre bösartige Neubildungen des Nervensystems und NEU2.1 Primäre Neubildungen des Nervensystems hat und diese Leistungsaufträge auch für andere Eingriffe notwendig seien. Die beiden Leistungsaufträge werden aus Qualitätsgründen innerkantonale auf die beiden Anbieter mit den meisten Fallzahlen konzentriert (KSA und KSB) und der HKA mit ihrer bedeutend geringeren Fallzahl nicht erteilt.

Tabelle 14

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	KSB Fallzahl AG	KSB Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
NEU2	97	40 (41,4 %)	50	32 (33,0 %)	33	2 (2,1 %)	5
NEU2.1	73	41 (56,2 %)	56	9 (12,3 %)	9	1 (1,4 %)	2

Die Leistungsgruppen NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik und NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung werden der HKA bedingt erteilt. Die HKA hat dazu nicht Stellung genommen. Werden die in der SPLG-Systematik hinterlegten Mindestfallzahlen innerhalb von zwei Jahren nicht erreicht, läuft der entsprechende Leistungsauftrag per 31. Dezember 2017 aus. Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016.

Im Leistungsbereich Ophthalmologie werden die Leistungsgruppen AUG1.1 Strabologie, AUG1.3 Lid-/ Tränenapparat- und plastische Probleme, AUG1.4 Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inklusive Hornhauttransplantation), AUG1.5 Glaukom sowie AUG1.7 Glaskörper/Netzhautprobleme aufgrund der geringen Gesamtfallzahlen beim KSA konzentriert, das insgesamt im Leistungsbereich Ophthalmologie innerkantonal die grössten Fallzahlen aufweist – es ist deshalb sinnvoll, das Gesamtleistungsspektrum beim KSA zu konzentrieren. Grundsätzlich zeichnet sich der Bereich Ophthalmologie durch einen extrem hohen Anteil an ambulanten Eingriffen aus; stationäre Eingriffe werden nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Die HKA brachte im Gespräch vom 25. Oktober 2013 keine Einwände vor.

Tabelle 15

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
AUG1.1	2	0	0	0	0
AUG1.3	33	8 (24,2 %)	9	4 (12,1 %)	7
AUG1.4	21	1 (4,8 %)	1	0	0
AUG1.5	17	1 (5,9 %)	2	0	0
AUG1.7	120	23 (19,2 %)	23	0	0

Der Leistungsauftrag VIS1.1 Grosse Pankreaschirurgie wird bedingt erteilt, da die HKA im Jahr 2012 (vgl. E. 6.3) die Mindestfallzahl nicht erreichte, aber immerhin 6 Eingriffe durchgeführt hat – entgegen dem Vorbringen der HKA, bereits im Jahr 2012 die geforderte Mindestfallzahl von 10 pro Jahr erreicht zu haben. Werden die in der SPLG-Systematik hinterlegten Mindestfallzahlen innerhalb von zwei Jahren nicht erreicht, läuft der entsprechende Leistungsauftrag per 31. Dezember 2017 aus (auflösende Bedingung). Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016. Rechtskräftige IVHSM-Zuteilungsentscheide bleiben vorbehalten (vgl. Art. 9 Abs. 2 der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008 [IVHSM; SAR 331.010]). Die HKA erhob in dieser Leistungsgruppe (wie in den übrigen der Viszeralchirurgie) eine Beschwerde gegen den Entscheid des Beschlussorgans der Interkantonalen Vereinbarung Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 4. Juli 2013 beim Bundesverwaltungsgericht, da sie bei der Verteilung der Leistungsaufträge IVHSM im Bereich Viszeralchirurgie nicht berücksichtigt wurde – auch hier mit der Begründung, dass die notwendige Fallzahl nicht erreicht wurde (vgl. Bundesblatt [BBl] 2013 6809 ff., 6815). Mit Urteil vom 20. Februar 2014 (C-5898/2013) hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde gut, da das Beschlussorgan IVHSM kein bundesrechtskonformes Zuordnungs- und Zuteilungsverfahren durchführte, und wies die Angelegenheit zu neuem Entscheid an das Beschlussorgan zurück. In diesem Leistungsbereich gilt somit weiterhin die kantonale Spitalplanung. Zumindest bis zum neuen

Entscheid des Beschlussorgans IVHSM soll die HKA die Möglichkeit behalten, diese Leistung unter der genannten auflösenden Bedingung weiter zulasten der OKP zu erbringen.

Tabelle 16

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	KSB Fallzahl AG	KSB Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
VIS1.1	36	12 (33,3 %)	12	8 (22,2 %)	8	8 (22,2 %)	9

Tabelle 17

Fallzahlen 2012 (Gesamtfallzahlen)	KSA	KSB	HKA
VIS1.1 (Mindestfallzahl 10)	14	15	6

HAE1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien wird der HKA nicht erteilt. Die HKA bringt vor, dass diese Leistungen zu ihrem spezialisierten Angebot gehören und sie die Leistungen bereits erbringen. Die Auswertung der Fallzahlen zeigt jedoch, dass es sich dabei um Einzelfälle handelt. HAE1 wird aus Qualitätsgründen auf denjenigen Anbieter konzentriert, der die Behandlung bereits erbringt (KSA) und der über bedeutende höhere Fallzahlen verfügt.

Tabelle 18

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
HAE1	147	100 (68,0 %)	121	4 (2,7 %)	4

Die Leistungsgruppen ANG4 Intervention an den intrakraniellen Gefässen und GEF4 Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe wird nicht erteilt. Die HKA verweist auf eine Kooperationsvereinbarung mit dem KSA, in der eine gegenseitige Vertretung der Fachärzte in den beiden Kliniken vorgesehen ist. Grund für die Nicht-Erteilung ist, dass die HKA die Mindestfallzahl von 10 Fällen bei beiden Leistungsgruppen nicht erreicht (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV und Anhang 4 dieses Beschlusses). Die vom HKA angeführte Kooperationsvereinbarung ist im Zusammenhang mit den Mindestfallzahlen nicht von Belang, weil die Mindestfallzahlen pro Bewerber/Standort und nicht pro Arzt beurteilt werden (vgl. E 8.1). Der Zusammenarbeitsvertrag Gefässchirurgie von KSA und HKA wird durch die Nicht-Erteilung nur marginal berührt; er regelt primär die gegenseitige Stellvertretung bei Ferienabwesenheiten der Kaderärzte sowie an zehn Wochenenden pro Jahr. Grössere gefässchirurgische Eingriffe sollen gemäss Vereinbarung ohnehin primär im KSA stattfinden, es sei denn, der Patient befindet sich bereits in der HKA und kann aus medizinischen Gründen nicht mehr verlegt werden.

Tabelle 19

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
GEF4	27	21 (77,8 %)	41	1 (3,7 %)	2
ANG4	69	59 (85,5 %)	97	0 (0 %)	1

Tabelle 20

Fallzahlen 2012 (Gesamtfallzahlen)	KSA	HKA
GEF4 (Mindestfallzahl 10)	61	1
ANG4 (Mindestfallzahl 10)	95	3

Die Leistungsgruppen der spezialisierten Urologie (URO1.1.4 Isolierte Adrenalektomie, URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang, URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra, URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters und URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial mit geringer Fallzahl werden ebenso aus Qualitätsgründen auf denjenigen Anbieter konzentriert, der die meisten Fallzahlen aufweist und daher auch die grössere Erfahrung bei der Behandlung hat. Die HKA argumentiert, dass sie mit dem Urologie Zentrum über ein interdisziplinäres Angebot verfügt und eine allfällig gewünschte Konzentration auf einen innerkantonalen Anbieter übernehmen könnte. Die HKA legt jedoch nicht im Einzelnen dar, warum die Behandlungsqualität des Urologie Zentrums trotz fehlender stationärer Fallzahlen höher sei als diejenige des KSA. Die HKA kommt somit ihrer Substantiierungspflicht nicht nach. Der Regierungsrat konzentriert die Leistungen am KSA, da es einerseits die deutlich höheren Fallzahlen ausweist, andererseits auch – im Gegensatz zur HKA – Assistenzärzte ausbildet (vgl. Strategie 22 der GGpl 2010).

Tabelle 21

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamtfallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamtfallzahl
URO1.1.4	10	6 (77,8 %)	7	0	0
URO1.1.5	15	7 (46,7 %)	8	0	0
URO1.1.6	28	17 (60,7 %)	17	0	0
URO1.1.7	1	1 (100 %)	1	0	0
URO1.1.8	12	4 (33,3 %)	4	0	0

Der Leistungsauftrag PNE1.2 Abklärung zu oder Status nach Lungentransplantation wird nicht erteilt, weil die Voraussetzung für diesen Leistungsauftrag, den Leistungsauftrag TLP Transplantation solcher Organe am gleichen Standort anzubieten, nicht erfüllt wird und im Gegensatz zum KSA keine etablierte Zusammenarbeit mit einem Spital, das diesen Leistungsauftrag hat, vorhanden ist. Die HKA brachte im Gespräch vom 25. Oktober 2013 keine Einwände vor.

Auch der Leistungsauftrag THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie und Pneumonektomie) wird der HKA nicht erteilt, da die Mindestfallzahl von 30 Behandlungen nicht erreicht wurde (Fallzahl 2012: 4). Die HKA verweist darauf, dass der zuständige Arzt auch an anderen Spitälern tätig sei und die Mindestfallzahl erreichen würde, sie aber auch mit einem bedingten Leistungsauftrag einverstanden wären. Der Grund für die Nicht-Erteilung ist, dass die Mindestfallzahl in den Bewerbungsunterlagen (vgl. auch Anhang 4 dieses Beschlusses) explizit auf den Standort und nicht auf den Arzt bezogen ist (vgl. E 8.1) und sie zudem nicht annähernd erreicht wird.

Die Leistungsgruppe RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie wird aus Qualitätsgründen ebenfalls auf diejenigen Anbieter konzentriert, die über die höchsten Fallzahlen verfügen, nämlich das KSA und das KSB. Der HKA wird deshalb diese Leistungsgruppe nicht erteilt. Die HKA argumentiert, dass es sich primär um ein ambulantes Angebot handle, aber andere Kliniken in der Hirslanden Gruppe diesen Leistungsauftrag in ihren jeweiligen Standortkantonen auch hätten. Die ambulante Leistungser-

bringung ist möglich und bedarf keines Leistungsauftrags (Art. 35 Abs. 2 lit. h KVG und Art. 39 Abs. 1 KVG e contrario).

Tabelle 22

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	KSB Fallzahl AG	KSB Gesamt-fallzahl	HKA Fallzahl AG	HKA Gesamt-fallzahl
RHE2	37	16 (43,2 %)	18	8 (21,6 %)	8	0 (0 %)	0

9.4.4 Gesundheitszentrum Fricktal (GZF)

Dem GZF an den Standorten Rheinfeldern und Laufenburg werden die folgenden Leistungsaufträge nicht erteilt: KIE1 Kieferchirurgie, NEU2 Sekundäre bösartige Neubildungen des Nervensystems, AUG1.3 Lid-/ Tränenapparat- und plastische Probleme, URO1.1.5 Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang, URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters sowie URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial. Diese Leistungsgruppen werden aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) und aufgrund der geringen erwarteten Fallzahl auf einen oder einige wenige Anbieter konzentriert, die in der jeweiligen Leistungsgruppe deutlich höhere Fallzahlen aufweisen und daher mit der Behandlung mehr Erfahrung haben (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010). Das GZF hat in seiner Stellungnahme vom 30. September 2013 dagegen keine Einwände vorgebracht.

9.4.5 Spital Zofingen (SZ)

DER1.1 Dermatologische Onkologie und BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie wird mit der Bedingung erteilt, dass die in der SPLG-Systematik hinterlegte Mindestfallzahl von 10 innerhalb der nächsten zwei Jahre erreicht wird (Fallzahl 2012: DER1.1 8, BEW8.1 7). Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016. Das SZ hat in seiner Stellungnahme dagegen keine Einwände vorgebracht.

Der Leistungsauftrag HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie wird aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) auf diejenigen Spitäler konzentriert werden, die eine deutlich höhere Fallzahl aufweisen und die daher mit der Behandlung mehr Erfahrung haben (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010). Das SZ hält dagegen, dass kleine Eingriffe problemlos an einem peripheren Standort erbracht werden können und sie einen hohen Standardisierungsgrad aufweisen würden. Die Auswertung der Fallzahlen zeigt jedoch, dass es sich dabei um Einzelfälle handelt. Die Leistungsgruppe HNO2 wird auf die Spitäler KSA, KSB, HKA und GZF konzentriert.

Tabelle 23

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	SZ Fallzahl AG
HNO2	307	98 (31,9 %)	92 (30,0 %)	39 (12,7 %)	22 (7,2 %)	6 (1,9 %)

Der Leistungsauftrag URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel "Operative Urologie" wird dem SZ erteilt, obwohl es (noch) keine Fallzahlen aufweist. Zur Entlastung des Zentrumsspitals sollen die Eingriffe dieser Leistungsgruppe zunehmend vom KSA ins SZ verlagert werden. Da die Operationen ausschliesslich durch das Urologie-Team des KSA ausgeführt werden, können hier Synergien genutzt (gemeinsame Ausbildungen des medizinisch-technischen und pflegerischen Personal, regelmässige Fallbesprechungen, etc.) und gleichzeitig durch die Verlagerung der einfacheren Fälle ins preiswertere SZ Kosten gespart werden. Durch die bewährte Kooperation zwischen KSA und SZ ist die gute Qualität der medizinischen Leistung sichergestellt und auch die nicht-ärztlichen Teams werden in beiden Spitälern durch dieselben Fachpersonen nach denselben Richtlinien aus- und weiter gebildet. Auch aus versorgungsplanerischer Sicht ist die Auslagerung der einfacheren urologischen

Eingriffe vom KSA ins SZ sinnvoll, um die knapp bemessenen Operationskapazitäten des KSA zu entlasten. Schliesslich werden durch die Zusammenarbeit von KSA und SZ auch Synergieeffekte erzielt (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV).

Tabelle 24

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	Spital Zofingen Fallzahl AG	KSF Fallzahl AG
URO1.1	295	63 (21,4 %)	103 (34,9 %)	24 (8,1 %)	23 (7,8 %)	0	12 (4,1 %)

9.4.6 Kreisspital für das Freiamt Muri (KSF)

Dem KSF werden die folgenden Leistungsaufträge im Bereich der spezialisierten Urologie nicht erteilt: URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel "Operative Urologie", URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters. Das KSF argumentiert in seiner Stellungnahme, dass mit diesem Leistungsangebot regionalen Urologen eine Möglichkeit gegeben werden soll, am KSF auch spezialisierte Operationen anzubieten.

Die Leistungsgruppe URO1.1 wird aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) bei denjenigen Leistungserbringern konzentriert, die über vergleichsweise hohe Fallzahlen verfügen (KSA, KSB, HKA, GZF) beziehungsweise im Fall des Spitals Zofingen als Entlastung der Kapazitäten im Zentrumsspital dienen (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010 beziehungsweise Erläuterung zu URO1.1 in E.9.4.5) URO1.1 wird dem KSF deshalb nicht erteilt.

Tabelle 25

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	Spital Zofingen Fallzahl AG	KSF Fallzahl AG
URO1.1	295	63 (21,4 %)	103 (34,9 %)	24 (8,1 %)	23 (7,8 %)	0	12 (4,1 %)

Die Leistungsgruppen URO1.1.6 Plastische Rekonstruktion der Urethra und URO1.1.7 Implantation werden aus Qualitätsgründen aufgrund der geringen Gesamtfallzahl innerkantonale auf den Anbieter mit den meisten Fallzahlen konzentriert (KSA) und dem KSF deswegen nicht erteilt. Die KSF argumentiert damit, dass bei einer Nicht-Erteilung der spezialisierten URO-Leistungsgruppen die Gefahr bestehe, dass zumindest ein Teil dieser Fälle vom Kanton Aargau in den Kanton Zürich abwandern könnten. Am KSA bestehen genügend Kapazitäten für die innerkantonale Behandlung, und gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG besteht ohnehin Spitalwahlfreiheit.

Tabelle 26

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamtfallzahl	KSF Fallzahl AG	KSF Gesamtfallzahl
URO1.1.6	28	17 (60,7 %)	17	0	0
URO1.1.7	1	1 (100 %)	1	0	0

9.4.7 Asana Spital Leuggern (ASL)

Die folgenden Leistungsgruppen werden nicht erteilt:

URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel "Operative Urologie": Diese Leistungsgruppe wird aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und

25 der GGpl 2010), die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl und dementsprechend mehr Erfahrung aufweisen. Das ASL verweist bei allen urologischen Leistungsgruppen darauf, dass diese Operationen aufgrund der vorhandenen Infrastruktur mit guter Qualität und hoher Sicherheit im ASL möglich seien und Risikopatienten in Zentren zugewiesen würden. Ohne die Erweiterung des Leistungsauftrags sei das Spital für Urologen nicht attraktiv und diese würden das Spital verlassen – die Tatsache, dass die Fallzahlen auch bisher äusserst gering waren, spricht gegen diese Argumentation. Zudem seien sie auch wirtschaftlicher als die Zentrumsspitäler, da sie ohne Roboter arbeiteten und daher keine Materialkosten hätten. Wirtschaftlichkeit ist nicht das einzige Entscheidungskriterium. Ebenso wichtig sind Qualitätsaspekte (Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV). Der Leistungsauftrag URO1.1 wird dem ASL aus den genannten Gründen nicht erteilt, folgende Bewerber mit bedeutend höheren Fallzahlen werden berücksichtigt: KSA, KSB, HKA und GZF. Der Grund für die Erteilung des Leistungsauftrags ans SZ ist die Entlastung von Kapazitäten im KSA und die enge Zusammenarbeit der beiden Spitäler (vgl. E 9.4.5).

Tabelle 27

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	SZ Fallzahl AG	ASL Fallzahl AG
URO1.1	295	63 (21,4 %)	103 (34,9 %)	24 (8,1 %)	23 (7,8 %)	0	5 (1,7 %)

URO1.1.1 Radikale Prostatektomie: Die erforderliche Mindestfallzahl von 10 gemäss SPLG-Systematik wird nicht erreicht (Fallzahlen 2012 6). Gegen die Erteilung eines Leistungsauftrags spricht die Tatsache, dass nach den rechtlichen und strategischen Vorgaben (vgl. oben zu URO1.1) spezialisierte Eingriffe in den Zentrumsspitalern konzentriert werden sollen, die aufgrund ihrer höheren Fallzahl über mehr Erfahrung verfügen und somit auch eine höhere Behandlungsqualität gewährleisten können. Die Argumentation der ASL entspricht der unter der Leistungsgruppe URO1.1 aufgeführten. Diese Leistungsgruppe wird aus Qualitätsgründen bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert, die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl und dementsprechend mehr Erfahrung aufweisen (siehe oben zu URO1.1). Des Weiteren ist auch zu berücksichtigen, dass die ASL die für diese Leistungsgruppe definierten Mindestfallzahlen nicht erreicht und so die Qualität nicht gewährleistet werden kann (vgl. E. 8.1). Wissenschaftliche Studien zeigen, dass bei radikalen Prostatektomien die Komplikationsrate mit steigender Fallzahl deutlich abnimmt.

Tabelle 28

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	ASL Fallzahl AG
URO1.1.1	251	137 (54,6 %)	21 (8,4 %)	43 (17,1 %)	19 (7,6 %)	5 (2,0 %)

Tabelle 29

Fallzahlen 2012 (Gesamtfallzahlen)	KSA	KSB	HKA	GZF	ASL
URO1.1.1 (Mindestfallzahl 10)	130	25	41	10	6

URO1.1.8 Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial: Insgesamt wird in dieser Leistungsgruppe der spezialisierten Medizin nur eine geringe stationäre Fallzahl erwartet (Gesamtbedarf AG 2011: 12). Sie wird deshalb bei Leistungserbringern mit Zentrumsfunktion (KSA, KSB) konzentriert. Zudem wies die ASL im Jahr 2011 in dieser Leistungsgruppe keine Behandlungen aus (gilt ebenso für das Jahr 2012). Auch hier ist die Argumentation der ASL mit der unter URO1.1 identisch. Diese Leistungsgruppe wird aus Qualitätsgründen bei denjenigen innerkantonalen Leistungs-

erbringern konzentriert, die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl und dementsprechend mehr Erfahrung aufweisen (siehe oben zu URO1.1).

Tabelle 30

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	ASL Fallzahl AG
URO1.1.8	12	4 (33,3 %)	2 (16,7 %)	0

Der Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie wird mit der aufschiebenden Bedingung erteilt, dass die Anforderungen gemäss Tabelle 6.4 der 'detaillierten Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe' (Anhang 5 zur Spitalliste 2015 Akutsomatik) erfüllt sein müssen. Insbesondere muss die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich) gewährleistet sein.

9.4.8 Asana Spital Menziken (ASM)

Die folgenden Leistungsgruppen werden nicht erteilt:

HNO1.1 Hals- und Gesichtschirurgie sowie HNO1.3 Mittelohrchirurgie: beide Leistungsgruppen werden aus Qualitätsgründen (vgl. Art. 58b Abs. 5 KVV) bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert, die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl aufweisen und die daher mit der Behandlung mehr Erfahrung haben. Das ASM argumentiert, dass ein konkretes Interesse eines Facharzts bestehe, sich in der Spitalregion niederzulassen, und dass bei definitiver Niederlassung geplant ist, das entsprechende Fachgebiet aufzubauen. Der Regierungsrat hält daran fest, dass diese Leistungsgruppen aus Versorgungssicht nicht in jedem Regionalspital angeboten werden. Es genügt, wenn sie auf Spitäler konzentriert werden, die schon eine entsprechend hohe Fallzahl aufweisen und die daher mit der Behandlung bereits Erfahrung haben (vgl. § 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010). Es sind dies für HNO1.1 KSA, KSB, HKA, GZF und SZ beziehungsweise für HNO1.3 KSA, KSB, HKA und GZF.

Tabelle 31

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG- Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	Spital Zofingen Fallzahl AG	ASM Fallzahl AG
HNO1.1	367	214 (58,3 %)	5 (1,4 %)	41 (11,2 %)	11 (3,0 %)	4 (1,2 %)	1 (0,3 %)
HNO1.3	156	59 (37,8 %)	4 (2,6 %)	44 (28,6 %)	7 (4,5 %)	nicht erteilt	0

Auch die ophthalmologischen Leistungsgruppen AUG1 Ophthalmologie, AUG1.4 Lid- und Tränenapparat- und plastische Probleme, AUG1.5 Glaukom und AUG1.7 Glaskörper/Netzhautprobleme werden aufgrund der geringen erwarteten Fallzahlen in diesen Gruppen und der Tatsache, dass die ASM in den Jahren 2011 und 2012 keine stationären Behandlungsfälle aufweist, nicht erteilt. Die ASM führt ins Feld, dass die bestehende Zusammenarbeit mit einem ambulanten Zentrum in der Spitalregion weiter vertieft werden solle und deshalb stationäre Kapazitäten notwendig seien. Der Regierungsrat hält daran fest, die entsprechenden Behandlungen aus Qualitätsgründen zu konzentrieren. Gerade in der Ophthalmologie findet der überwiegende Teil der Eingriffe im ambulanten Bereich statt. Ein stationärer Leistungsauftrag ist deshalb nicht zwingend notwendig. Mit der Konzentration auf einen beziehungsweise einige wenige Anbieter soll zudem der Gefahr der Mengenausweitung im stationären Bereich entgegengewirkt werden. Der Leistungsauftrag AUG1 wird den Spitälern KSA, KSB, HKA und GZF (regionale Versorgungssicherung im Fricktal) erteilt, AUG1.4, AUG1.5 und AUG1.7 werden am KSA konzentriert.

Tabelle 32

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	ASM Fallzahl AG
AUG1	149	107 (71,8 %)	2 (1,3 %)	3 (2,0 %)	2 (1,3 %)	0

Tabelle 33

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSA Gesamt-fallzahl	ASM Fallzahl AG	ASM Gesamtfallzahl
AUG1.4	21	1 (4,8 %)	1	0	0
AUG1.5	17	1 (5,9 %)	2	0	0
AUG1.7	120	23 (19,2 %)	23	0	0

Der Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe GYN1.3 Maligne Neoplasien des Corpus Uteri wird nicht erteilt – die Leistungsgruppe wird aus Qualitätsgründen bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert, die bereits eine entsprechend hohe Fallzahl aufweisen (Gesamtbedarf AG-Bevölkerung 2011 123, Fallzahl ASM 4). Das ASM führt an, dass mit neu angestellten Fachärzten diese Leistungsgruppen in Zukunft wieder angeboten werden soll. GYN1.3 wird aus Qualitätsgründen bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert werden, die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl aufweisen (KSA, KSB, HKA, GZF und KFM).

Tabelle 34

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	KFM Fallzahl AG	ASM Fallzahl AG
GYN1.3	136	46 (33,8 %)	41 (30,1 %)	16 (11,8 %)	6 (4,4 %)	8 (5,9 %)	0

9.4.9 Klinik Villa im Park (VIP)

Für den Leistungsauftrag HNO1 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie) wird der Klinik Villa im Park in Rothrist ein bedingter Leistungsauftrag erteilt mit der aufschiebenden Bedingung, dass ein entsprechender Facharzt verpflichtet wird.

Die folgenden Leistungsgruppen werden nicht erteilt:

URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel "Operative Urologie" und URO1.1.1 Radikale Prostatektomie: Die VIP verweist bei allen urologischen Leistungsgruppen darauf, dass sie über entsprechend qualifizierte Fachärzte mit entsprechender Erfahrung verfügten, die an mehreren Kliniken tätig seien und so ausreichend Fallzahlen aufweisen würden. Zudem steige infolge der demographischen Entwicklung (Alterung der Bevölkerung) der Bedarf an urologischen Leistungen und die VIP eine wohnortnahe Versorgung gewährleisten möchte. Des Weiteren seien sie auch hinsichtlich der Weiterbildung von Pflegepersonal engagiert. Der Regierungsrat hält daran fest, URO1.1 aus Qualitätsgründen (Art. 58b Abs. 5 KVV) bei denjenigen Leistungserbringern zu konzentrieren, die schon eine entsprechend hohe Fallzahl aufweisen und die daher mit der Behandlung bereits Erfahrung haben (§ 3 Abs. 1 lit. d SpiG und § 7 Abs. 3 lit. b SpiliV in Verbindung mit den Strategien 6 und 25 der GGpl 2010). Zudem ist bei der Beurteilung der Fallzahlen wegen synergistischer Effekte im Team der jeweilige Standort ausschlaggebend, nicht alleine die Erfahrung des behandelnden Arztes (vgl. E. 8.1). Alle Spitäler, die den Leistungsauftrag erhalten, bilden ebenfalls Pflegefachpersonen aus – die Ausbildungsverpflichtung ist eine Bedingung für die innerkantonalen Spitäler. Der Leistungsauftrag URO1.1 wird der VIP nicht erteilt, sondern bei denjenigen innerkantonalen Leistungserbringern konzentriert, die eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl aufweisen (KSA, KSB, HKA und GZF). Der

Grund für die Erteilung des Leistungsauftrags ans SZ ist die Entlastung von Kapazitäten im KSA und die enge Zusammenarbeit der beiden Spitäler (vgl. E. 9.4.5).

Tabelle 35

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	SZ Fallzahl AG	VIP Fallzahl AG
URO1.1	295	63 (21,4 %)	103 (34,9 %)	24 (8,1 %)	23 (7,8 %)	0	10 (3,4 %)

Der Leistungsauftrag URO1.1.1 Radikale Prostatektomie wird nicht erteilt, weil die erforderliche Mindestfallzahl von 10 nicht erreicht wird (Fallzahlen 2012 0, vgl. E. 8.1). Hierzu gilt das oben zu URO1.1 und URO 1.1.1 ausgeführte mutatis mutandis.

Tabelle 36

Fallzahlen 2012 (Gesamtfallzahlen)	KSA Gesamtfallzahl	KSB Gesamtfallzahl	HKA Gesamtfallzahl	GZF Gesamtfallzahl	VIP Gesamtfallzahl
URO1.1.1 (Mindestfallzahl 10)	130	25	41	10	0

BEW3 Handchirurgie wird mit der aufschiebenden Bedingung erteilt, dass das aus Qualitätsgründen in der SPLG-Systematik erforderliche handchirurgische Spezialambulatorium vorhanden ist.

BEW8 Wirbelsäulen Chirurgie und RHE1 Rheumatologie:

Die VIP argumentiert bei beiden Leistungsgruppen damit, dass die betreffenden Leistungen von jeweils einer Belegärztin angeboten werden könnten, die auch an anderen Spitälern in der Nordwestschweiz tätig sind und über grosse Erfahrungen verfügen. Die Leistungsaufträge BEW8 Wirbelsäulen Chirurgie und RHE1 Rheumatologie werden aus Qualitätsgründen auf diejenigen Spitäler konzentriert, die schon eine entsprechend hohe Fallzahl aufweisen. Zudem ist bei der Beurteilung der Fallzahlen wegen synergistischen Effekte im Team der jeweilige Standort ausschlaggebend, nicht alleine die Erfahrung des behandelnden Arzts (vgl. E. 8.1). Bei der Leistungsgruppe BEW8 erhält zudem das KSB den Leistungsauftrag, um ein entsprechendes Angebot im östlichen Kantonsteil, der bisher über keinen Anbieter bei BEW8 verfügte, aufzubauen und so die Versorgungssicherheit der Region sicher zu stellen. Im westlichen Kantonsteil besteht bereits heute eine ausreichende Versorgung (vgl. untenstehende Tabelle).

Tabelle 37

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	SZ Fallzahl AG	VIP Fallzahl AG
BEW8	1'431	574 (40,1 %)	3 (0,2 %)	256 (17,9 %)	169 (11,8 %)	7 (3,4 %)

Tabelle 38

Fallzahlen 2011	Gesamt-bedarf AG-Bevölkerung	KSA Fallzahl AG	KSB Fallzahl AG	HKA Fallzahl AG	GZF Fallzahl AG	KSF Fallzahl AG	SZ Fallzahl AG	ASL Fallzahl AG	ASM Fallzahl AG	VIP Fallzahl AG
RHE1	495	93 (18,8 %)	63 (12,7 %)	50 (10,1 %)	106 (21,4 %)	55 (11,1 %)	23 (4,6 %)	15 (3,0 %)	41 (8,3 %)	4 (0,8 %)

9.4.10 Klinik Barmelweid

Der Leistungsauftrag NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung wird bedingt erteilt; die Mindestfallzahl muss innerhalb zweier Jahre (also bis Ende 2016) erreicht werden. Wird die in der SPLG-Systematik hinterlegte Mindestfallzahl (10 pro Jahr) innerhalb von zwei Jahren nicht erreicht, läuft der Leistungsauftrag per 31. Dezember 2017 aus. Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016.

Ebenfalls bedingt wird der Leistungsauftrag PNE2 Polysomnographie, NEU4 Epileptologie: Komplexdiagnostik und NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung erteilt. Die Bedingung lautet: Die Baserate (Akutsomatik in Summe, das heisst Pneumologie und Schlafmedizin) muss innerhalb von zwei Jahren den für die Spitalliste 2015 definierten Wirtschaftlichkeitskriterien entsprechen (Benchmark ist das 40. Perzentil der Versorgungskategorie Zentrumsspitäler, höchstens 10 % über Benchmark. Für die Benchmark-Berechnung werden die jeweils aktuellen Daten verwendet). Dies wird anhand der Daten 2016 überprüft werden. Wird das Wirtschaftlichkeitskriterium bis dahin nicht erfüllt, entscheidet der Regierungsrat im Jahr 2017 über den Entzug von Leistungsaufträgen und dessen Zeitpunkt. Die Klinik Barmelweid verweist in ihrer Stellungnahme darauf, dass die stationäre Schlafmedizin im SwissDRG mangelhaft und nicht sehr differenziert abgebildet sei. Aktuell werden schwere organische Störungen zusammen mit psychisch bedingten Erkrankungen undifferenziert gruppiert, obwohl der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr unterschiedlich ist. Die Kostenträger setzten aktuell alles daran, schlafmedizinische Untersuchungen ambulant abzurechnen, was dazu führe, dass nur noch die schweren, medizinisch bedingten Fälle stationär behandelt werden könnten, was sich wiederum kostentreibend auswirke. Es ist das erklärte Ziel der Klinik Barmelweid, die Kosten im Bereich der Schlafmedizin mittelfristig auf ein Niveau innerhalb des Benchmarks zu reduzieren. In Würdigung dieser Stellungnahme werden die schlafmedizinischen Leistungsaufträge mit der oben genannten Bedingung erteilt (vgl. auch E. 9.3.5).

9.4.11 Klinik für Schlafmedizin (KSM)

Der KSM in Bad Zurzach werden wie bisher die Leistungsaufträge BPE Basispaket elektiv und PNE2 Polysomnographie erteilt. Die KSM bewarb sich für keine weiteren Leistungsaufträge.

9.4.12 Geburtshus Storchenäscht

Dem Geburtshus Storchenäscht in Othmarsingen werden wie bisher die Leistungsaufträge GEBH Geburtshäuser (ab 37. Schwangerschaftswoche) und NEO1 Grundversorgung erteilt. Das Geburtshaus bewarb sich für keine weiteren Leistungsaufträge.

9.4.13 RehaClinic und aarReha Schinznach

Die beiden Rehabilitationskliniken RehaClinic und aarReha Schinznach haben sich beide für den Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie im Rahmen der akutsomatischen Ausschreibung beworben. Beide Kliniken verfügen aber weder über die Infrastruktur noch über das Leistungsspektrum einer akutsomatischen Klinik. Bei dieser Leistungsgruppe aus dem Bereich Akutsomatik handelt es sich um eine sogenannte Querschnittsleistung; das heisst, sie kann nur in Kombination mit anderen Leistungsgruppen im akutsomatischen Bereich erteilt werden.

Gemäss den jeweiligen Bewerbungsunterlagen wollen beide Bewerber diese Leistung in Kooperation mit einem nicht näher bestimmten Akutspital erbringen. Im Rahmen der Ersteinschätzung des Departements Gesundheit und Soziales wurden beide darauf hingewiesen, dass es in diesem Fall genügt, wenn das zur Kooperation vorgesehene Akutspital über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Daraufhin hat aarReha Schinznach ihre Bewerbung zurückgezogen, RehaClinic hält an der Bewerbung für den Leistungsauftrag GER fest. Sie argumentiert damit, dass gerade Rehabilitationskliniken mit langjähriger Erfahrung ideal geeignet seien, diesen Leistungsauftrag in Kooperation mit einem Akutspital zu erbringen und die notwendigen akutmedizinischen Eingriffe auch durch die Anbindung an eine Akut-Partnerklinik kompetent sichergestellt werden könne. Der Leistungsauftrag GER wird der RehaClinic nicht erteilt, weil sie als Rehabilitationsklinik weder über die Infrastruktur noch das Leistungsspektrum einer akutsomatischen Klinik verfügt.

9.4.14 Universitätsspital Basel (USB)

Für den Kanton Aargau hat das USB zusätzlich zu seiner Bedeutung als Universitätsspital auch eine wichtige Rolle in der spezialisierten Versorgung des Fricktals. Zur Beurteilung der Versorgungsrelevanz ausserkantonaler Bewerber gilt das in E. 6.4 Ausgeführte.

Folgende Leistungsaufträge werden aufgrund der fehlenden Versorgungsrelevanz nicht erteilt:

BP, BPE

DER1, DER1.1, DER1.2, DER2

HNO1, HNO1.1, HNO1.1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO1.3.1, HNO2

NCH1, NCH1.1

NEU1, NEU2, NEU2.1, NEU3, NEU3.1, NEU4, NEU4.1

AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.4, AUG1.6

END1, GAE1, GAE1.1

VIS1, VIS1.1, VIS1.2, VIS1.3, VIS1.4, VIS1.5 (in den spezialisierten Gruppen der Viszeralchirurgie bleiben die IVHSM-Entscheide vorbehalten, vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM)

HAE1, HAE1.1, HAE2, HAE3, HAE4

URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.2, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, URO1.1.8

PNE1, PNE1.1, PNE2

THO1, THO1.1, THO1.2

BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW8, BEW8.1, BEW10, BEW11

RHE1

GYN1, GYN1.2, GYN1.3, GYN1.4, GYN2

GEBH, GEB1, GEB1.1, NEO1, NEO1.1

ONK1

9.4.15 UniversitätsSpital Zürich (USZ)

Folgende Leistungsaufträge werden aufgrund der fehlenden Versorgungsrelevanz nicht erteilt (vgl. E. 6.4):

BP, BPE
DER1, DER1.2, DER2
HNO1, HNO1.1, HNO1.1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, KIE1
NCH1, NCH1.1
NEU1, NEU2, NEU2.1, NEU3, NEU3.1, NEU4, NEU4.1
AUG1, AUG1.1, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.6
END1, GAE1, GAE1.1
VIS1, VIS1.4, VIS1.5 (in den spezialisierten Gruppen der Viszeralchirurgie bleiben die IVHSM-Entscheide vorbehalten, vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM)
HAE1, HAE1.1, HAE2, HAE3
GEF1, ANG1
KAR1, KAR1.1
NEP1
URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.2, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.5, URO1.1.6, URO1.1.7, URO1.1.8
PNE1, PNE1.1, PNE2
BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW8, BEW8.1, BEW9, BEW10
RHE1, RHE2
GYN1, GYN1.1, GYN1.2, GYN1.3, GYN1.4, GYN2
GEBH, GEB1, NEO1
ONK1, RAO1, NUK1
KINM, KINC, KINB, GER, PAL

9.4.16 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und Kinderspital Zürich

Für die Spitalliste 2015 Akutsomatik haben sich zwei Kinderspitäler beworben, das UKBB und das Kinderspital Zürich. Die Erfahrung zeigt, dass die Behandlungen sowohl am UKBB wie auch am Kinderspital Zürich mit überwiegender Mehrheit medizinisch indiziert sind, weil das entsprechende Angebot im Kanton Aargau nicht vorhanden ist. Um die Versorgungssicherheit der Aargauer Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, erhalten beide Kinderspitäler einen integralen Leistungsauftrag, das heisst sie werden mit sämtlichen Leistungsaufträgen, die sie auch in ihrem jeweiligen Standortkanton haben, auf der Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau aufgeführt. Ausnahme bilden beim UKBB die Leistungsaufträge VIS1.4 bariatrische Chirurgie und PLC1 Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität. Das UKBB hat zwar die entsprechenden Leistungsaufträge im Standortkanton Basel-Stadt. Diese Leistungsaufträge werden nicht erteilt, da die entsprechenden Eingriffe aus Sicht des Aargauer Regierungsrats bei Kindern und Jugendlichen nicht angezeigt sind. Das UKBB hat in der Stellungnahme keine Einwände dagegen vorgebracht. Da die Planung im Bereich der Herzchirurgie noch nicht abgeschlossen ist, werden im vorliegenden Beschluss keine entsprechenden Leistungsaufträge erteilt (E. 9.4).

9.4.17 Universitätsklinik Balgrist (UKB)

Die UKB in Zürich ist auf Behandlungen des Bewegungsapparats und von Querschnittlähmungen spezialisiert und hat sich auch mit ihrem ganzen Spektrum für die Spitalliste 2015 beworben. Davon ist vom Versorgungsanteil her einzig die Leistungsgruppe BEW9 Knochentumore versorgungsrelevant, hier wird ein uneingeschränkter Leistungsauftrag erteilt. Die Leistungsaufträge für DER2 Wundpatienten, URO1 Urologie ohne Schwerpunktstitel (Operative Urologie), BEW8 Wirbelsäulenchirurgie und BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie werden wie bisher alle mit dem Zusatz "beschränkt auf die Behandlung von Querschnittgelähmten (Paraplegie, Tetraplegie) und Betroffenen mit querschnittsähnlicher Symptomatik" erteilt.

Die UKB hält an der Bewerbung betreffend BEW8 Wirbelsäulenchirurgie und BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie ohne Einschränkung fest und bittet darum, das Argument der Versorgungsrelevanz-Grenze von 10 % nochmal zu überdenken. Bei hochspezialisierten Angeboten wie denen der UKB kann die Versorgungsrelevanz für den Kanton Aargau bei einzelnen Eingriffen durchaus über 10 % liegen, würde sich aber nicht entsprechend in den SPLG-Gruppen abzeichnen, weil darin mehrere Eingriffe zusammengefasst seien. Der Regierungsrat hält daran fest – im Sinne der Transparenz und Vergleichbarkeit mit anderen Kantonen ist es nicht gewollt, die SPLG-Leistungsgruppen weiter zu unterteilen, zumal bei rund 120 definierten Leistungsgruppen schon eine Unterscheidung hinsichtlich spezialisierten und hochspezialisierten Angeboten stattfindet.

Für die übrigen Leistungsgruppen wird kein Leistungsauftrag erteilt, weil die Versorgungsrelevanz nicht gegeben ist (vgl. E. 6.4):

Tabelle 39

	Begründung:
BPE	Versorgungsrelevanz für die Aargauer Kantonsbevölkerung < 10 % (2011: 0,1 %).
NEU1	erforderliche Verknüpfung mit Basispaket (BP) nicht erfüllt.
BEW1, BEW2, BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW10	Versorgungsrelevanz für die Aargauer Kantonsbevölkerung < 10 % (2011: BEW1 3,6 %, BEW2 1,7 %, BEW3 0,3 %, BEW4 3,2 %, BEW5 0,7 %, BEW6 3,7 %, BEW7 1,5 %, BEW10 0 %).
RHE1	Versorgungsrelevanz für die Aargauer Kantonsbevölkerung < 10 % (2011: 3,2 %).
KINB	Versorgungsrelevanz für die Aargauer Kantonsbevölkerung nicht gegeben (2011: 22 stationäre Fälle von insgesamt 13'518 Aargauer Kantonsangehörigen unter 19 Jahren).

9.4.18 Inselspital Bern

Das Inselspital Bern hat sich für das ganze Spektrum seines Leistungsangebots beworben. Das Inselspital legt dar, dass es primär um die Gleichbehandlung mit den Universitätsspitalern Basel und Zürich gehe, die ja bereits auf der Aargauer Spitalliste 2012 aufgeführt seien. Die Wirtschaftlichkeit und Qualität des Inselspitals sei durchaus mit diesen beiden Universitätsspitalern vergleichbar, und deshalb seien aus Fairnessgründen dem Inselspital auch Leistungsaufträge zu erteilen.

Jedoch zeigen die Versorgungsdaten, dass in keiner Leistungsgruppe die Versorgungsrelevanz höher als 10 % ist (vgl. E. 6.4) – dies im Gegensatz zu den beiden anderen Universitätsspitalern in Basel und Zürich. Sie bewegt sich zwischen 0 % (keine Behandlungsfälle) bis höchstens 9 %, wobei es sich praktisch ausschliesslich um Einzelfälle im einstelligen Bereich pro Leistungsgruppe beziehungsweise um Leistungsaufträge im Rahmen der IVHSM handelt, die sich ausserhalb der kantonalen Planungszuständigkeit bewegen (vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM). Aus diesem Grund werden dem Inselspital Bern keine Leistungsaufträge erteilt. Konkret betrifft dies die folgenden Leistungsgruppen:

BP (Kinder)

DER2

HNO1.1 (Kinder), HNO1.2, HNO1.2.1, HNO1.3.1, HNO1.3.2 (IVHSM)

NCH1

NEU2.1 (Kinder), NEU3 (Kinder)

AUG1.1, AUG1.5

END1 (Kinder), GAE1 (Kinder)

VIS1, VIS1.1, VIS1.2, VIS1.3, VIS1.4, VIS1.5 (in den spezialisierten Gruppen der Viszeralchirurgie bleiben die IVHSM-Entscheide vorbehalten, vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM)

HAE1 (Kinder), HAE2 (Kinder), HAE3 (Kinder), HAE4 (Kinder)

GEF1 (Kinder), ANG2, ANG3

KAR1, KAR1.1, KAR1.1.1, KAR1.2, KAR1.3

NEP1
URO1 (Kinder), URO1.1 (Kinder), URO1.1.3 (Kinder), URO1.1.4 (Kinder), URO1.1.5 (Kinder),
URO1.1.6 (Kinder), URO1.1.7 (Kinder), URO1.1.8 (Kinder)
PNE1 (Kinder), PNE1.1 (Kinder), PNE1.2 (Kinder), PNE1.3
THO1 (Kinder), THO1.1, THO1.2
TPL1 (IVHSM)
BEW1 (Kinder), BEW2 (Kinder), BEW3 (Kinder), BEW8, BEW8.1, BEW9
RHE1
GEB1.1.1
ONK1
UNF1, UNF1.1 (IVHSM)
KINM, KINC, GER, PAL (Kinder)

9.4.19 Schulthess Klinik Zürich (SKZ)

Die SKZ hat sich mit sämtlichen Leistungsgruppen des Bewegungsapparats und mit KINC Kinderchirurgie für die Spitalliste 2015 beworben. In ihrer Stellungnahme verweist die SKZ insbesondere auf ihre hohen Gesamtfallzahlen und dass sie dadurch einerseits über eine sehr hohe Qualität verfüge, andererseits die orthopädische Grund- und Spezialversorgung kostengünstig erbringen könne. Die SKZ verweist hierzu auf Art. 58 Abs. 4 lit. a KVV. Eine Auswertung der Behandlungszahlen zeigt jedoch, dass die SKZ bei sämtlichen Leistungsgruppen die Versorgungsrelevanz von 10 % der Behandlungsfälle nicht erreicht (vgl. E. 6.4). Deshalb werden der SKZ auf der Spitalliste 2015 keine Leistungsaufträge mehr erteilt.

Tabelle 40

Fallzahlen 2011	Gesamtbedarf AG-Bevölkerung	SKZ Fallzahl AG
BEW1	1'872	137 (5,3 %)
BEW2	670	32 (3,7 %)
BEW3	612	11 (1,5 %)
BEW4	89	6 (4,8 %)
BEW5	2'376	50 (1,7 %)
BEW6	1'160	97 (6,5 %)
BEW7	1'994	91 (3,8 %)
BEW8	1'015	87 (6,1 %)
BEW8.1	65	3 (2,6 %)
BEW9	3	0
BEW10	27	1 (2,9 %)
BEW11	6	0
Davon Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen	546	36 (6,6 %)

9.4.20 Klinik Lengg (KL)

Die Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen NEU1 Neurologie, PNE1 Pneumologie, PNE2 Polysomnographie, KINM Kindermedizin, KINC Kinderchirurgie und PAL Kompetenzzentrum Palliative Care werden der KL in Zürich wegen fehlender Versorgungsrelevanz nicht erteilt (vgl. E. 6.4).

Die erteilten Leistungsaufträge NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik und NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung werden ergänzt mit dem Zusatz "Für die Diagnostik und Behandlung von Epilepsien können auch Leistungen aus dem Basispaket und der Leistungsgruppe NEU1 erbracht wer-

den". Der Zusatz berücksichtigt die Tatsache, dass in Einzelfällen im Rahmen einer Epilepsiebehandlung Behandlungsfälle auch in den beiden genannten Leistungsgruppen zugewiesen werden können. Durch die Eingrenzung auf Epilepsie-spezifische Behandlungen wird eine Mengenausweitung in diesem Bereich verhindert.

Die KL teilte in der Stellungnahme mit, dass sie mit dem oben stehenden Umfang der Leistungsaufträge einverstanden sei.

9.4.21 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ)

Dem SPZ werden mit Ausnahme des Leistungsauftrags PAL (fehlende Versorgungsrelevanz für die Aargauer Bevölkerung, vgl. E. 6.4) alle Leistungsaufträge erteilt, für die es sich beworben hat, jedoch alle eingeschränkt mit dem Zusatz "beschränkt auf die Behandlung von Querschnittgelähmten (Paraplegie, Tetraplegie) und Betroffene mit querschnittsähnlicher Symptomatik".

Das SPZ teilt in der Stellungnahme mit, dass es mit der vorgesehenen Erteilung der Leistungsaufträge einverstanden sei.

10. Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau

10.1 Leistungsgruppen

Die Zuteilung der Listenplätze für die stationäre Rehabilitation folgt dem spezifischen Kriterienkatalog der Sw!ssReha, welcher in der Publikation "Interkantonale Versorgungskriterien der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn" festgehalten ist und den Bewerbungsunterlagen zugrunde lag (www.baselland.ch → Volkswirtschaft, Gesundheit → Spital-/Gesundheitsplanung → Versorgungsbericht). Der Kriterienkatalog der Sw!ssReha bezieht sich auf die Bereiche muskuloskeletale Rehabilitation, neurologische Rehabilitation, kardiovaskuläre Rehabilitation, pulmonale Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation. Zusätzlich dazu werden auch Leistungsaufträge in den Bereichen internistisch-onkologische Rehabilitation, psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation und Frührehabilitation vergeben. Da für diese Bereiche keine von Sw!ssReha erarbeiteten Qualitätskriterien vorliegen, werden die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich definierten Kriterien verwendet (vgl. Bewerbungsunterlagen und Anhang 9 dieses Beschlusses). Diese Anforderungen dienen insbesondere der Sicherstellung der Bereitschaft und Fähigkeit eines Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Leistungsauftrags (Leistungsbereichs) und der Qualitätssicherung (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, Art. 58b Abs. 4 lit. c KVV).

Zusammenfassend werden nachfolgende Leistungsaufträge vergeben.

Organspezifisch:

- muskuloskeletale Rehabilitation
- neurologische Rehabilitation
- kardiovaskuläre Rehabilitation
- pulmonale Rehabilitation
- Frührehabilitation (als Querschnittsbereich in Kombination mit organspezifischen Rehabilitationsarten)

Nicht organspezifisch:

- geriatrische Rehabilitation
- internistische Rehabilitation
- psychosomatische Rehabilitation

Zur Vermeidung unnötiger Schnittstellen und Verlegungen sowie zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Rehabilitationsprozesses werden Leistungsaufträge für Rehabilitationskliniken im Bereich der Frührehabilitation nur in Kombination mit den jeweiligen organspezifischen rehabilitativen Leistungsaufträgen erteilt. Der Leistungsauftrag Frührehabilitation ist somit beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in Rehabilitation der entsprechenden Klinik.

10.2 Bedarfsprognose

Wie auch in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie ist die Zahlenbasis für die Bedarfsprognose der Datensatz der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS für das Datenjahr 2011. Die Abgrenzung der Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erfolgte wie im Bericht "Spitalplanung 2012 – Versorgungsbericht Kanton Aargau" dargestellt. Die für die einzelnen Rehabilitationsbereiche zur Prognose verwendeten Prozentzahlen beruhen ebenfalls auf denjenigen im Versorgungsbericht und wurden für den Prognosehorizont 2011–2015 umgerechnet. Die Zunahme der Fallzahlen erklärt sich einerseits durch die absolute Bevölkerungszunahme im Kanton Aargau (durch Zuwanderung), aber insbesondere auch die Zunahme des Durchschnittsalters der Bevölkerung (demographische Alterung).

Im Bereich Rehabilitation kann die Zuteilung der Behandlungsfälle auf die Leistungsgruppen nicht anhand der medizinischen Statistik der Krankenhäuser vorgenommen werden, weil die erfassten Parameter keine ausreichende Unterscheidung erlauben. Für den Versorgungsbericht 2012 wurde deshalb mittels eines Fragebogens bei den Rehabilitationskliniken ermittelt, wie hoch der Anteil der Behandlungsfälle in den jeweiligen Leistungsgruppen ist. Bei dem damals gewählten Vorgehen wurde die geriatrische Rehabilitation nicht für sich alleine erfasst, sondern jeweils als Unterbereich in den einzelnen Rehabilitations-Leistungsgruppen. Aus diesen Angaben konnte der Anteil der geriatrischen Rehabilitation an der Gesamtzahl der Rehabilitationsbehandlungen ermittelt werden. Die Fallzahlen im Bereich psychosomatische Rehabilitation stammen von einer einzelnen Rehabilitationsklinik, die übrigen Rehabilitationskliniken haben ihre psychosomatischen Fälle den jeweiligen Organgruppen zugeteilt. Auch Behandlungen in der internistischen Rehabilitation fanden entweder innerkantonal in einer anderen Leistungsgruppe oder aber ausserkantonal in einer spezialisierten Klinik statt.

Durch eine Ausweitung der ursprünglich erfassten neurologischen Frührehabilitation in eine allgemein gefassteren Leistungsbereich (als Querschnittleistung) ist bezogen auf das Gesamtsystem nicht von einer Erhöhung der Fallzahlen auszugehen, allenfalls von einer Verlagerung von Fällen aus dem akutsomatischen in den Rehabilitationsbereich, da es zu einer früheren Verlegung in die (oft kostengünstigeren) Rehabilitationskliniken kommt.

Die Gesamtzahl der stationären Rehabilitationsfälle der Aargauer Bevölkerung im Jahr 2011 betrug 4'084, davon fanden 3'477 im Kanton, 607 ausserkantonal statt.

Tabelle 41

Leistungsbereich gemäss Versorgungsbericht 2012	Verteilung gemäss Versorgungsbericht 2012	Fälle 2011 innerkantonal	Fälle 2011 ausserkantonal	Summe der Fälle 2011	Prognostiziert Veränderung der Fallzahlen bis 2015	Prognose 2015
Kardiovaskulär	13,0 %	452	79	531	3,3 %	549
Muskuloskelettal	48,7 %	1'693	296	1'989	3,3 %	2'055
Neurologisch	21,1 %	734	128	862	6,3 %	916
Frühneurologisch	3,2 %	111	19	130	6,3 %	138
Psychosomatisch	0,8 %	28	5	33	-	33
Pulmonal	13,2 %	459	80	539	3,3 %	557
Total	100,0 %	3'477	607	4'084	4,0 %	4'248

10.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung

10.3.1 Benchmarking Grundversorger

Beim Benchmark der Grundversorger in der Rehabilitation handelt es sich hauptsächlich um Spezialkliniken mit dem Typ K221. Bis auf die Klinik Barmelweid bewegen sich alle Spitäler innerhalb der festgelegten Abweichungstoleranz für Rehabilitationskliniken in Höhe von plus 30 % vom Benchmark beim 40. Perzentil und werden daher als wirtschaftlich eingestuft.

Tabelle 42

Benchmark Rehabilitation Grundversorger	Benchmark-relevante Tagestaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
aarReha	465	-13,2 %
Salina Rheinfelden	500	-6,7 %
RehaClinic	536	0 %
Reha Rheinfelden	633	18,1 %
Privat-Klinik im Park	666	24,2 %
Klinik Barmelweid	707	32,0 %

Die Klinik Barmelweid rechtfertigt die hohe Abweichung vom Benchmark damit, dass ihre Patientinnen und Patienten im Vergleich zu anderen Rehabilitationsanbietern einen höheren Schweregrad mit zahlreichen Nebendiagnosen aufwiesen. Diese Aussage kann wegen der unvollständigen Erfassung der entsprechenden Parameter in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS nicht überprüft werden. Der Regierungsrat erteilt der Klinik Barmelweid deshalb die Leistungsaufträge für die pulmonale und kardiovaskuläre Rehabilitation bedingt auf zwei Jahre mit der Bedingung, dass die durchschnittliche Tagestaxe der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation innerhalb von zwei Jahren den für die Spitalliste 2015 definierten Wirtschaftlichkeitskriterien (Versorgungskategorie Rehabilitation Grundversorger) entsprechen muss. Sofern zu diesem Zeitpunkt bereits ein präziseres

Tarifsystem in Gebrauch ist (zum Beispiel ST Reha), das einen schweregradbereinigten Vergleich von Kliniken erlaubt, wird dieses zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet (vgl. E. 7.5.3).

10.3.2 Benchmarking Universitätskliniken

Die Universitätsklinik Balgrist ist gemäss Krankenhaustypologie als Universitätsklinik einzustufen. Die Reha Klinik Bellikon wurde aufgrund der Komplexität ihrer Patientenstruktur ebenfalls in diese Gruppe eingestuft. Es können in dieser Gruppe lediglich zwei Leistungserbringer verglichen werden.

Tabelle 43

Benchmark Rehabilitation Universitätskliniken	Benchmark-relevante Tagestaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Universitätsklinik Balgrist	804	0 %
Reha Bellikon	955	18,8 %

Die um 18,8 % höhere Benchmark-relevante Tagestaxe der Rehabilitationsklinik Bellikon rechtfertigt sich bereits beim Vergleich der absoluten Kennzahlen durch ein wesentlich höheres Volumen an Fällen, Pflegetagen, längerer Aufenthaltsdauer und demzufolge auch höheren Betriebskosten, die abgedeckt werden müssen. Zudem ist die Rehaklinik Bellikon eine der führenden Kliniken bezüglich beruflicher Reintegration und hat sich mit ihrem Leistungsangebot auf überdurchschnittlich komplizierte und langwierige Behandlungen spezialisiert.

Im Kanton Zürich fiel die Rehaklinik Bellikon ebenfalls auf, da Wirtschaftlichkeitsanforderungen nicht erfüllt wurden. Die hohen Kosten konnten auch dort durch die Behandlung von besonders komplexen und kostenintensiven Patienten gerechtfertigt werden, welche kaum in anderen Rehabilitationskliniken untergebracht werden können (vgl. Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats des Kantons Zürich, Sitzung vom 21. September 2011, RRB Nr. 2011-001134 Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik und Rehabilitation, S. 33). Mit Einführung der geplanten Tarifstruktur ST Reha, die den Schweregrad der Patienten abbildet, wird dies in Zukunft klar ersichtlich werden. Aus diesem Grund wird keine der beiden Kliniken als unwirtschaftlich eingestuft.

10.3.3 Rehabilitationskliniken im Bereich Paraplegie/Tetraplegie sowie Schädel-Hirn-Trauma

Im Verlaufe der Zusammenstellung der Benchmark-Gruppen hat sich herausgestellt, dass es sinnvoll ist, auch eine Benchmark-Gruppe für Rehabilitationskliniken im Bereich Paraplegie/Tetraplegie sowie Schädel-Hirn-Trauma zu bilden. Der Aufwand für die Behandlung dieser Patientengruppe ist erheblich höher (kostenintensiver) als für die übrigen Patientengruppen der Rehabilitation. Deshalb können die auf diese Patientengruppen spezialisierten Rehabilitationskliniken nicht ohne weiteres mit den übrigen Rehabilitationskliniken verglichen werden. Alle drei Kliniken unterscheiden sich bei der Benchmark-relevanten Tagestaxe nur gering und werden als wirtschaftlich eingestuft.

Tabelle 44

Benchmark Rehabilitation Paraplegie/Tetraplegie sowie Schädel-Hirn-Trauma	Benchmark-relevante Tagestaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Universitätsklinik Balgrist	1'381	-4,4 %
REHAB Basel	1'444	0 %
Schweizer Paraplegiker Zentrum	1'476	2,2 %

10.4 Beurteilung der Bewerbungen

Alle Bewerbungen wurden anhand der Voraussetzungen zur Erteilung eines Leistungsauftrags geprüft. Entscheide über die Erteilung von Leistungsaufträgen werden nachfolgend nicht begründet, sondern in der Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau (Anhang 6) aufgeführt. Beantragte, aber nicht erteilte Leistungsaufträge werden nachfolgend kurz begründet (vgl. E. 9.4).

10.4.1 aarReha Schinznach

Der aarReha Schinznach werden wie bisher die Leistungsaufträge muskuloskeletale Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation erteilt, zusätzlich dazu die neu ausgeschriebenen Leistungsaufträge psychosomatische Rehabilitation und internistische Rehabilitation.

10.4.2 Klinik Barmelweid

Die Klinik Barmelweid hat sich für einen Leistungsauftrag für pulmonale Rehabilitation, kardiovaskuläre Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation, psychosomatische Rehabilitation und internistische Rehabilitation beworben. Bei den bisherigen Angeboten kardiovaskuläre Rehabilitation und pulmonale Rehabilitation wurde sie aber aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. E. 10.3.1) als nicht wirtschaftlich eingestuft. Die Klinik Barmelweid argumentiert, dass sie durch das in Fachkreisen anerkannte Knowhow im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich immer mehr schwerkranke Patientinnen und Patienten zugewiesen erhalte und dementsprechend einen hohen Behandlungsaufwand habe, der sich in den vergleichsweise hohen Taxen widerspiegeln. Die konstant hohe Auslastung der Klinik belege aber, dass die zuweisenden Stellen (insbesondere auch die Fallmanagementabteilungen der Kostenträger) das Angebot als angemessen betrachteten.

In Würdigung dieser Argumentation werden der Klinik Barmelweid die entsprechenden Leistungsaufträge erteilt mit der Bedingung, dass die durchschnittliche Tagestaxe der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation innerhalb von zwei Jahren den für die Spitalliste 2015 definierten Wirtschaftlichkeitskriterien entsprechen muss (Benchmark ist das 40. Perzentil der Vergleichskategorie Rehabilitation Grundversorger, höchstens 30 % über Benchmark). Ausschlaggebend zur Beurteilung ist das Datenjahr 2016. Sofern zu diesem Zeitpunkt ein präziseres Tarifsysteem in Gebrauch ist (zum Beispiel ST Reha), das einen schwegradbereinigten Vergleich von Kliniken erlaubt, wird dieses zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet (vgl. E. 10.3.1).

Im Rahmen der Neubewerbungen für die Leistungsgruppen geriatrische Rehabilitation, psychosomatische Rehabilitation und internistische Rehabilitation werden die Leistungsaufträge ohne Bedingung erteilt, um der Klinik Barmelweid die Möglichkeit zu geben, sich in diesen Bereichen zu etablieren.

Der Leistungsauftrag internistische Rehabilitation wird mit dem Zusatz "inklusive somatische Stabilisierung von Abhängigkeitserkrankten" ergänzt und präzisiert, um administrativen Abläufe (insbesondere Kostengutsprachen mit den Krankenversicherungen) zu vereinfachen.

Ebenfalls wird der Klinik Barmelweid der Leistungsauftrag Frührehabilitation erteilt, allerdings – da er sich auf die organspezifischen Rehabilitationsgruppen kardiovaskuläre Rehabilitation, pulmonale Rehabilitation und internistische Rehabilitation bezieht – ebenfalls mit der obengenannten Bedingung in Bezug auf die fehlende Wirtschaftlichkeit.

10.4.3 Privat-Klinik Im Park

Die Privat-Klinik Im Park in Bad Schinznach erhält neben den bisherigen Leistungsaufträge muskuloskeletale Rehabilitation und neurologische Rehabilitation neu auch den Leistungsauftrag internistische Rehabilitation.

10.4.4 RehaClinic

Die RehaClinic in Bad Zurzach und Baden erhält neben den bisherigen Leistungsaufträgen musku-loskelettale Rehabilitation, neurologische Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation auch diejeni- gen für Frührehabilitation und psychosomatische Rehabilitation. Der bisherige Leistungsauftrag kar- diovaskuläre Rehabilitation beschränkt auf angiologische Rehabilitation wird neu uneingeschränkt erteilt, mit der aufschiebenden Bedingung, dass der gemäss Bewerbungsunterlagen erforderliche Facharzt angestellt wird.

10.4.5 Reha Bellikon

Die Reha Bellikon erhält die Leistungsaufträge muskuloskelettale Rehabilitation, neurologische Re- habilitation, Frührehabilitation.

10.4.6 Reha Rheinfelden

Die Reha Rheinfelden erhält neben den bisherigen Leistungsaufträgen muskuloskelettale Rehabilita- tion, neurologische Rehabilitation und geriatrische Rehabilitation neu die Leistungsaufträge psycho- somatische Rehabilitation, internistische Rehabilitation und Frührehabilitation (bisher neurologische Frührehabilitation).

Basierend auf bisherigen Erfahrungen wird der Leistungsauftrag muskuloskelettale Rehabilitation mit dem Zusatz "inklusive Rehabilitation der Sklerodermie" ergänzt (analog Spitalliste 2012).

10.4.7 Rehaklinik Salina

Die Rehaklinik Salina in Rheinfelden erhält wie bisher den Leistungsauftrag muskuloskelettale Reha- bilitation.

10.4.8 Spital Zofingen

Das Spital Zofingen bewirbt sich neu für den Leistungsauftrag geriatrische Rehabilitation, der in Ko- operation mit der Reha Rheinfelden erbracht werden soll. Wegen Platzmangel in der Reha Rheinfel- den sei die Idee entstanden, ein gemeinsames Projekt am Standort Zofingen zu betreiben, so dass die geriatrische Rehabilitation im Spital Zofingen mit dem Knowhow der Reha Rheinfelden erbracht werden könne. Der Leistungsauftrag wird nicht erteilt. Grund dafür ist einerseits die Tatsache, dass das Angebot der geriatrischen Rehabilitation in der Region Westaargau bereits durch die Klinik Bar- melweid abgedeckt ist, andererseits die fehlende Erfahrung des Spitals Zofingen im Bereich stationä- rer Rehabilitation (rehabilitativer Behandlungsansatz, zusätzliche Personalqualifikationen notwendig). Zudem ist es mehr als zweifelhaft, ob die gemäss Qualitätskriterien geforderte Mindestfallzahl von jährlich 250 Behandlungsfällen überhaupt erreicht werden könnte.

10.4.9 Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil (SPZ)

Dem SPZ werden die folgende Leistungsaufträge erteilt: Neurologische Rehabilitation, geriatrische Rehabilitation und Frührehabilitation. Alle drei werden eingeschränkt mit dem Zusatz "beschränkt auf die Behandlung von Querschnittgelähmten (Paraplegie, Tetraplegie) und Betroffene mit quer- schnittsähnlicher Symptomatik".

10.4.10 Kinderspital Zürich

Dem Kinderspital Zürich werden die Leistungsaufträge muskuloskelettale Rehabilitation, neurologi- sche Rehabilitation, pulmonale Rehabilitation und Frührehabilitation erteilt. Alle vier werden be- schränkt auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

10.4.11 Universitätsklinik Balgrist

Der Universitätsklinik Balgrist in Zürich werden die Leistungsgruppen neurologische Rehabilitation und Frührehabilitation mit der Einschränkung "beschränkt auf die Behandlung von Querschnittge- lähmten (Paraplegie, Tetraplegie) und Betroffene mit querschnittsähnlicher Symptomatik" zu erteilen.

Die Universitätsklinik Balgrist erläutert, dass es im Sinne einer Behandlungskontinuität von Vorteil ist, wenn Patientinnen und Patienten, welche bei ihnen akut behandelt wurden, ebenfalls im Rahmen einer stationären muskuloskelettalen Rehabilitation behandelt werden könnten. Deshalb sei es sinnvoll, wenn sie einen entsprechenden Leistungsauftrag erhalten würden. Da der Bedarf der Aargauer Bevölkerung in diesem Bereich bereits ausreichend mit innerkantonalen Angeboten abgedeckt ist, das Angebot der Universitätsklinik Balgrist nicht versorgungsrelevant ist (vgl. E. 6.4) und im Rahmen der freien Spitalwahl der Zugang gewährleistet ist, falls ein entsprechender Leistungsauftrag des Standortkantons besteht (vgl. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG), wird der Leistungsauftrag für muskuloskelettale Rehabilitation nicht erteilt.

10.4.12 REHAB Basel

Dem REHAB werden die folgende Leistungsaufträge erteilt: Neurologische Rehabilitation und Frührehabilitation, mit der Einschränkung "beschränkt auf die Behandlung von Personen mit Schädel-Hirn-Traumata, Querschnittgelähmten (Paraplegie, Tetraplegie) und Betroffene mit querschnittsähnlicher Symptomatik".

11. Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau

11.1 Leistungsgruppen

Die Zuteilung der Listenplätze für die stationäre Psychiatrie folgt neben den Bedarfs- und den allgemeinen Kriterien einer Einteilung, welche sich auf die Schwerpunkte und die dafür notwendige personelle und fachliche Infrastruktur bezieht. Obergruppen sind die allgemeine stationäre Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die forensische Psychiatrie. Dazu gehören die Spezialgebiete wie zum Beispiel die Alterspsychiatrie, die Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten und weitere spezielle Angebote. Die Leistungsgruppen stimmen mit den für die Spitalliste 2012 verwendeten überein.

Die Zuteilung der Leistungsaufträge im Detail ist von der Erfüllung von Minimalanforderungen wie zum Beispiel Fachkompetenz und zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte vor Ort sowie organisatorischen und infrastrukturellen Voraussetzungen abhängig, welche in den Bewerbungsunterlagen detailliert ausgewiesen sind (vgl. auch Anhang 12 dieses Beschlusses). Diese Anforderungen dienen insbesondere der Sicherstellung der Bereitschaft und Fähigkeit eines Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Leistungsauftrags (Leistungsbereichs) und der Qualitätssicherung (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, Art. 58b Abs. 4 lit. c KVV).

Folgende Leistungsaufträge werden vergeben:

- Allgemeine Psychiatrie: Grundversorgung und Akutbehandlung
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Stationäre Psychotherapie inklusive somatopsychischer Behandlung
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Elektro-Krampftherapie
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Mutter-Kind-Hospitalisationen
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Schwere Essstörungen
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Psychiatrische Rehabilitation
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Krisenintervention psychiatrischer Störungen bei Intelligenzminderung
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten: Grundversorgung (v.a. Entzug, Krisenintervention)
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten: Entwöhnungstherapie
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten: Verhaltenssüchte
- Alterspsychiatrie: Grundversorgung
- Alterspsychiatrie: Spezialisierte Langzeitbehandlung
- Allg. Kinderpsychiatrie/Grundversorgung

- Allg. Jugendpsychiatrie/Grundversorgung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Schwere Essstörungen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Suchtbehandlungen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlung psychiatrischer Störungen bei kognitiver oder körperlicher Behinderung
- Forensik

11.2 Bedarfsprognose

Fallzahlen in einer Aufteilung, wie sie den im Kanton Aargau verwendeten Leistungsaufträgen entsprechen, lassen sich nicht aus den Daten der Medizinischen Statistik ableiten. Im Psychiatriebereich wird der Bedarf aufgeteilt nach F-Gruppen gemäss ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wiedergegeben. Die Behandlungsfälle gemäss F-Gruppierung lassen aber hinreichende Rückschlüsse auf den Bedarf in den jeweiligen Leistungsgruppen zu.

Tabelle 45

Leistungsbereich gemäss Versorgungsbericht 2012	Fälle 2011 innerkantonal	Fälle 2011 ausserkantonal	Summe der Fälle 2011	Prognostiziert Veränderung der Fallzahlen bis 2015	Prognose 2015
F0 Organische Störungen (inklusive Demenz)	317	26	343	9,3 %	375
F1 Alkoholabhängigkeit, Drogen	1'065	175	1'240	2,4 %	1'270
F2 Schizophrenien	524	88	612	-0,2 %	611
F3 affektive Störungen	986	452	1'438	4,0 %	1'496
F4 Neurotische Störungen	597	233	830	2,7 %	852
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	148	87	235	0,5 %	236
F5, F7–F9 Intelligenzminderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen	151	55	206	1,0 %	208
Total	3'788	1'116	4'904	2,9 %	5'048

11.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung

11.3.1 Benchmarking Grundversorger

Beim Benchmark der Grundversorger Psychiatrie handelt es sich um Spitäler mit dem Typ K235 "Andere Spezialkliniken". Die Klinik Schützen ist als einzige als K211 "Spezialklinik Versorgungsniveau 1" kategorisiert. Bei der Einteilung in diese Kategorie wurde auch berücksichtigt, dass das abzudeckende Volumen bei weniger als 1'000 Fällen liegt. Kliniken, die ein Volumen von mehr als 1'000 Fälle abdecken müssen, werden in der nächst höheren Kategorie "Zentrumsversorger" berücksichtigt.

Tabelle 46

Benchmark Psychiatrie Grundversorger	Benchmark-relevante Tagestaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
Klinik Im Hasel	338	-39,7 %
Stiftung für Sozialtherapie (Klinik für Suchtmedizin)	466	-16,7 %
Klinik Schützen	560	0 %
Klinik Barmelweid	657	17,3 %
Klinik für Schlafmedizin KSM	676	20,8 %

Obwohl in dieser Benchmark-Kategorie also nur Grundversorger der Psychiatrie eingestuft sind, ist es aufgrund der noch nicht eingeführten Tarifstruktur TARPSY sehr schwierig, einen Vergleich zu ziehen. Wie die obige Tabelle zeigt, fallen die Tagestaxen der Leistungserbringer sehr unterschiedlich zueinander aus. Dies trifft auch auf die Leistungen der Anbieter sowie der damit verbundenen Komplexität der Patientenstruktur zu. Selbst ein Vergleich der absoluten Zahlen ist in diesem Fall nicht aussagekräftig genug. Die geplante Einführung der schweregradbereinigten Tarifstruktur TARPSY in 2016/17 (vgl. E. 7.5.3) sollte künftig eine aussagekräftigere Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ermöglichen.

In Würdigung der fehlenden Tarifstruktur im Bereich Psychiatrie und dass sich alle Grundversorger innerhalb der Abweitungstoleranz von plus 30 % zum Benchmark befinden, entscheidet der Regierungsrat, alle Leistungserbringer dieser Gruppe auf die Spitalliste 2015 Psychiatrie zu nehmen. Um letztendlich weitere Abweichungen der Leistungserbringer detailliert begründen zu können, muss im Gesamtkontext auch das jeweilige Angebot der Leistungserbringer betrachtet werden, um die Unterschiede in der Patientenstruktur nachvollziehen zu können. So behandeln sowohl die Klinik Im Hasel als auch die Klinik für Suchtmedizin ausschliesslich Suchterkrankungen und haben deshalb eine tiefere Kostenstruktur als andere psychiatrische Kliniken.

11.3.2 Benchmarking Zentrumsversorger

Beim Benchmark der Zentrumversorger Psychiatrie handelt es sich um Spitäler mit dem Typ K211 "Spezialklinik Versorgungsniveau 1". Bei der Einteilung in diese Kategorie wurde auch berücksichtigt, dass das abzudeckende Volumen bei mehr als 1'000 Fällen liegt. Über die wesentlich höheren Benchmark-relevanten Betriebskosten ist zusätzlich eine eindeutige Abgrenzung zu den Grundversorgern möglich. Alle Kliniken können als wirtschaftlich eingestuft werden.

Tabelle 47

Benchmark Psychiatrie Zentrumversorger	Benchmark-relevante Tagestaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40. Perzentil
Luzerner Psychiatrie LUPS	508	-8,0 %
Psychiatrische Dienste Aargau PDAG	552	0 %
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel UPK	604	9,3 %

11.3.3 Benchmarking Kinderkliniken

Als reine Kinderklinik werden das Kinderspital Zürich und das UKBB in die Kategorie K233 "Andere Spezialkliniken Pädiatrie" eingestuft. Ausserdem bewerben sich die Kliniken PDAG, UPK und Luzerner Psychiatrie LUPS (Kategorie K211 "Spezialkliniken Psychiatrie Versorgungsniveau 1") ebenfalls um den Leistungsauftrag Kinderpsychiatrie. Alle Tagestaxen liegen innerhalb der Abweitungstoleranz von 30 %. Die Kliniken sind als wirtschaftlich einzustufen.

Tabelle 48

Benchmark Psychiatrie Kinderkliniken	Benchmark-relevante Tagesstaxe (Durchschnitt) in Franken exklusive ANK	Abweichung zum Benchmark beim 40-Perzentil
LUPS	675	-14,2 %
UPK	744	-5,4 %
PDAG	786	0 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB	820	4,3 %
Kinderspital Zürich	864	9,9 %

11.4 Beurteilung der Bewerbungen

Alle Bewerbungen wurden anhand der Voraussetzungen zur Erteilung eines Leistungsauftrags geprüft. Entscheide über die Erteilung von Leistungsaufträgen werden nachfolgend nicht begründet, sondern in der Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau (Anhang 10) aufgeführt. Beantragte, aber nicht erteilte Leistungsaufträge werden nachfolgend kurz begründet (vgl. E. 9.4).

11.4.1 Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG)

Der PDAG in Brugg/Windisch werden die Leistungsaufträge gemäss Anhang 10 im bisherigen Umfang erteilt.

11.4.2 Klinik Barmelweid

Neben den bisherigen Leistungsaufträgen Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Stationäre Psychotherapie inklusive somato-psychischer Behandlung, Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Schwere Essstörungen und Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Psychiatrische Rehabilitation wird auch der Leistungsauftrag Allgemeine Psychiatrie: Grundversorgung und Akutbehandlung erteilt.

11.4.3 Klinik für Schlafmedizin (KSM)

Der KSM in Bad Zurzach werden entsprechend der von ihr eingereichten Bewerbung sowie den Leistungsaufträgen auf der Spitalliste 2012 die folgenden Leistungsaufträge erteilt:

- Allgemeine Psychiatrie – Grundversorgung und Akutbehandlung
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote – Psychiatrische Rehabilitation sowie
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten – Entwöhnungstherapie.

11.4.4 Stiftung für Sozialtherapie

Die Stiftung für Sozialtherapie (Klinik für Suchtmedizin, Neuenhof; Institut für Sozialtherapie, Egliswil; Reha-Zentrum Niederlenz) erhält die Leistungsaufträge:

- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten:
Grundversorgung (v.a. Entzug, Krisenintervention)
Entwöhnungstherapie
Verhaltenssüchte.

11.4.5 Klinik Im Hasel

Die Klinik Im Hasel in Gontenschwil erhält entsprechend der von ihr eingereichten Bewerbung sowie den Leistungsaufträgen auf der Spitalliste 2012 die folgenden Leistungsaufträge:

- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten:
Entwöhnungstherapie
Verhaltenssüchte.

11.4.6 Klinik Schützen Rheinfelden

Die Klinik Schützen Rheinfelden erhält den Leistungsauftrag Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Stationäre Psychotherapie inklusive somato-psychischer Behandlung gemäss den eingereichten Bewerbungsunterlagen und analog des Leistungsauftrags auf der Spitalliste 2012.

11.4.7 Luzerner Psychiatrie (LUPS)

Die LUPS in St. Urban (Pfaffnau) erhält die Leistungsaufträge Allgemeine Psychiatrie – Grundversorgung und Akutbehandlung, Spezialangebote – Psychiatrische Rehabilitation, Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten: Grundversorgung (v.a. Entzug, Krisenintervention), Alterspsychiatrie: Grundversorgung sowie Alterspsychiatrie: Spezialisierte Langzeitbehandlung.

Die beiden Leistungsaufträge Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Krisenintervention psychiatrischer Störungen bei Intelligenzminderung und Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten: Entwöhnungstherapie werden nicht erteilt, weil die gemäss Bewerbungsunterlagen für die Spitalliste 2015 einverlangten Fallzahlen 2012 sowie die Prognose der Fallzahlen 2015 fehlten. Die Versorgungsnotwendigkeit für den Kanton Aargau war so nicht ermittelbar (vgl. E. 6.4). Zudem gibt es in den betreffenden Leistungsgruppen keine Hinweise auf Versorgungsengpässe bei den innerkantonalen Angeboten. Die LUPS weist in ihrer Stellungnahme auf Zusammenarbeitsverträge mit sozialmedizinischen Institutionen im Kanton Aargau hin, die sie abgeschlossen haben. Diese Verträge werden aber durch den Spitallistenentscheid nicht tangiert, da es sich nicht um stationäre Angebote gemäss KVG handelt.

11.4.8 Kinderspital Zürich

Dem Kinderspital Zürich werden die beantragten Leistungsaufträge im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Allgemeine Kinder-Psychiatrie/Grundversorgung, Allgemeine Jugend-Psychiatrie/Grundversorgung sowie Schwere Essstörungen nicht erteilt. Grund dafür ist, dass es sich anhand der in den Bewerbungsunterlagen angegebenen prognostizierten Fallzahlen und den Behandlungszahlen in der Vergangenheit bei den Aargauer Patienten um Einzelfälle handelt. Eine Versorgungsrelevanz für den Kanton Aargau ist in diesen Behandlungsgruppen nicht gegeben (vgl. E. 6.4).

Das Kinderspital Zürich ist in seiner Stellungnahme zur Ersteinschätzung des Departements Gesundheit und Soziales mit der Nicht-Erteilung einverstanden.

11.4.9 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Das UKBB erhält die (bisherigen) Leistungsaufträge im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (Allgemeine Kinder-Psychiatrie/Grundversorgung, Allgemeine Jugend-Psychiatrie/Grundversorgung sowie Schwere Essstörungen).

Der Leistungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlung psychiatrischer Störungen bei kognitiver oder körperlicher Behinderung wird nicht erteilt. Die gemäss Bewerbungsunterlagen einverlangten Angaben zu den Fallzahlen 2012 sowie zur Prognose der Fallzahlen 2015 fehlten und wurden auch nicht nachgereicht, so dass die Versorgungsnotwendigkeit für den Kanton Aargau nicht ermittelt werden konnte (vgl. E. 6.4). Auch hier gibt es keine Hinweise auf einen Versorgungsengpass bei den innerkantonalen Angeboten, zumal es sich gemäss Auskunft des UKBB insgesamt um

Einzelfälle handle. Das UKBB ist in seiner Stellungnahme zur Ersteinschätzung des Departements Gesundheit und Soziales mit der Nicht-Erteilung einverstanden.

11.4.10 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Die UPK erhält die folgenden Leistungsaufträge:

- Allgemeine Psychiatrie: Grundversorgung und Akutbehandlung
- Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote:
Stationäre Psychotherapie inklusive somato-psychischer Behandlung
Schwere Essstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten:
Grundversorgung (v.a. Entzug, Krisenintervention)
Entwöhnungstherapie
Verhaltenssüchte
- Alterspsychiatrie:
Grundversorgung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie:
Allgemeine Kinderpsychiatrie/Grundversorgung
Allgemeine Jugendpsychiatrie/Grundversorgung.

Die Leistungsaufträge für die Leistungsgruppe Forensik wird nicht erteilt, weil die Versorgungsrelevanz aufgrund der Fallzahlprognose für den Kanton Aargau nicht gegeben ist (vgl. E. 6.4). Es handelt sich um Einzelfälle im Vergleich zum Gesamtbedarf des Kantons Aargau. Die UPK weist darauf hin, dass bei einer Nicht-Aufnahme auf die Spitalliste die Übernahme des KVG-Anteils der Behandlungskosten nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist aber nicht der Fall, da die UPK einen entsprechenden Leistungsauftrag des Standortkantons Basel-Stadt hat und folglich der KVG-Anteil der Behandlungskosten gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG übernommen wird.

11.4.11 UniversitätsSpital Zürich (USZ)

Der Leistungsauftrag Erwachsenenpsychiatrie Spezialangebote: Schwere Essstörungen wird nicht erteilt. Anhand der prognostizierten Behandlungszahlen der Aargauer Patienten (1–3 pro Jahr) wird das Angebot nicht als versorgungsnotwendig erachtet (vgl. E. 6.4). Das USZ gab zur vorgesehenen Nicht-Erteilung keine Stellungnahme ab.

12. Anhänge der Spitallisten 2015 des Kantons Aargau

Die Anhänge dieses Beschlusses stellen integrierende Bestandteile der Spitallisten 2015 des Kantons Aargau dar und sind rechtsverbindlich.

12.1 Leistungsaufträge und Spitallisten 2015

Die Leistungsaufträge gelten ab dem 1. Januar 2015 für eine Dauer von 4 Jahren (§ 8 Abs. 1 SpilIV), somit bis zum 31. Dezember 2018. Vorbehalten bleiben die Leistungsaufträge mit auflösenden Bedingungen (E. 12.2) und rechtskräftige IVHSM-Zuteilungsentscheide (vgl. Art. 9 Abs. 2 IVHSM).

Die Spitalliste stellt ein Rechtsinstitut sui generis dar und wird von der Rechtsprechung als Zusammenzug der einzelnen Leistungsaufträge beziehungsweise als Bündel von Einzelverfügungen bezeichnet (BVGE 2012/9, E. 3.2). Die mit diesem Beschluss erteilten Leistungsaufträge in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sind in den folgenden drei Spitallisten 2015 des Kantons Aargau zusammengefasst (vgl. Art. 58e KVV) und diesem Beschluss angehängt:

- Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau (Anhang 1)
- Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau (Anhang 6)
- Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau (Anhang 10).

12.2 Bedingte Leistungsaufträge

Gewisse Leistungsaufträge werden mit aufschiebenden oder auflösenden Bedingungen (vgl. E. 6.2) versehen. Die einzelnen Leistungsaufträge mit Bedingungen wurden vorangehend bei der Beurteilung der Bewerbungen erläutert (vgl. E. 9.3.5 und 9.4 [Akutsomatik] sowie 10.3 [Rehabilitation]; die Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau enthält keine bedingten Leistungsaufträge). Die Bedingungen sind pro Spitalliste in einem Anhang zusammengefasst:

- bedingte Leistungsaufträge Akutsomatik (Anhang 2)
- bedingte Leistungsaufträge Rehabilitation (Anhang 7).

Bei aufschiebend bedingten Leistungsaufträgen hat der Leistungserbringer dem Departement Gesundheit und Soziales Unterlagen einzureichen, welche die Erfüllung der Bedingung nachweisen. Der entsprechende Leistungsauftrag tritt erst mit entsprechendem Bestätigungsschreiben des Departements Gesundheit und Soziales in Kraft. Zur Rechtsfolge auflösender Bedingungen siehe im Einzelnen und differenzierend E. 6.2.

12.3 Generelle Auflagen der Leistungsaufträge sowie detaillierte Anforderungen pro Leistungsgruppe

Die mit den Leistungsaufträgen verbundenen Pflichten wie etwa betreffend dem Umfang des Leistungs- und Versorgungsauftrags, Qualitätssicherung, Aus- und Weiterbildung, Kündigungs- und Zahlungsmodalitäten, Datenlieferung und Rechnungslegung, Aufsicht und Revision (generelle Auflagen) sowie die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sind in folgenden Anhängen jeweils pro Spitalliste spezifiziert:

Akutsomatik

- generelle Auflagen der Leistungsaufträge Akutsomatik (Anhang 3)
- Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe im Überblick (Anhang 4)
- detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe (Anhang 5)

Rehabilitation

- generelle Auflagen der Leistungsaufträge Rehabilitation (Anhang 8)
- Anforderungen pro rehabilitativer Leistungsgruppe (Anhang 9)

Psychiatrie

- generelle Auflagen der Leistungsaufträge Psychiatrie (Anhang 11)
- Anforderungen pro psychiatrische Leistungsgruppe (Anhang 12)

Die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sind in den Bewerbungsunterlagen spezifiziert und dienen insbesondere der Sicherstellung der Bereitschaft und Fähigkeit eines Leistungserbringers zur Erfüllung des jeweiligen Leistungsauftrags beziehungsweise Leistungsbereichs und der Qualitätssicherung (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, Art. 58b Abs. 4 lit. c KVV). Die generellen Auflagen bezwecken die Konkretisierung gesetzlicher Vorgaben, wie etwa der Aufnahmepflicht (Art. 41a KVG) und des Tarifschutzes (Art. 41 KVG) sowie von Vorgaben der Spitallistenverordnung (vgl. E. 2.2 und E. 6.1) und dienen der Konkretisierung von Anforderungen an die Leistungserfüllung, der Qualität und Wirt-

schaftlichkeit der Leistungserbringung nach den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung (vgl. E. 2.1) sowie den Vorgaben im SpiG (vgl. E. 2.2).

13. Entzug der aufschiebenden Wirkung allfälliger Beschwerden und Aufhebung früherer Spitallisten des Kantons Aargau

Mit wenigen Ausnahmen werden im Rahmen dieses Beschlusses zu den Spitallisten 2015 alle bestehenden Leistungsaufträge der Spitalliste 2012 erneut erteilt, soweit sich der Leistungserbringer wiederum für den entsprechenden Leistungsauftrag bewarb. Alle Leistungsaufträge der Spitalliste 2012 sind bis am 31. Dezember 2014 befristet (Beschlüsse des Regierungsrats vom 7. September 2011 [RRB Nr. 2011-001348 und 2011-001349] und vom 16. November 2011 [RRB Nr. 2011-001681 bis 001687]). Die Leistungsaufträge der Spitallisten 2015 lösen jene der Spitalliste 2012 nahtlos ab und gelten ab dem 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018. Die Spitalliste 2012 ist somit ab dem 1. Januar 2015 auf jeden Fall zufolge Befristung nicht mehr in Kraft – unabhängig von allfälligen Beschwerden gegen diesen Beschluss der Spitallisten 2015. Eine formelle Aufhebung der Spitalliste 2012 ist somit entbehrlich. Die gesetzlich vorgesehene aufschiebende Wirkung einer allfälligen Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht (Art. 53 KVG und Art. 55 Abs. 1 VwVG) kommt diesfalls zufolge Befristung nicht zum Tragen, da an keinen vorbestehenden Zustand angeknüpft werden kann.

Die Beschwerden gegen die Nicht-Erteilung von Leistungsaufträgen der Spitalliste 2012 wurden vom Bundesverwaltungsgericht gutgeheissen und die angefochtene Verfügung wurde aufgehoben "soweit sie die Verweigerung der Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen [...Auflistung...]" betraf. Die Sache wurde in diesem Umfang zur Neuurteilung nach Durchführung einer bundesrechtskonformen Versorgungsplanung mit genügender Wirtschaftlichkeitsprüfung an die Vorinstanz zurückgewiesen. Zuzufolge Rückweisung an den Regierungsrat und der nach wie vor bestehenden aufschiebenden Wirkung (§ 46 Abs. 1 VRPG) gelten somit teilweise noch die Leistungsaufträge der Spitalliste 2007 (letzte Fassung gemäss Beschluss des Regierungsrats vom 18. Februar 2009 [RRB Nr. 2009-000244], nachfolgend: Spitalliste 2007), die formell nie aufgehoben wurde und deren Leistungsaufträge nicht befristet sind. Bei einer allfälligen erneuten Beschwerde eines Leistungserbringers gegen die auch im Rahmen der Spitallisten 2015 erneute Nicht-Erteilung solcher Leistungsbereiche, würden die alten Leistungsaufträge der Spitalliste 2007 zufolge der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde auch über den 1. Januar 2015 hinaus weitergelten.

Hat eine Verfügung nicht eine Geldleistung zum Gegenstand, so kann einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen werden (Art. 1 Abs. 3 VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 2 VwVG). Die aufschiebende Wirkung einer Beschwerde kann sich in Einzelfällen als nicht sachgerecht erweisen, weshalb sie auf Gesuch hin oder von Amtes wegen entzogen werden kann. Verlangen überwiegende öffentliche oder private Interessen einen Entzug der aufschiebenden Wirkung, ist die Behörde dazu verpflichtet (KIENER, in AUER/MÜLLER/SCHINDLER [HRSG.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich/St. Gallen 2008, Art. 55 N 12). Der Entzug ist ins Ermessen der entscheidenden Behörde gestellt. Es müssen überzeugende Gründe (BGE 129 II 286 E. 3.2 f.) für die sofortige Wirksamkeit einer Verfügung vorliegen, die insbesondere in öffentlichen Interessen der Rechtsordnung liegen können, und die entgegenstehende Interessen, ein Rechtsverhältnis während einem Beschwerdeverfahren in der Schwebe zu halten, überwiegen. Mithin ist eine Interessenabwägung zwischen den involvierten öffentlichen und privaten Interessen vorzunehmen. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit ist zu wahren (KIENER, a.a.O., Art. 55 N 14 ff.; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Auflage, Zürich 2013, Rz. 1075 f.).

Die privaten Interessen allfälliger Beschwerdeführer bestehen darin, auch über den 1. Januar 2015 hinaus im Rahmen der noch beschränkt geltenden Leistungsaufträge der Spitalliste 2007 (vgl. oben) stationäre Leistungen zulasten der OKP abrechnen zu können, bis das Bundesverwaltungsgericht

ein Urteil in der Sache gefällt hat. Demgegenüber stehen die öffentlichen Interessen an einer sofortigen Wirkung der neuen Leistungsaufträge der Spitallisten 2015. Würde die Spitalliste 2007 partiell weitergelten, so verstiesse der Kanton Aargau gegen klares Bundesrecht, da diese Spitalplanung nicht den Anforderungen der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 entspricht. Die Übergangsfrist zur Anpassung der kantonalen Spitalplanung an die neuen Anforderungen von Art. 39 KVG läuft am 31. Dezember 2014 ab (Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 [Übest.]). Der Kanton Aargau würde nicht nur diese Bundesvorschrift verletzen, sondern auch gegen Sinn und Geist des Bundesrechts verstossen, mithin den Zielen der KVG-Revision nach einer leistungsorientierten Spitalplanung (vgl. Art. 58c lit. a KVV) auf der Grundlage von Betriebsvergleichen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG und Übest.) zwecks Verstärkung des Wettbewerbs und zur Steigerung der Effizienz (Botschaft des Bundesrats vom 15. September 2004, BBI 2004 5551 ff.; EUGSTER, Kommentar KVG, Zürich 2010, Art. 39 N 8 ff.) nicht nachleben, wäre die Spitalliste 2007 zum Teil noch in Kraft. Die früheren Spitallisten (insbesondere die Spitalliste 2007) sind daher formell auf den 1. Januar 2015 aufzuheben. Die betreffenden Leistungsbereiche (vgl. nachfolgende Auflistung) werden mit diesem Beschluss aus Qualitätsgründen (Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV) auf einige wenige Leistungserbringer konzentriert, die über genügend hohe Fallzahlen verfügen. Dadurch können zudem Synergien genutzt werden (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV).

Die angeführten, gewichtigen öffentlichen Interessen überwiegen die privaten Interessen allfälliger Beschwerdeführer klar, zumal die Tätigkeit, zulasten der OKP abrechnen zu können, nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung weitgehend dem Schutz der Wirtschaftsfreiheit entzogen ist (BGE 130 I 26 E. 4.3-4.5). Betroffen vom Entzug der aufschiebenden Wirkung sind schliesslich nur wenige Leistungserbringer und vereinzelte Leistungsbereiche, in denen allfällige Beschwerdeführer zudem geringe Fallzahlen aufweisen (E. 9.4.5, 9.4.7–9.4.8), womit auch die Verhältnismässigkeit gewahrt ist. Der Kantonsspital Baden AG ist aus gewichtigen leistungsgruppenspezifischen Gründen NEU3.1 – Zerebrovaskuläre Störungen (Comprehensive Stroke Center) nicht zu erteilen (E. 9.4.2). Im Einzelnen handelt es sich um folgende Leistungserbringer und Leistungsgruppen:

Kantonsspital Baden

- NEU3.1 – Zerebrovaskuläre Störungen (Comprehensive Stroke Center)

Spital Zofingen

- HNO2: Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie

Asana Spital Leuggern

- URO1.1 – Urologie mit Schwerpunktstiel 'Operative Urologie'
- URO1.1.1 – Radikale Prostatektomie
- URO1.1.8 – Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial

Asana Spital Menziken

- AUG1 – Ophthalmologie
- AUG1.4 – Bindehaut, Hornhaut und Sklera (inklusive Hornhauttransplantation)
- AUG1.5 – Glaukom
- AUG1.7 – Glaskörper/Netzhautprobleme

Allfälligen Beschwerden gegen diesen Beschluss ist aus obgenannten gewichtigen Gründen die aufschiebende Wirkung zu entziehen. Dies ist im Dispositiv des Beschlusses anzuordnen (BGE 109 V 229 E. 2a).

Schliesslich ist anzumerken, dass in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie ab dem 1. Januar 2015 keine alten Leistungsaufträge mehr weitergelten. Es gelten integral jene der Spitallisten 2015 Rehabilitation und Psychiatrie des Kantons Aargau.

14. Keine Übergangsbestimmungen notwendig

Werden einem Leistungserbringer bisherige Leistungsaufträge entzogen oder nicht verlängert, so ist ihm nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts eine angemessene Übergangsfrist von maximal sechs Monaten zu gewähren. Diese dient einerseits dazu, die Behandlung bereits aufgenommenen Patientinnen und Patienten abschliessen zu können und soll dem Leistungserbringer andererseits ermöglichen, allenfalls notwendige Anpassungen in betrieblicher Hinsicht (zum Beispiel betreffend Infrastruktur und Personal) vorzunehmen. Die Dauer der Übergangsfrist ist im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände und der involvierten privaten und öffentlichen Interessen festzulegen, wobei sechs Monate den maximalen Rahmen bilden (vgl. BVerGE 2010/15 E. 8.2 mit Hinweisen, Urteil BVerGE C-220/2012 vom 4. Juni 2012 E. 2.3.2).

Die Leistungsaufträge der Spitalliste 2012 laufen per 31. Dezember 2014 aus (E. 12.1). Die noch in beschränktem Umfang geltende Spitalliste 2007 und deren Leistungsaufträge werden auf den 1. Januar 2015 aufgehoben (E. 13). Die Spitallisten 2015 und deren Leistungsaufträge werden mit diesem Beschluss festgesetzt, indes erst auf den 1. Januar 2015 in Kraft gesetzt. Die nach der Rechtsprechung allenfalls notwendige Übergangsfrist von bis zu sechs Monaten ist somit gewährt. Auf den Erlass einer besonderen Übergangsfrist kann verzichtet werden. Auch sind keine sonstigen Übergangsregelungen (vorsorgliche Massnahmen) zu treffen, da mit den ab 1. Januar 2015 in Kraft tretenden Leistungsaufträgen der Versorgungsbedarf der Bevölkerung vollständig abgedeckt ist.

15. Kosten

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben und keine Parteientschädigung ausgerichtet, da der Regierungsrat gestützt auf Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG, Art. 53 KVG und § 7 Abs. 1 SpiG sowie § 7 Abs. 1 und 2 SpiliV erstinstanzlich entscheidet und im vorliegenden Sachbereich keine abweichenden Bestimmungen zum Kostenersatz bestehen (vgl. §§ 31 Abs. 1 und 32 Abs. 1 VRPG).

16. Publikation

In Bezug auf die Publikation des vorliegenden Entscheids ist Art. 36 VwVG anwendbar (vgl. Art. 1 Abs. 3 VwVG). Ein Entscheid kann durch Veröffentlichung in einem amtlichen Blatt eröffnet werden, wenn in einer Sache zahlreiche Parteien beteiligt oder betroffen sein können oder sich diese ohne unverhältnismässigen Aufwand nicht vollzählig bestimmen lassen (Art. 36 lit. c und d VwVG). Auch in Beachtung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, wonach andere Spitäler sowie Krankenkassen nicht gegen die Erteilung von Leistungsaufträgen einer Spitalliste beschwerdelegitimiert sind, ist nicht auszuschliessen, dass gewisse – nicht ohne unverhältnismässigen Aufwand zu bestimmende – Dritte doch beschwerdelegitimiert sein könnten (vgl. KNEUBÜHLER, in: AUER/MÜLLER/SCHINDLER (HRSG.), Kommentar VwVG, Zürich/St. Gallen 2008, Art. 36 N 10). Das Dispositiv des Entscheids sowie die Spitallisten 2015 (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) werden daher im Amtsblatt des Kantons Aargau publiziert, da ansonsten nicht sichergestellt wäre, dass der vorliegende Beschluss für diese Dritte in formelle Rechtskraft erwächst (vgl. KNEUBÜHLER, a.a.O., Art. 36 N 5). Auch das kantonale Recht ordnet die Publikation der Spitallisten im Amtsblatt des Kantons Aargau an. Diese kann auf die Verteilung der Leistungsgruppen pro Spital beschränkt werden (§ 7 Abs. 5 SpiliV).

Beschluss

1.

Die folgenden Spitallisten 2015 des Kantons Aargau, die darin enthaltenen Leistungsaufträge an die Leistungserbringer sowie die Auflagen, Bedingungen und Anforderungen pro Leistungsgruppe werden festgesetzt:

1.1

- a) Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau (Anhang 1)
- b) bedingte Leistungsaufträge Akutsomatik (Anhang 2)
- c) generelle Auflagen der Leistungsaufträge Akutsomatik (Anhang 3)
- d) Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe im Überblick (Anhang 4)
- e) detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe (Anhang 5)

1.2

- a) Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau (Anhang 6)
- b) bedingte Leistungsaufträge Rehabilitation (Anhang 7)
- c) generelle Auflagen der Leistungsaufträge Rehabilitation (Anhang 8)
- d) Anforderungen pro rehabilitativer Leistungsgruppe (Anhang 9)

1.3

- a) Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau (Anhang 10)
- b) generelle Auflagen der Leistungsaufträge Psychiatrie (Anhang 11)
- c) Anforderungen pro psychiatrische Leistungsgruppe (Anhang 12)

1.4

a)

Die Leistungsaufträge treten am 1. Januar 2015 in Kraft und werden für die Dauer von vier Jahren erteilt, das heisst bis zum 31. Dezember 2018.

b)

Bei aufschiebend bedingten Leistungsaufträgen gemäss den Anhängen 2 und 7 hat der Leistungserbringer dem Departement Gesundheit und Soziales Unterlagen einzureichen, welche die Erfüllung der Bedingung nachweisen. Der entsprechende Leistungsauftrag tritt erst mit entsprechendem Bestätigungsschreiben des Departements Gesundheit und Soziales in Kraft.

c)

Das Departement Gesundheit und Soziales wird ermächtigt, die notwendigen Vollstreckungsentscheide und Vollstreckungshandlungen beim Eintritt auflösender Bedingungen betreffend Mindestfallzahlen gemäss den Anhängen 2 und 7 zu erlassen beziehungsweise zu treffen.

2.

Gesuche, die nicht oder nicht im beantragten Umfang in den Spitallisten 2015 gemäss Ziffer 1 berücksichtigt werden, werden im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

3.

Die früheren Spitallisten des Kantons Aargau werden auf den 1. Januar 2015 aufgehoben.

4.

Allfälligen Beschwerden gegen diesen Beschluss wird die aufschiebende Wirkung entzogen.

5.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben und keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

6.

Das Departement Gesundheit und Soziales wird mit der Publikation der Spitallisten 2015 des Kantons Aargau im Amtsblatt beauftragt.



Dr. Peter Grünenfelder
Staatsschreiber

Anhänge

- Anhang 1: Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau
- Anhang 2: bedingte Leistungsaufträge Akutsomatik
- Anhang 3: generelle Auflagen der Leistungsaufträge Akutsomatik
- Anhang 4: Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe im Überblick
- Anhang 5: detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe
- Anhang 6: Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau
- Anhang 7: bedingte Leistungsaufträge Rehabilitation
- Anhang 8: generelle Auflagen der Leistungsaufträge Rehabilitation
- Anhang 9: Anforderungen pro rehabilitativer Leistungsgruppe
- Anhang 10: Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau
- Anhang 11: generelle Auflagen der Leistungsaufträge Psychiatrie
- Anhang 12: Anforderungen pro psychiatrischer Leistungsgruppe

Verteiler I Akutsomatik (inklusive Anhänge 1–5; gegen Rückschein)

- Asana Gruppe AG, Spital Leuggern, Kommendeweg, 5316 Leuggern
- Asana Gruppe AG, Spital Menziken, Spitalstrasse 1, 5737 Menziken
- Geburtshaus Storchenäsch AG, Hendschikerstrasse 12, 5504 Othmarsingen
- Gesundheitszentrum Fricktal AG, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden
- Hirslanden Klinik Aarau AG, Schänisweg, 5001 Aarau
- Inselspital Bern Universitätsspital (Stiftung), 3010 Bern
- Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse, 5001 Aarau
- Kantonsspital Baden AG, Im Ergel 1, 5404 Baden
- Klinik Villa im Park AG, Bernstrasse 84, 4852 Rothrist
- Kreisspital für das Freiamt Muri (Stiftung), Spitalstrasse 144, 5630 Muri
- Schulthess Klinik (Stiftung), Lengghalde 2, 8008 Zürich
- Schweizerische Epilepsie-Stiftung, Epilepsiezentrum, Bleulerstrasse 60, 8008 Zürich
- Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 36, 4031 Basel

Verteiler II Rehabilitation (inklusive Anhänge 6–9; gegen Rückschein)

- Bad Schinznach AG, Privat-Klinik Im Park, Badstrasse, 5116 Bad Schinznach
- Reha Bellikon, Mutschellenstrasse 2, 5454 Bellikon
- Schützen Rheinfelden AG, Reha Rheinfelden, Salinenstrasse 98, 4310 Rheinfelden
- REHAB Basel AG, Im Burgfelderhof 40, 4012 Basel
- Salina Medizin AG, Rehaklinik Salina, Roberstenstrasse 31, 4310 Rheinfelden

Verteiler III Psychiatrie (inklusive Anhänge 10–12; gegen Rückschein)

- Klinik Im Hasel AG, Postfach 31, 5728 Gontenschwil
- Schützen Rheinfelden AG, Klinik Schützen, Bahnhofstrasse 19, 4310 Rheinfelden
- Luzerner Psychiatrie, Schafmattstrasse 1, 4915 St. Urban
- Psychiatrische Dienste Aargau AG, 5201 Brugg
- Stiftung für Sozialtherapie, Hutmattenweg 11, 5704 Egliswil
- Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

Verteiler IV Akutsomatik/Rehabilitation (inklusive Anhänge 1–9; gegen Rückschein)

- aarReha Schinznach (Stiftung), Badstrasse 55, 5116 Schinznach Bad
- RehaClinic AG, Quellenstrasse, 5330 Bad Zurzach
- Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG, Guido A. Zäch-Strasse 1, 6207 Nottwil
- Spital Zofingen AG, Mühlethalstrasse 27, 4800 Zofingen
- Schweizerischer Verein Balgrist, Uniklinik Balgrist, Forchstrasse 340, 8008 Zürich

Verteiler V Akutsomatik/Psychiatrie (inklusive Anhänge 1–5 und 10–12; gegen Rückschein)

- Klinik für Schlafmedizin AG, Badstrasse 33, 5330 Bad Zurzach
- Universitäts-Kinderspital beider Basel, Spitalstrasse 33, 4031 Basel
- UniversitätsSpital Zürich, Schmelzbergstrasse 26, 8091 Zürich

Verteiler VI Akutsomatik/Rehabilitation/Psychiatrie (inklusive Anhänge 1–12; gegen Rückschein)

- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
- Klinik Barmelweid AG, 5017 Barmelweid

Verteiler VII (inklusive Anhänge 1–12)

- Bundesamt für Gesundheit (BAG), 3003 Bern
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal
- Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, St. Alban-Vorstadt 25, 4001 Basel
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern, Rathausgasse 1, 3011 Bern
- Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern, Bahnhofstrasse 15, 6002 Luzern
- Departement des Innern Kanton Solothurn, Ambassadorshof, 4509 Solothurn
- Gesundheitsdirektion Kanton Zug, Neugasse 2, Postfach 455, 6301 Zug
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Stampfenbachstrasse 30, Postfach, 8090 Zürich
- Verband Aargauische Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (VAKA), Laurenzenvorstadt 77, 5001 Aarau
- santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn
- curafutura, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern
- Departement Gesundheit und Soziales
- Gesundheitsversorgung DGS

Rechtsmittelbelehrung

1.

Gegen diesen Entscheid kann gemäss Art. 53 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 innert einer nicht erstreckbaren Frist von 30 Tagen seit Zustellung beim Bundesverwaltungsgericht, Postfach, 9023 St. Gallen, Beschwerde geführt werden. Es gelten **keine Rechtsstillstandsfristen**.

2.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten. Die Ausfertigung des angefochtenen Entscheids und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

3.

Der begründete Entscheid liegt während der Rechtsmittelfrist bei der Abteilung Gesundheitsversorgung, Departement Gesundheit und Soziales, Bachstrasse 15, 5001 Aarau, zur Einsicht auf.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Rechtliche Grundlagen	3
2.1 Bundesrecht	3
2.2 Kantonales Recht	4
3. Spitalliste 2012	5
4. Spitallisten 2015	6
4.1 Vorarbeiten	6
4.2 Strategische Vorgaben und Zielsetzungen	7
5. Bewerbungsverfahren für die Spitalisten 2015	9
6. Grundsätzliche Anforderungen und Festlegungen	10
6.1 Generelle Anforderungen	10
6.2 Reguläre und bedingte Leistungsaufträge	11
6.3 Diagnosebezogene Fallzahlen	12
6.4 Beurteilung der Versorgungsrelevanz ausserkantonaler Bewerber	13
7. Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Benchmarkings	13
7.1 Einleitung	13
7.2 Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Wirtschaftlichkeitsprüfung allgemein und zum Benchmarking	14
7.3 Vergleichbarkeit und Beurteilung im Benchmarking	14
7.4 Prozess der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung	15
7.5 Ermittlung der Vergleichspreise	15
8. Beurteilung der Qualität	21
8.1 Mindestfallzahlen	21
8.2 Prüfung von Qualitätsindikatoren	22
9. Spitalliste 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau	23
9.1 Leistungsgruppen	23
9.2 Bedarfsprognose	23
9.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung	25
9.4 Beurteilung der Bewerbungen	29
10. Spitalliste 2015 Rehabilitation des Kantons Aargau	46
10.1 Leistungsgruppen	46
10.2 Bedarfsprognose	47
10.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung	48
10.4 Beurteilung der Bewerbungen	50
11. Spitalliste 2015 Psychiatrie des Kantons Aargau	52
11.1 Leistungsgruppen	52
11.2 Bedarfsprognose	53
11.3 Wirtschaftlichkeitsprüfung	53
11.4 Beurteilung der Bewerbungen	55

12. Anhänge der Spitallisten 2015 des Kantons Aargau	57
12.1 Leistungsaufträge und Spitallisten 2015.....	57
12.2 Bedingte Leistungsaufträge	58
12.3 Generelle Auflagen der Leistungsaufträge sowie detaillierte Anforderungen pro Leistungsgruppe	58
13. Entzug der aufschiebenden Wirkung allfälliger Beschwerden und Aufhebung früherer Spitallisten des Kantons Aargau.....	59
14. Keine Übergangsbestimmungen notwendig.....	61
15. Kosten	61
16. Publikation.....	61
Inhaltsverzeichnis	66