

## **WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie**

---

### **Gutachten Normkonzept zur Totalrevision Spitalgesetz des Kantons Aargau**

#### **zu Händen von**

Barbara Hürlimann  
lic. iur.  
Leiterin Abteilung Gesundheit  
Departement Gesundheit und Soziales des Kantons AG  
Bachstrasse 15  
CH-5001 Aargau

**Autor:** Matthias Maurer

#### **Kontaktadresse:**

Matthias Maurer, lic. oec. / MHA  
WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Gertrudstrasse 15  
CH-8401 Winterthur  
058 934 62 74 / [matthias.maurer@zhaw.ch](mailto:matthias.maurer@zhaw.ch)

27. Juni 2018 (Version 1.0)

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Beurteilung ausgewählter Leitsätze.....	4
2.1	Nicht beurteilte Leitsätze .....	4
2.2	Leitsatz 4: Spitalplanung.....	5
2.3	Leitsatz 5: Förderung ambulante Versorgung .....	10
2.4	Leitsatz 6: Begrenzung Wachstum Leistungsvolumen («Escape-Klausel»).....	16
2.5	Leitsatz 7: Bewilligung Grossgeräte («Infrastrukturklausel»).....	21
2.6	Leitsatz 14: Gemeinwirtschaftliche Leistungen.....	24
2.7	Leitsatz 16: Sicherung Versorgung («Too big to fail-Klausel»).....	28
2.8	Leitsatz 18: Strategische Führung und Eigentümerschaft .....	32
3	Fazit und Empfehlungen.....	37
	Literaturverzeichnis.....	41
	Anhang: Leitsätze gemäss RRB vom 25. April 2018.....	45

## 1 Einleitung

Der Kanton Aargau ist im Begriff, sein Spitalgesetz (SpiG, 331.200, Stand 1.1.2010) einer Totalrevision zu unterziehen. Bevor die Redaktion des Gesetzestextes in Angriff genommen wird, werden die inhaltlichen Eckpunkte in Form von Leitsätzen in einem Normkonzept festgehalten und in den massgebenden politischen Gremien (Regierungsrat, parlamentarische Kommission) diskutiert.

Der Regierungsrat des Kantons AG hat am 25. April 2018 20 Leitsätze verabschiedet (vgl. Anhang). Gegenüber dem geltenden SpiG soll das neue Gesetz insgesamt «offener» gestaltet sein. Der Exekutive sowie der Legislative soll mehr Handlungsspielraum übertragen werden, um den zukünftigen Anforderungen an eine gute und finanzierbare Gesundheitsversorgung gerecht werden zu können.

Das für die Totalrevision zuständige Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (DGS) möchte die vorliegenden Leitsätze einer externen Drittbeurteilung unterziehen.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW wurde von der DGS eingeladen, ein **Expertengutachten zum Normkonzept Totalrevision Spitalgesetz des Kantons AG** zu verfassen. Das von externen neutralen Experten zu verfassende Gutachten bildet als verwaltungsinternes Arbeitsdokument eine Grundlage für die weitere Ausarbeitung des Normkonzepts.

Der Kanton AG ist für die Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung insgesamt zuständig. Als Eigentümer von öffentlichen Spitälern (Kantonsspital Aarau KSB, Kantonsspital Baden KSB, Psychiatrische Dienste PDAG), Mitfinanzierer von OKP-Leistungen (mind. 55% stationäre Leistungen, GWL bzw. Subventionen) sowie Regulator (Leistungsaufträge gemäss Spitalliste) hat der Kanton verschiedene Rollen inne.

Die Totalrevision des SpiG soll dem Kanton (Exekutive, Legislative) mehr Handlungsspielraum geben, um sich als hauptverantwortlicher Akteur im Gesundheitswesen rascher der sich wandelnden Umwelt anpassen zu können. Das Gutachten soll entsprechend in erster Linie die **Sichtweise des Kantons** einnehmen mit einem Fokus auf der **nachhaltigen Sicherstellung und Finanzierung der stationären Leistungserbringung**.

## **2 Beurteilung ausgewählter Leitsätze**

Der Regierungsrat hat im RRB vom 25. April 2018 20 Leitsätze verabschiedet. Nicht alle Leitsätze sind gesundheitspolitisch bedeutsam. Sofern es sich um rein juristisch motivierte, steuertechnische oder absolut unbestrittene Anpassungen handelt, soll das Gutachten nicht darauf eingehen.

### **2.1 Nicht beurteilte Leitsätze**

Folgende Leitsätze sind in Absprache mit der DGS nicht beurteilt worden:

- Leitsätze 1, 2 und 3: unbestrittene Regelungen zur gesundheitspolizeilichen Bewilligung
- Leitsatz 8: unbestrittene Regelung zur Förderung neuer Versorgungsmodelle im Rahmen von Pilotprojekten
- Leitsatz 9: juristische Basis für die Verpflichtungen der Leistungserbringer zur Datenerlieferung und sachgerechten Rechnungslegung
- Leitsatz 10: steuertechnische Regelung
- Leitsätze 11, 12 und 13: juristische Klärung der rettungsdienstlichen Regelungen
- Leitsatz 15: juristische Klärung der Sanktionsmöglichkeiten bei Verletzung von kantonalen Leistungsaufträgen
- Leitsätze 17 und 19: juristische Bereinigung bzw. Klärung der Abgrenzung von Gesetzeshauptzuständigkeiten
- Leitsatz 20: auslaufende Regelung im Zusammenhang mit der erfolgten Auslagerung.

## 2.2 Leitsatz 4: Spitalplanung

### **Allgemeine Einleitung**

Die 'bedarfsgerechte Versorgung' gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG zielt darauf ab, dass medizinische Leistungen, die im stationären Spitalumfeld erbracht werden, dem WZW-Grundsatz gemäss Art. 32 KVG und Art. 58b Abs. 4a KVV entsprechen:

- **Wirksam:** Bezieht sich auf die Qualität der medizinischen Leistungen. Die 'qualitativ hochstehende Spitalversorgung' kann mittels Auflagen und Bedingungen noch genauer spezifiziert werden.

Speziell erwähnt werden kann dabei die Vorgabe von *Mindestfallzahlen (MFZ)*. «Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt. Jedoch sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die generelle Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vorhanden. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenig Studien oder keine empirische Evidenz. Ein Vergleich der in verschiedenen Ländern festgesetzten Mindestfallzahlen zeigt zudem, dass sie in Bezug auf die gleiche Leistung beträchtlich variieren. Ein vorsichtiges und pragmatisches Vorgehen ist so lange angebracht, als die wissenschaftlichen Grundlagen für die Festsetzung von Mindestfallzahlen in vielen Bereichen noch nicht vorhanden sind.» (Bundesrat, 2013, S. 21).

In nichtpublizierten Studien hat das WIG systematische Übersichten zu internationalen Lösungen für MFZ erstellt und ist zum Schluss gekommen, dass MFZ im Alltag jedoch meist nicht als isolierte Vorgaben eingesetzt werden, sondern im Kontext mit anderen Vorgaben. Dies können Vorgaben zu Outcome-Messungen sein (z.B. Teilnahme an nationalen Qualitätsregistern; teilweise mit Vorgaben zu Qualitäts-Benchmarks). Für die Schweiz mit ihrer hohen Dichte an Leistungserbringern und kurzen Distanzen zu Spitälern dürfte eine Verschlechterung des Zugangs zu Leistungen, allein wegen der Einführung von MFZ, wohl weniger eine Rolle spielen. Der Kanton Zürich hat sich ausführlich mit der Thematik beschäftigt (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2015, S. 17ff.) und beurteilt MFZ primär sinnvoll für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen, die stationär erbracht werden. Eine aktuelle Studie im Bereich Viszeralchirurgie aus dem Umfeld des Kantonsspitals St.Gallen unterstützt diesen Ansatz (Güller u. a., 2017).

- **Zweckmässig:** Die Zweckmässigkeit einer konkreten medizinischen Leistung kann nur im Einzelfall geprüft werden. Damit spielt sie im Rahmen der Spitalplanung nur indirekt eine Rolle; so könnte sie z.B. über ein *Verbot von mengenbezogenen Entschädigung*

gen (*Boni, Kickbacks*) interner und externer Fachkräfte umgesetzt bzw. unterstützt werden. Diese können Fehlanreize zu angebotsinduzierter Nachfrage (d.h. medizinisch nicht indizierten und somit nicht zweckmässigen Leistungen) bewirken. Der Expertengruppe des Bundesrats (Eidgenössisches Departement des Innern EDI, 2017, S. 34f.) ist zuzustimmen, dass ein Verbot von mengenbezogenen Entschädigungen eine qualitätsfördernde und kostenreduzierende Bedingung für die Erteilung von Leistungsaufträgen ist. In den neu revidierten Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung wird in Empfehlung 13 zu den Arbeitsbedingungen explizit auf die Verknüpfung von Leistungsaufträgen und mengenabhängigen Bonuszahlungen hingewiesen (GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2018a, S. 21).

- Wirtschaftlichkeit: Mit der neuen Spitalfinanzierung wird seit 2012 der Wettbewerb unter den Spitälern gefördert, indem sich die Spitaltarife gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG an der Wirtschaftlichkeit («Leistung effizient und günstig erbringen») zu orientieren haben. In der Rechtsprechung und der Praxis zur Tarifgenehmigung und -festsetzung wird zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit ein Benchmarking angewendet, das sich auf «schweizweiten Betriebsvergleichen zu Kosten» (Art. 49 Abs. 8 KVG) abstützt. Der Benchmark, also der Trennlinie zwischen effizienten und nicht effizienten Spitälern, welcher auch die Grundlage für die Festlegung der Baserate bildet (d.h. Basispreis einer schweregradkorrigierten stationären Behandlung), wird in einigen Kantonen in Perzentilen angegeben. Die Grundsatzfrage, welches Perzentil sowohl unter juristischen als auch ökonomischen Kriterien massgebend ist, wurde bisher nicht abschliessend geklärt. Grundsätzlich sollte Wettbewerb unter den Spitälern (innerkantonal und interkantonal) ermöglicht werden – die Wirtschaftlichkeitsanforderung bildet damit die Grundlage für Wettbewerb. Wie bei der Tarifgenehmigung und -festsetzung sollte der Kanton bei der Spitalplanung die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ebenfalls auf der Basis der schweregradbereinigten Fallkosten vornehmen, was auch der 2017 revidierten Empfehlung 4 der GDK zur Spitalplanung entspricht (GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2018a, S. 11).

In Art. 58a Abs. 2 KVV wird eine ‚periodische‘ Überprüfung der *Spitalplanung* vorgeschrieben. Gemeint ist damit, dass regelmässig nach längeren Zeitabständen eine grundlegende Neuplanung (d.h. komplette Neuausschreibung basierend auf aktuellen Bedarfs-, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdaten) erfolgen soll. Ob die Periodizität vom Kanton festgelegt werden soll oder ob diese ‚unbefristet‘ (d.h. ohne explizite Angabe der Dauer, aber dennoch in längeren zeitlichen Abständen) vorgenommen wird, ist nicht eindeutig und

liegt im Ermessen der Kantone. Vergleicht man die Praxis der Kantone, so werden gemäss Polynomics (Widmer, Telser, & Uebelhart, 2016, S. 25f.) nicht bei allen Kantonen eine Überprüfung des Leistungseinkaufs mit fix vorgegebenen Zeitabständen durchgeführt. Dies sei nur in den Kantonen Aargau, Appenzell AR, BE, BS, BL, FR, GR, JU, NE, SG, SH, SZ, ZG und ZH der Fall, wobei die Zeitabstände zwischen 2 bis 10 Jahren variieren. Entscheidend ist, dass die Dauer genügend lang ist und eine Spitalplanung genügend früh angekündigt wird, damit sich die Leistungserbringer insbesondere in Bezug auf Investitionen in die Infrastruktur darauf einstellen können. Aktuell überarbeitet der Kanton ZH seine seit 2012 geltende Spitalliste komplett neu mit einer Ausschreibung aller Aufträge, die in 2022 (d.h. nach 10 Jahren) in Kraft treten sollen (vgl. Medienmitteilung GD ZH vom 23.5.2018). Davon zu unterscheiden ist die *Aktualisierung der Spitallisten* ohne umfassende Spitalplanung, in der kleinere Anpassungen an den bestehenden Leistungsaufträgen vorgenommen werden (GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2018a, S. 5f.).

### **Beurteilung**

Das mit dem Leitsatz zu Beginn festgehaltene Ziel der 'wirtschaftlichen Leistungserbringung' (als Grundlage sowohl für den inner- als auch interkantonalen Wettbewerb) wird etwas relativiert mit dem Nebenziel, dass sich der Kanton im Rahmen der Spitalplanung 'im interkantonalen Verhältnis aktiv für die kantonalen Leistungserbringer einsetzt'. Falls der Kanton AG grundsätzlich einen Wettbewerbsansatz verfolgt (wie in § 8 Abs. 2 SpiG festgehalten) und es mit der interkantonalen Koordination ernst meint, dann wäre es konsequenter, im Gesetz auf den 'aktiven Einsatz für die kantonalen Leistungserbringer' zu verzichten.

Im Leitsatz gibt es keine Unterscheidung zwischen Spitalplanung (die periodisch zu erfolgen hat) und der Aktualisierung der Spitalliste (laufende, z.B. jährliche Anpassungen von bestehenden Leistungsaufträgen). Aktuell werden die Leistungsaufträge für vier Jahre erteilt (§ 8 SpiliV); damit ist aber weder der eher mit einer längeren Periodizität zu erstellenden Spitalplanung noch der eher mit einer kürzeren Periodizität zu überarbeitenden Spitalliste gedient. Der Verzicht auf die Festlegung einer fixen Periodizität im Leitsatz ist daher sinnvoll. Zur besseren Unterscheidung zwischen der Spitalplanung und einer häufigeren Aktualisierung der Spitalliste wäre es jedoch hilfreich, diese zwei Begriffen im Leitsatz zu unterscheiden: damit wäre es nicht eine 'periodische Evaluation der Spitalliste', sondern eine 'periodische Evaluation der *Spitalplanung / Versorgungsplanung*'. Die regelmässige Überwachung und Evaluation bzw. die daraus abgeleiteten Massnahmen machen dagegen eher Sinn in Verbindung mit einer laufenden Anpassung der *Spitalliste*. [Im

Kanton ZH werden Leistungsaufträge grundsätzlich unbefristet erteilt; Kündigungsmodalitäten und allfällige Befristungen können im Anhang zur Spitalliste geregelt werden. Fehlen solche, wird Leistungserbringern, die bei Änderungen der Spitalliste Leistungsaufträge verlieren, eine angemessene Frist gewährt (§ 8 SPFG)].

Die im Leitsatz aufgezählten Bereiche für Auflagen und Bedingungen wie Mindestfallzahlen bzw. Qualität, Verknüpfung von Leistungsaufträgen, EPD und Koordination sind sinnvolle Beispiele, da unmittelbar mit dem Versorgungsauftrag des Kantons in Bezug auf Akutsomatik/Psychiatrie/Reha verknüpft.

- Beizupflichten sind Auflagen zu MFZ, da diese trotz «Nebenwirkungen» (z.B. Schwierigkeiten bei der Abgrenzung Operateur von Institution, nicht immer einwandfreier Evidenznachweis der Schwellenwerte) mittlerweile als geeignetes Instrument zur Sicherstellung der Qualität von spezialisierten medizinischen Eingriffen anerkannt sind. Zudem sind sie laut Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV explizit zu beachten bei der Spitalplanung.
- Zu hinterfragen sind dagegen die Auflagen zur Durchführung oder zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen sowie Präventionsprogrammen (sofern diese nicht im Rahmen der Versorgung stattfinden); dieser Bereich ist sachfremd und hat mit dem Versorgungsauftrag des Kantons in Bezug auf Akutsomatik/Psychiatrie/Reha wenig zu tun.
- Zu prüfen wäre eine zusätzliche Auflage, welche zur Förderung der Zweckmässigkeit bei stationären Eingriffen ein Verbot von mengenbezogenen Entschädigungen (Boni, Kickbacks) interner und externer Fachkräfte vorzieht. Hier besteht allerdings das Risiko, dass spezialisierte Ärztinnen und Ärzte in andere Kantone abwandern, falls sich eine Grosszahl der Kantone nicht an die Empfehlung der GDK halten sollten.

Der Leitsatz sieht vor, dass der Kanton 'die Finanzierbarkeit und Attraktivität des kantonalen Spitalmarkts fördert'. Abgesehen von Vorbehalten grundsätzlicher Natur aufgrund des Widerspruchs zu dem vom Kanton AG grundsätzlich verfolgten Wettbewerbsansatz (vgl. § 8 Abs. 2 SpiG), ist der Wortlaut missverständlich und benötigt redaktionelle Anpassungen:

- die Finanzierbarkeit wird nicht 'gefördert', sondern 'gewährleistet'
- Man kann entweder den Wettbewerb im 'Spitalmarkt' (d.h. Markt im Sinne des Wettbewerbs unter den Spitälern) oder die Attraktivität des 'Spitalangebots' fördern. Vermutlich ist zweites gemeint.



### ***Fazit und Empfehlung***

Abgesehen von eher redaktionellen Verbesserungsmöglichkeiten stellt der Leitsatz eine inhaltlich und formal geeignete Grundlage für die Revision des SpiG dar. Er wird den Anforderungen des KVG gerecht und stellt den aktuellen Stand der Regulierungspraxis dar.

Ein inhaltlicher Vorbehalt ist bei der Absicht des Kantons zu machen, 'sich im interkantonalen Verhältnis aktiv für die kantonalen Leistungserbringer einzusetzen'. In Anbetracht der ebenfalls formulierten Absicht vermehrter interkantonomer Koordination sowie der grundsätzlich wettbewerblich ausgerichteten Rolle des Kantons bei der Spitalplanung, sollte auf diese Förderabsicht verzichtet werden.

Zu prüfen wäre eine zusätzliche Auflage, welche zur Förderung der Zweckmässigkeit bei stationären Eingriffen ein Verbot von mengenbezogenen Entschädigungen (Boni, Kick-backs) interner und externer Fachkräfte vorsieht.

Ansonsten werden folgende Anpassungen empfohlen:

- Klarere Unterscheidung zwischen periodischer Spitalplanung / Versorgungsplanung und laufender Aktualisierung der (geltenden) Spitalliste
- Mindestfallzahlen sind ein Instrument zur Sicherung der Qualität von medizinischen Eingriffen
- Auflagen zur Durchführung oder zur Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsprogrammen nicht in die Aufzählung aufnehmen oder soweit präzisieren, dass es sich nur um Präventionsprogramme im Kontext der Versorgung handelt (z.B. Ernährungsberatung im Spital nach einem stationären Eingriff)
- Die Förderung der ‚Finanzierbarkeit und Attraktivität des kantonalen Spitalmarkts‘ streichen.

## **2.3 Leitsatz 5: Förderung ambulante Versorgung**

### ***Allgemeine Einleitung***

Der Leitsatz zur Förderung der ambulanten Versorgung regelt zwei Themen:

- a) Substitutive Verlagerung von stationär zu ambulant mittels kantonaler Liste von Eingriffen
- b) Kantonaler Finanzierungsbeitrag für gemeindenahe und personenzentrierte ambulante psychiatrische Leistungen

- a) Substitutive Verlagerung von stationär zu ambulant mittels kantonaler Liste von Eingriffen

Gemäss Art. 32 KVG müssen von der OKP vergütete Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien). Daraus folgt erstens, dass ein stationärer Eingriff aus medizinischen Gründen notwendig sein muss (Indikation des stationären Eingriffs). Aus Zweckmässigkeitsüberlegungen sind unnötige Spitalaufenthalte zu vermeiden. Zweitens sind aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ambulante Behandlungen gegenüber stationären vorzuziehen: Unter der Berücksichtigung, dass die Betriebskosten für ambulant erbrachte Leistungen in der Regel geringer sind als für stationär erbrachte Leistungen, entstehen bereits aus der «Optik Produktionskosten» Effizienzverluste im OKP-Gesamtsystem. Aber auch der Kostenunterschied aus «Tarifoptik» zeigt das gleiche Bild: so werden ausgewählte stationär erbrachte OKP-Leistungen gegenüber ambulant erbrachten Leistungen im Durchschnitt mit dem Faktor 2.3 vergütet (Schwendener, Sommer, Pfinninger, Schulthess, & Obrist, 2016, S. 13).

Zur Förderung der substitutiven Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung sind verschiedene Massnahmen denkbar. Der dem Leitsatz zu Grunde liegende regulierungsorientierte Ansatz bezieht sich auf die Vorgabe einer verbindlichen Liste von ambulant durchzuführenden Eingriffen. Seit dem 1. Januar 2018 ist im Kanton AG bereits eine Liste von Eingriffen in Kraft, an welchen sich der Kanton an einer stationären Durchführung nur dann finanziell beteiligt, wenn besondere Umstände den stationären Eingriff erforderlich machen (§ 7a SpiV).

Deutschland wendet seit einigen Jahren verbindliche Listen an. Diese werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart und nicht staatlich verordnet. Das Resultat ist ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie deren Vergütungen, die in einem Vertrag (AOP-Vertrag) festgehalten werden. Für die

Schweiz stehen hingegen staatlich verordnete Listen im Fokus der Diskussion. Folgende Kantone neben dem Kanton AG haben verbindliche Listen bereits eingeführt: LU (per 1. Juli 2017) sowie VS, ZG und ZH (per 1. Januar 2018). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gibt per 1. Januar 2019 sechs Gruppen von operativen Eingriffen vor, welche nur noch bei einer ambulanten Durchführung von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden; in begründeten Fällen ist allerdings weiterhin eine stationäre Durchführung des Eingriffes möglich.

b) Kantonaler Finanzierungsbeitrag für gemeindenahе und personenzentrierte ambulante psychiatrische Leistungen

Der Bundesrat hat in seinem Bericht ‚Die Zukunft der Psychiatrie CH‘ (Bundesrat, 2016) auch Ausführungen gemacht zu gemeindenahen und personenzentrierten ambulanten psychiatrischen Leistungen. Diese werden im Bericht als „intermediäre Angebotsstrukturen“ bezeichnet. Unter dem Begriff «intermediäre Angebotsstrukturen» werden verschiedene Behandlungsangebote zusammengefasst, die eine Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten schliessen. Gemäss dem Bericht sind in der Schweiz Tageskliniken<sup>1</sup> und Ambulatorien<sup>2</sup> weit verbreitet, in denen Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsbe-

---

<sup>1</sup> Hier handelt es sich um Einrichtungen mit therapeutischen Schwerpunkten, in denen sich akut oder subakut psychisch kranke Personen mit ausreichend stabilem sozialem Hintergrund tagsüber und über eine beschränkte Zeitdauer aufhalten. Nächte und Wochenenden verbringen die Patientinnen und Patienten im gewohnten häuslichen Umfeld. Meist besteht ein fester Wochenplan mit verschiedenen spezifischen Therapieangeboten (Einzel- und Gruppensetting), diese reichen von der Soziotherapie (Kochen, Einkaufen) über Ergo-, Arbeits- oder Kreativtherapie sowie Sporttherapie hin zu psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen. Zudem werden die Aktivitäten des täglichen Lebens vom Behandlungsteam mit den Patientinnen und Patienten geteilt und therapeutisch genutzt. Einen wichtigen Stellenwert nimmt auch der Einbezug des sozialen Umfelds wie zum Beispiel Angehörige, amtliche Bezugspersonen, Arbeitgeber und des allenfalls bereits bestehenden Therapeutinnen- und Therapeutennetzes ein. Die Behandlungsteams sind multiprofessionell zusammengesetzt und bestehen meist aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Ergo- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. (Bundesrat, 2016, S. 34)

<sup>2</sup> Ambulatorien sind institutionsbasierte ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, deren Teams analog zu denjenigen der Tageskliniken multiprofessionell zusammengesetzt sind. Neben niederschwellig zugänglichen Notfall- und Kriseninterventionsangeboten und Beratungsleistun-

darf durch interprofessionell zusammengesetzte Behandlungsteams wöchentlich bis täglich behandelt/betreut werden. Die Ziele dieser Art von Angeboten bestehen in einer besseren da patientengerechteren Versorgung sowie der Entlastung von stationären Strukturen. Diese Ansätze werden auch vom Kanton Zürich in der 'Vision Psychiatrie' (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2011) verteidigt, da sie neben der ‚Integration‘ und ‚Innovation‘ auch die Anforderung nach ‚Wirtschaftlichkeit‘ erfüllen.

Nun sind aber trotz der hohen Relevanz für die Gesundheitsversorgung die Leistungen der Ambulatorien und Tageskliniken durch die OKP nur ungenügend finanziert. Gemäss der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich können mit den im ambulanten Bereich geltenden Tarifen „selbst effizient arbeitende Tageskliniken ihr Angebot nicht kostendeckend führen“ (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017, S. 63).

Der Bundesrat bestätigt diese Situation in seinem Bericht (Bundesrat, 2016, S. 36), wonach nach Ansicht der Kantone und der Leistungserbringer unter anderen folgende Leistungen in den Tarifen für Tageskliniken und Ambulatorien nicht ausreichend bzw. für andere intermediäre Angebote gar nicht abgebildet würden:

- Vorhalteleistungen (z. B. Präsenz, Wegzeiten), damit Kriseninterventionen ermöglicht werden können;
- Behandlungsleistungen nach der vierten Stunde (Beschränkung in der Tarmed-Tarifstruktur auf vier Stunden ärztliche oder pflegerische Behandlung pro Woche);
- Sozio- oder Milieuthherapie, d.h. Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, und andere in der Sozialpsychiatrie verbreitete Therapieformen;
- Koordinationsaufwand der Ärzte und Ärztinnen sowie der Pflegenden untereinander;

---

gen bieten Ambulatorien in der Regel Konsiliar- und Liaisondienste für somatische Spitäler, rehabilitative Angebotsstrukturen sowie Wohn- und Pflegeheime an. In Ambulatorien werden Abklärungen gemacht, Betroffene und Angehörige beraten und es finden bei Bedarf Fallkoordinations-sitzungen mit Hausärztinnen und Hausärzten und weiteren involvierten Stellen statt (z.B. Sozialbehörde der Gemeinde). Wenn ein Behandlungsbedarf vorliegt, wird entweder eine Therapie bei einem niedergelassenen Facharzt oder einer Fachärztin in die Wege geleitet oder auch eine Überweisung an eine Tagesklinik oder eine stationäre Einrichtung vorgenommen. In wenigen Fällen findet eine längere psychotherapeutische Behandlung im Ambulatorium selber statt. Zusätzlich verfügen viele Ambulatorien über präventive und anti-stigmatisierende Angebote für Risikogruppen, Arbeitgeber und weitere Zielgruppen. (Bundesrat, 2016, S. 34f.)

- Leistungen der nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen wie zum Beispiel die Vernetzungsleistungen und ambulant erbrachten Leistungen des Sozialdienstes oder die Vernetzungsleistungen von Job-Coaches und Case-Managern (Fallführung);
- Beratung von Angehörigen.

Zudem würden die geltenden Tarife von den Kantonen und Leistungserbringern als nicht kostendeckend eingestuft. Dies rühre unter anderem daher, dass die der Tarmed-Tarifstruktur zugrundeliegenden betriebswirtschaftlichen Berechnungen von der Privatpraxisinfrastruktur eines niedergelassenen Psychiaters ausgehen (z.B. nur ein Therapie-raum, Konsultationen nur nach Voranmeldung, d.h. keine «Walk-in-Notfalldienste», viel administrative Eigenleistung). Im Wissen um diese Finanzierungsproblematik hat beispielsweise der Kanton Zürich mit dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (§ 11 SPFG) per 2012 eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit spitalgebundene psychiatrische Ambulatorien und Tages- und Nachtkliniken mit Subventionen unterstützt werden können.

Der Kanton AG finanziert heute die in solchen Strukturen erbrachten ambulanten Leistungen in der psychiatrischen Versorgung unter dem Titel gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) wie folgt (vgl. auch Leitsatz 14):

- ambulante Basisversorgung der PDAG (Budget 5.6 Mio. CHF in 2018 als Pauschale)
- Tagesklinik Psychiatrie: Beiträge für Aargauer Kantonsangehörige (Budget 2.9 Mio. CHF in 2018; Tagespauschale für AG-Patienten).

Mit der Aufnahme im neuen SpiG sollen diese bisher als GWL jährlich neu zu genehmigenden Leistungen mehr Kontinuität erhalten. Zudem soll eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden für ambulante Versorgungsangebote, die von Listenspitälern erbracht werden (z.B. aufsuchende Angebote – home treatment).

### **Beurteilung**

- a) Substitutive Verlagerung von stationär zu ambulant mittels kantonaler Liste von Eingriffen

Aus Zweckmässigkeits- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ist die Vorgabe einer kantonalen 'Liste von Eingriffen', die prioritär ambulant durchzuführen sind, effektiv, sofern dies im Sinne einer substitutiven Verlagerung (d.h. nicht zur Schaffung zusätzlicher Angebotsstrukturen) führt (Maurer, Knöfler, Schmidt, & Brügger, 2017, S. 16f.; 73). Sie hat zudem entlastende Wirkung auf die Kantonsfinanzen (Maurer u. a., 2017, S. 16f.; Telser, Meyer,

& Mäder, 2018, S. 38f.). Allerdings herrscht rechtlich eine unklare Situation in Bezug auf die Kompetenz zur Verordnung solcher Listen. Die Kantone (vgl. Medienkonferenz der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) vom 19. Mai 2017) sowie der Bundesrat (Antworten auf Interpellationen 17.5164 und 17.5168) sind der Meinung, die Kantone hätten für ihren Finanzierungsanteil von mindestens 55% die Kompetenz zur Überprüfung der WZW-Kriterien von Leistungen im stationären Bereich. Anders sehen dies einige Staats- und Verwaltungsrechtler (Poledna, 2017; Saxer, 2017), welche die diesbezügliche Kompetenz ausschliesslich bei den Krankenversicherern sehen. Kantonale Listen haben zudem ihre rechtlichen Tücken (Poledna, 2017): Bei unterschiedlichen Listen wäre das im KVG geltende Gleichheitsgebot (rechtsgleiche Behandlung und Zugang zu einem Leistungskatalog) nicht gewährleistet. Zudem ist beispielsweise unklar, was bei unterschiedlicher Beurteilung der Zweckmässigkeit zwischen Versicherer und Kantonsliste gelten soll.

b) Kantonaler Finanzierungsbeitrag für gemeindenahe und personenzentrierte ambulante psychiatrische Leistungen

Da es sich um die Revision des Spitalgesetzes (SpiG) handelt, ist es aus systematischer Sicht klar, wer die ambulanten psychiatrischen Leistungen im Rahmen dieses Gesetzes erbringen darf: nur die Listenspitäler. Daher ist im Wortlaut eine Präzisierung dahingehend notwendig, dass es sich um ambulante Leistungen handelt, die von Listenspitälern erbracht werden (und nicht von sonstigen ambulanten Leistungserbringern). Konsequenterweise wäre die Förderung von aufsuchenden Angeboten anderer ambulanter Leistungserbringer nicht im SpiG, sondern im Gesundheitsgesetz zu regeln.

Mit der Subvention von ambulanten psychiatrischen Leistungen sollen die stationären Kapazitäten entlastet bzw. reduziert werden. So versteht sich auch die Forderung, in das SpiG die 'Bettenplanung' aufzunehmen, da so für den RR ein Instrument zur Korrektur bei ungenügender Substitution zur Hand wäre. Wie im nachfolgenden Leitsatz 6 zur Begrenzung des Wachstums des Leistungsvolumens diskutiert wird, ist die Beschränkung der Kapazitäten an den Versorgungsbedarf (wie die Bettenplanung es wäre) eine effektive Massnahme zur Vermeidung von unerwünschten Leistungsmengen. Dazu reicht aber die Spitalplanung / Versorgungsplanung als Instrument. Es ist daher kritisch zu hinterfragen, ob eigens für die psychiatrische Versorgung die Bettenplanung als separates Instrument im Gesetz aufgenommen werden soll.

Als Voraussetzung für die kantonalen Finanzierungsbeiträge muss nachgewiesen werden, dass keine 'kostendeckende Finanzierung seitens Krankenversicherer' vorliegt. Gemeint

ist wohl, dass die OKP-Leistungen aufgrund der Tarifstruktur nicht genügend vergütet werden.

Wie nachfolgend in den Ausführungen zum Leitsatz 14 diskutiert wird, ist der Begriff ‚GWL‘ aufgrund der systematischen Einordnung in Art. 49 Abs. 1 und 3 KVG für den stationären Sektor reserviert. Mit ‚finanzielle Beteiligung‘ wird korrekterweise ein weiterer Begriff neben GWL eingeführt. Es wird jedoch vorgeschlagen, allgemein von einem ‚kantonalen Finanzierungsbeitrag‘ zu sprechen.

### ***Fazit und Empfehlung***

Wenn angenommen wird, dass die kantonale Kompetenz für den Erlass für Eingriffslisten besteht, dann ist die mit dem Leitsatz vorgeschlagene Schaffung einer formellen Gesetzesgrundlage für den neuen Paragraphen § 7a in der SpiV zur Förderung der ambulanten Eingriffe in der Akutsomatik sinnvoll. Eine bessere Alternative wäre dagegen, auf die kantonale Vorgabe von Eingriffen zu verzichten und in § 7a SpiV auf die nationale Eingriffsliste des BAG (gemäss Anhang 1 der KLV) zu verweisen.

Der Leitsatz sollte sich daher alleine auf die Förderung der ambulanten psychiatrischen Versorgung fokussieren.

Gegen eine «Budget-technische» Überführung von jährlich neu zu budgetierenden ambulanten psychiatrischen Leistungen in eine Finanzierungslösung mit mehr Kontinuität (zeitlich befristet oder nicht) ist nichts einzuwenden. Entscheidender ist die Frage, um welche Art von Leistungen es sich handelt. Da es sich bei den bisher unter der Rubrik «GWL» im psychiatrischen Sektor finanziell unterstützten Leistungen unter anderem auch um ungenügend vergütete OKP-Leistungen handelt, die subventioniert werden sollen, wird diese aus Vergütungssicht unbefriedigende Situation weitergeführt. Bei einer zukünftigen Anpassung der Tarifstruktur sollte diese Finanzierungsgrundlage, soweit es sich um OKP-Leistungen handelt, nochmals grundsätzlich hinterfragt werden.

Zu prüfen ist zudem, ob die ‚Bettenplanung‘ als eigenständiges Instrument alleine für die psychiatrische Versorgung nicht besser weggelassen würde.

Ansonsten werden folgende redaktionellen Anpassungen empfohlen:

- Präzisierung: ambulante psychiatrische Leistungen, die von Listenspitälern erbracht werden
- Anstelle von ‚kostendeckende Finanzierung seitens Krankenversicherer‘: ungenügende Vergütung durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP
- Anstelle von ‚finanzielle Beteiligung‘: kantonaler Finanzierungsbeitrag.

## **2.4 Leitsatz 6: Begrenzung Wachstum Leistungsvolumen («Escape-Klausel»)**

### ***Allgemeine Einleitung***

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen konstant an und machen mittlerweile einen Anteil von mehr als 12% des BIP aus. Insbesondere als Mitfinanzierer der stationären Leistungen ist damit auch eine (in absoluten Zahlen) zunehmende finanzielle Belastung des Kantons AG verbunden. Die wichtigsten Kostentreiber im Gesundheitswesen – zunehmender Wohlstand, technischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung und Zunahme der Bevölkerung – werden dafür sorgen, dass die Kosten in der Tendenz auch in Zukunft weiter steigen werden.

Schweizweit haben in der Akutsomatik die stationären Fälle zwischen 2013 und 2015 im Durchschnitt um 2,4% pro Jahr zugenommen. Gleichzeitig sind die durchschnittlichen Basisstarife (base rates) zwischen 2012 und 2017 leicht zurückgegangen (Cosandey, Roten, & Rutz, 2018, S. 25f.). Dabei entwickelte sich der durchschnittliche Basispreis im Kanton AG seit 2013 nahezu identisch wie der Schweizer Durchschnitt (Telser u. a., 2018, S. 23). Zumindest in der stationären Akutsomatik ist somit die Mengenentwicklung und nicht die Preisentwicklung für die Zunahme der Kosten verantwortlich.

Will man als Kanton die Kosten (m.a.W. nicht die Finanzierung) beeinflussen, ist der Ansatzpunkt beim Leistungsvolumen grundsätzlich sinnvoll. Wie der Kanton diese «Steuerung» der Menge aber umsetzt, kann auf unterschiedliche Weise geschehen:

#### **1. Zielvorgabe Kostenwachstum bzw. Globalbudget**

Verbindliche Zielvorgaben für das OKP-Wachstum (z.B. in Abhängigkeit vom BIP-Wachstum) oder die Festlegung von absoluten Budgetwerten pro Kalenderjahr (Globalbudget) sind eine Form der Kostenbeeinflussung, die wesentlich bei der Mengenentwicklung ansetzt. Während für das Globalbudget für die Spitäler mit Art. 51 KVG bereits eine gesetzliche Grundlage besteht, sind zurzeit Anstrengungen auf nationaler Ebene im Gange, verbindliche Zielvorgaben als Steuerungsinstrument ins KVG aufzunehmen (Eidgenössisches Departement des Innern EDI, 2017, S. 26).

Wenn ein Globalbudget auf Ebene Kanton eigenständig festgelegt wird, sollten bei der Umsetzung folgende Punkte beachtet werden (Maurer u. a., 2017, S. 38): Es sollte alle Listenspitäler umfassen und eher restriktiv festgelegt sein (d.h. vereinzelt sind Wartelisten für gewisse elektive Eingriffe nicht auszuschliessen); die Budgets für die Listenspitäler werden einzeln normativ festgelegt anhand der in den Leistungsaufträgen



festgelegten Fallmengen (z.B. mittels Case Mix); bei Abweichungen vom Budget werden die Grenzkosten der tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet (d.h. es werden nur die variablen Kosten vergütet, nicht jedoch die Fixkostenanteile).

## 2. Mengen-Zielvorgabe

Das mengenmässige Leistungswachstum der Spitäler oder eines einzelnen Spitals ist direkt über den Umfang des Leistungsauftrags beeinflussbar, indem neben den bereits heute geltenden Vorgaben zu Minimalmengen (d.h. Mindestfallzahlen) die Mengensteuerung mit Vorgaben von Maximalmengen (d.h. Höchstfallzahlen für bestimmte Eingriffe) in den Spitallisten eingeführt wird. Die Höchstfallzahlen (HFZ) können dabei auf unterschiedlichen Ebenen festgelegt werden:

- Ganze Leistungskategorien (in diesem Kontext wäre es der stationäre Spitalsektor; in einem anderen Kontext könnten dies aber auch der ambulante Spitalsektor oder die ärztliche Grundversorgung sein)
- Leistungsbereiche (z.B. Dermatologie)
- Leistungsgruppen (z.B. Dermatologische Onkologie); dies entspricht Höchstfallzahlen für Eingriffe.

Begleitend zur früheren Versorgungsplanung mit HFZ hat der Kanton Bern ein Rechtsgutachten zur Steuerung der Leistungsmenge im Spitalbereich erstellen lassen (Rütsche, 2011). In diesem Gutachten wird aufgezeigt, welche Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Massnahme zu beachten sind. Es sind dies insbesondere:

- Eine Steuerung der Menge stationärer Leistungen mittels Vorgabe von HFZ ist sowohl zulässig als auch umsetzbar, setzt aber eine Grundlage im formellen Gesetz voraus
- Die Behandlung ausserkantonalen Patienten (für die Listenspitäler keinen Leistungsauftrag haben) ist aufgrund der freien Spitalwahl von der Mengenbegrenzung auszunehmen; die HFZ bezieht sich somit alleine auf die Behandlung der Kantonsbevölkerung in innerkantonalen Listenspitälern
- Die Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG für Listenspitäler muss auch über die HFZ hinaus bei medizinisch indizierten Fällen befolgt werden.

Die Vergütung von Leistungen, welche die HFZ überschreiten, könnte analog zum Globalbudget auf der Basis der Grenzkosten der tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgen.

Die Umsetzung der HFZ müsste (rechtlich verbindlich) in der Spitalplanung nach Art. 39 KVG umgesetzt werden (vgl. Leitsatz 4 zur Spitalplanung).

### 3. Kapazitätssteuerung

Zur Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage (konkret: Abbau von Überkapazitäten) bietet es sich an, die (stationären) Kapazitäten direkt zu steuern (Maurer u. a., 2017, S. 36f.). Dies ist konkret am direktesten möglich durch Reduktion der Anzahl Listenspitäler auf der Spitalliste nach Art. 39 KVG (vgl. Leitsatz 4 zur Spitalplanung).

### **Beurteilung**

Die im Leitsatz formulierte «Escape-Klausel» entspricht im Kern der oben dargestellten Mengen-Zielvorgabe. Allerdings werden die Zielvorgaben nicht ex-ante festgelegt, sondern ex-post, d.h. wenn aufgrund von Indikatoren ein 'übermässiges Wachstum' festgestellt worden ist.

Mit dem 'übermässigen Wachstum' ist damit ein Mengenwachstum gemeint (d.h. nicht Kostenwachstum), womit Preiseffekte nicht berücksichtigt werden dürfen. Damit ein Wachstum 'übermässig' ist, braucht es wie im Leitsatz formuliert einen 'Grenzwert'. Es ist nicht klar, zu welchem Zeitpunkt diese Zielvorgabe festgelegt wird. Damit es eine Wirkung bei den Kosten (und nicht nur bei den Kantonsfinanzen) haben kann, müsste die Zielvorgabe faktisch im Voraus festgelegt werden. Damit wird die «Escape-Klausel» aber zu einer Mengen-Steuerung über HFZ.

Der 'Grenzwert' hat sich gemäss Leitsatz an einigen Punkten zu orientieren. Dabei wird methodisch zu wenig unterschieden zwischen Einflussfaktoren auf die Menge (z.B. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung, medizintechnischer Fortschritt) und der Messgrösse für das Mengenwachstum (z.B. Case Mix). Die ebenfalls erwähnte Teuerung darf als Preisfaktor keine Bedeutung haben für die Festlegung des Grenzwerts, ansonsten man bei Zielvorgaben zum Kostenwachstum bzw. Globalbudget landen würde. Eine grundsätzliche Problematik bei der Festlegung von Zielvorgaben ist, dass die Entwicklung der Versorgungsformen einerseits nachvollzogen werden muss (z.B. wie kann die Verschiebung zur ambulanten Versorgung berücksichtigt werden?), und andererseits keine Fehlanreize in Bezug auf die medizinisch zu beurteilende Indikation der Leistungserbringung geschaffen werden.

Die nachfolgende Grafik versucht, etwas Ordnung in diese verschiedenen Ebenen zu bringen und fasst die genannten 'gerechtfertigten Gründe für Wachstum' zusammen.

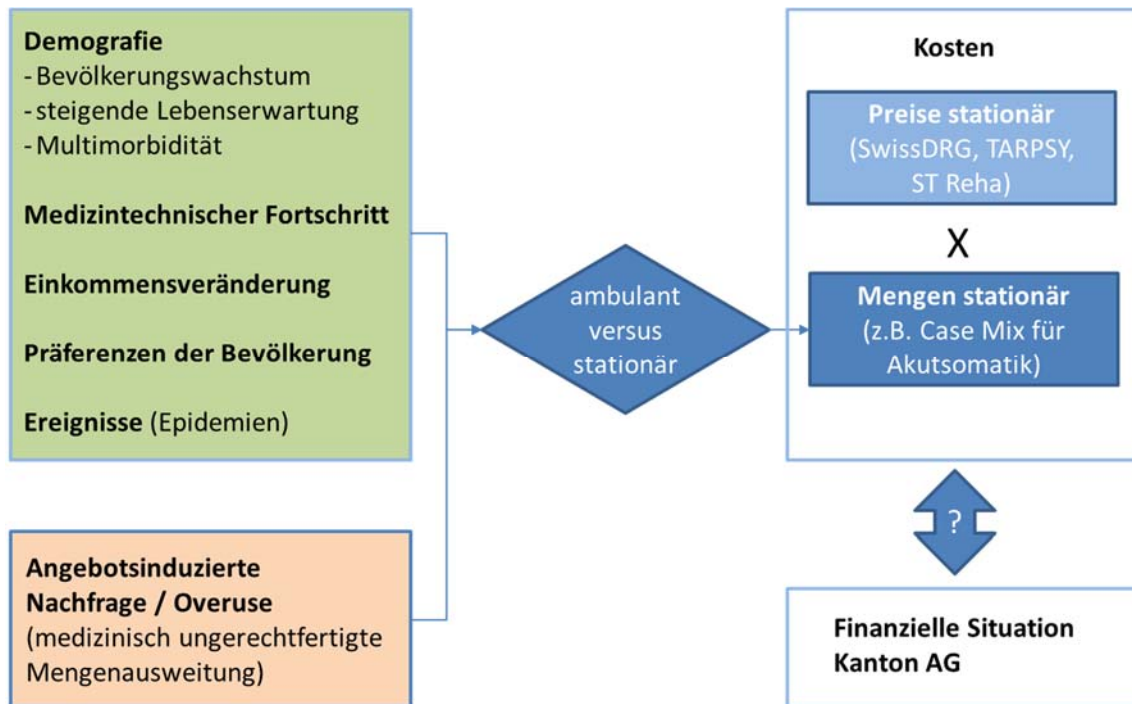


Abbildung 1: Einflussfaktoren und Messgrößen

(Quelle: Eigene Darstellung)

Damit eine Mengen-Zielvorgabe die richtigen Anreize gibt, sind m.a.W. die Faktoren der Makroumwelt zu identifizieren und quantifizieren, die auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen einen Einfluss haben. Dies bezweckt die (theoretische) Ausklammerung der (zu verhindernden) angebotsinduzierten Nachfrage.

Als Konsequenz bei zu hohen Leistungsvolumen sieht der Leitsatz vor, dass eine 'progressiv zunehmende Lenkungsabgabe' zur Anwendung kommt. Dieser Ansatz ist aus zwei Gründen nicht sinnvoll: Einerseits wird so konzeptionell die verursachende Kosten-seite (Verhinderung von 'übermässigem' Mengenwachstum) mit der Vergütungs- und Finanzierungseite (Lenkungsabgabe) vermischt; die Regulierung sollte, wenn immer möglich, bereits auf der verursachenden Leistungserbringung liegen. Andererseits ergibt sich bei der rechtlichen und operationellen Umsetzung eine zeitliche Problematik, indem nach bereits erstellten Leistungsaufträgen nachträglich die Spielregeln geändert werden.

### **Fazit und Empfehlung**

Die Festlegung von rechtsverbindlich soliden und versorgungstechnisch korrekten Zielvorgaben ist sehr anspruchsvoll. Diese hohe Anforderung ist aber allen Steuerungsansätzen (Kosten / Mengen / Kapazitäten) gemein.

Die Beeinflussung von übermässigem Mengenwachstum erfolgt besser ex-ante (d.h. vor der Leistungserbringung) über die *Festlegung von HFZ in den Leistungsaufträgen* und

nicht ex-post über die finanzielle Abschöpfung von Vergütungen bereits erbrachter Leistungen. Die HFZ können verknüpft werden mit einer Vergütung lediglich in der Höhe der Grenzkosten (variable Kosten der Leistungserbringung, ohne Fixkostenanteile) für diejenigen Leistungen, welche über die HFZ hinaus erbracht worden sind.

Noch effektiver in der Vermeidung von unerwünschten Leistungsmengen wäre es jedoch, die Kapazitäten dem Versorgungsbedarf anzupassen. Konkret ginge es darum, die Anzahl der Spitäler auf der Spitalliste bzw. deren Leistungsumfang zu reduzieren (vgl. Leitsatz 4 zur Spitalplanung). Die Spitalplanung / Versorgungsplanung reicht als Instrument zur Mengensteuerung.

Sofern an einem Leitsatz zur Begrenzung des Wachstums des Leistungsvolumens in Form einer «Escape-Klausel» festgehalten wird, werden folgende Anpassungen empfohlen:

- Statt ‚Wachstum‘ sollte klar Bezug auf das Mengenwachstum genommen werden
- Bei der Festlegung des ‚Grenzwerts‘ sind Einflussgrössen und Messgrösse(n) zu unterscheiden
- Die Teuerung ist als Einflussgrösse des Mengenwachstums ganz zu streichen
- Die erwähnten ‚Sparten‘ sind anders zu bezeichnen (z.B. Bereiche, Sektoren) sowie zu präzisieren, z.B.
  - Ganze Leistungskategorien (in diesem Kontext wäre es der stationäre Spitalsektor; in einem anderen Kontext könnten dies aber auch der ambulante Spitalsektor oder die ärztliche Grundversorgung sein)
  - Leistungsbereiche (z.B. Dermatologie)
  - Leistungsgruppen (z.B. Dermatologische Onkologie).

## **2.5 Leitsatz 7: Bewilligung Grossgeräte («Infrastrukturklausel»)**

### ***Allgemeine Einleitung***

Medizinische Geräte ab einer gewissen Investitionssumme müssen in praktisch allen Kantonen der lateinischen Schweiz vor dem Kauf durch den Kanton genehmigt werden. Betroffen sind alle Spitäler unabhängig von der Trägerschaft (Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur DGSK, 2017, S. 37f.; *economiesuisse*, 2017, S. 17f.). Die aktuellste Regulierung zur Bewilligung von Grossgeräten wird aktuell im Kanton Wallis im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes vorgenommen (vgl. neue Paragraphen § 92a-92l).

Das Ziel dieser Regulierung ist die Einschränkung bzw. Verhinderung der angebotsinduzierten Nachfrage. Für den Kanton relevant sind dabei die Auswirkungen auf die Nachfrage nach stationären Leistungen.

Die Bewilligungspflicht ist nachvollziehbar und konsequent für öffentliche Spitäler, die Teil der Verwaltung sind oder eine teilweise Auslagerung in öffentlich-rechtliche Anstalten erfahren haben (d.h. immer noch Teil des kantonalen Finanzhaushalts betreffend Budget, Personal und Immobilien sind und der verwaltungsrechtlichen Steuerung und Aufsicht durch den Kanton unterstehen). In der lateinischen Schweiz sind die Marktanteile der öffentlichen (d.h. nicht in einer privatrechtlichen Gesellschaftsform geregelten) Spitälern gemessen in Pflorgetagen im Kanton TI mit 65% am geringsten; im Kanton Wallis beträgt dieser Marktanteil der öffentliche Spitäler dagegen 96% (Felder, Meyer, & Bieri, 2016, S. 26).

Um welche Geräte handelt es sich? Zu unterscheiden ist zwischen Geräten mit diagnostischer und therapeutischer Verwendung. Der Kanton Wallis sieht in seinem Entwurf zum revidierten Gesundheitsgesetz in § 92c für folgende Geräte eine Bewilligungspflicht vor:

Diagnostische Verwendung:

- MRT (Magnetresonanztomographien)
- CT-Scanner (Computertomographien)
- PET-Scanner (Positronen-Emissions-Tomographien und PET-MRT)
- SPECT (Single-Photon-Emissions-Computertomografien)

Therapeutische Verwendung:

- Lithotripter
- DAS (digitale Subtraktionsangiographie), inklusive Katheterlabor

- Radiotherapie-Geräte, deren Anschaffungskosten eine Million Franken übersteigen (Katalogpreis)
- Geräte für robotergestützte Chirurgie, deren Anschaffungskosten eine Million Franken übersteigen (Katalogpreis).

Die Unterscheidung zwischen diagnostischer und therapeutischer Verwendung spielt allenfalls eine Rolle bei der Spezifizierung der Bewilligungspflicht in Bezug auf den Anwendungsbereich des Geräts bzw. der davon betroffenen Leistungserbringer (d.h. Unterscheidung zwischen Spitälern und nur ambulant tätigen Leistungserbringern). So konnte beispielsweise für die USA gezeigt werden, dass sich die bedarfsabhängige Bewilligung für die oben aufgeführten diagnostischen Geräte MRI, CT und PET nicht auf die Leistungsmenge der Spitäler, sondern in erster Linie auf die Leistungsmenge der übrigen ambulanten Leistungserbringer reduzierend ausgewirkt hat, da sich für diese die Markteintrittshürden erhöht haben (Stratmann & Baker, 2016).

### **Beurteilung**

Im Kanton AG gibt es keine «öffentlichen» Spitäler im Sinne, dass sie Teil der Verwaltung sind oder als öffentlich-rechtliche Anstalten geführt werden. Damit fragt sich, ob die Bewilligungspflicht ordnungspolitisch gerechtfertigt bzw. mit dem KVG kompatibel ist. Insbesondere scheint es nicht zwingend zu sein, den bewusst gewollten unternehmerischen Freiraum von Leistungserbringern mit privatrechtlicher Trägerschaft einzuschränken. Es besteht das Risiko, dass auch effiziente(re) Anbieter nur mit kantonaler Bewilligung ihre Kapazitäten ausbauen oder ihre Geräte modernisieren können. Dies behindert den Qualitäts- und Leistungswettbewerb (economiesuisse, 2017, S. 18).

Es wäre sinnvoll, bereits im Gesetz präziser zu regeln, welches die 'von der Bewilligungspflicht betroffenen Geräte' sein können, so wie dies im Wallis im Entwurf zum revidierten Gesundheitsgesetz vorgesehen ist. Mitunter wäre auch ein betragsmässiger Schwellenwert (Investitionssumme bzw. Listenpreis) hilfreich.

Das Ziel ist die Reduktion des vermuteten 'angebotsinduzierten Mengenwachstums' (Anmerkung: nicht -indiziert (vgl. Breyer, Zweifel, & Kifmann, 2013, S. 356)). Damit ist es konsequent, neben der 'Anschaffung' auch 'Miete und Leasing' einzuschliessen, da nicht das Eigentum bzw. die Finanzierung, sondern die Verfügungsgewalt über die betriebliche Nutzung für die Entstehung von OKP-Kosten entscheidend ist.

Die Regelung, dass die 'Bestimmung frühestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Spitalgesetzes in Kraft tritt' birgt das Risiko des sogenannten «Ratchet-Effekt» (economiesuisse,

2017, S. 18): es kann sein, dass ein übertriebenes Aufrüsten vor In-Kraft-Treten der Regulierung provoziert wird, was der gewollten Kapazitätsbegrenzung diametral widersprechen würde.

### **Fazit und Empfehlung**

Für den Kanton AG ist die vorgesehene Bewilligungspflicht für Grossgeräte eine ordnungspolitisch wenig überzeugende Regelung: zum einen haben alle Spitäler im Kanton eine privatrechtliche Trägerschaft, was einen minimalen unternehmerischen Freiraum in der Beschaffung und Verwendung von Infrastruktur voraussetzt. Zudem ist die Regelung wenig kompatibel mit dem im KVG seit 2012 geltenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb unter den Spitalern, da effiziente(re) Anbieter tendenziell am Markteintritt gehindert werden.

Im Fokus der gesetzlichen Regelung steht die Begrenzung von Leistungen unter Einsatz ausgewählter Geräte, bei denen aufgrund von monetären Anreizen vermutet wird, dass die Indikationsqualität im Betrieb nicht jederzeit gewährleistet wäre. Allenfalls liessen sich alternative Beschränkungsformen finden, die das gleiche Ziel verfolgen aber nicht ein neues Regulierungsinstrument nach sich ziehen:

- Geräte für therapeutische Eingriffe: Steuerung über Leistungsaufträge, indem z.B. bedarfsgerechte Höchstfallzahlen für vereinzelte stationär erbrachte Eingriffe festgelegt werden oder ganz auf die Vergabe eines Leistungsauftrags für eine Leistungsgruppe verzichtet wird (vgl. auch Leitsatz 4 Spitalplanung)
- Diagnostische Geräte: Klarere Trennung, ob das Gerät im Rahmen eines eigenständigen ambulanten Eingriffs (d.h. ausserhalb der kantonalen Regulierungskompetenz) oder als Teil eines stationären Eingriffs (d.h. bereits in der Fallpauschale abgedeckt und daher unproblematisch) verwendet wird.

In beiden Fällen sollte in der Konsequenz eher auf eine neue Regelung mit Bewilligungspflicht für Grossgeräte verzichtet werden.

Sofern an der Bewilligungspflicht von Grossgeräten festgehalten wird, werden folgende Anpassungen empfohlen:

- Fokus auf diagnostische Geräte legen
- Prüfen, ob ein betragsmässiger Schwellenwert (Investitionssumme, Listenpreis) sinnvoll ist
- Korrektur im Wortlaut: angebotsinduziert (statt angebotsind*i*ziert).

## **2.6 Leitsatz 14: Gemeinwirtschaftliche Leistungen**

### ***Allgemeine Einleitung***

Die kantonalen Finanzierungen von Universitätsspitalern unterscheiden sich sowohl zwischen den Kantonen als auch zwischen den einzelnen Institutionen. Die Finanzierung über die kantonalen Beiträge gemäss der neuen Spitalfinanzierung (fix-duale Beiträge nach Art. 49a KVG) hinaus ist ein zentraler Aspekt in der Diskussion um die Verzerrung des Wettbewerbs zwischen den Spitalern. Diese Subventionierungspraxis wird häufig vereinfacht als „Subventionierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)“ bezeichnet. Gemäss Art. 49 Absatz 3 KVG dürfen die Tarife keine Kostenanteile für GWL enthalten. GWL werden aber nur insofern definiert, als dazu insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre (laut Art. 7 VKL die theoretische und praktische Ausbildung bis Staatsexamen sowie die Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels) gehören. Diese ungenügende Definition führt dazu, dass in der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung keine Rechtssicherheit bestanden hat und die Begriffe weiterhin unterschiedlich interpretiert werden, was die Gefahr von vom KVG nicht gewollten Subventionierungen in sich birgt. Aufgrund dieser ungeklärten Rechtslage stützen die Kantone ihre Subventionen auf das jeweilige kantonale (Subventions-)Recht bzw. kantonale Spezialbestimmungen im Bereich der Spitalfinanzierung und nicht auf die Begrifflichkeiten im KVG ab. Demzufolge können die kantonalen Finanzierungsbeiträge über Art. 49a KVG hinaus nicht gleichgesetzt werden mit den gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach KVG und unterscheiden sich aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage in den Kantonen (Maurer u. a., 2015, S. 6).

Nun bieten Spitäler auch Dienstleistungen an, die nicht direkt OKP-relevant sind. Diese Dienstleistungen werden in der Regel von den Kantonen zusätzlich vergütet. Dies ist solange nicht problematisch, als die Vergütung nach objektiven und transparenten Kriterien erfolgt und die Leistungen mit einem marktwirtschaftlich ausgestalteten Vergabeverfahren eingekauft werden. Gefordert ist somit eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten von OKP-pflichtigen Leistungen. Ist dies nicht gegeben droht die Gefahr, dass solcherlei pauschalvergütete Dienstleistungen zu einem «wettbewerbsverzerrenden Steuerungsinstrument verkommen» (Widmer u. a., 2016, S. 30). Gleich argumentieren aus rechtlicher Sicht Poledna & Vokinger (2014, S. 7), die «Verzerrungen des interkantonalen Wettbewerbs und eine Verhinderung der vom Gesetzgeber gewollten Strukturanpassungen» befürchten. Die Studie von Felder, Meyer & Bieri (2016, S. 33f.) beziffert diese Wettbe-



werbsverzerrung und die weitgehend darauf aufbauende Handlungsempfehlung von Avenir Suisse (Cosandey u. a., 2018, S. 37f.) zielt konsequenterweise in Richtung mehr Transparenz in Bezug auf die Subventionierung von Spitälern. Mit der Empfehlung der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung (GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2018b, S. 7f.) ist eine wichtige Grundlage hin zu mehr Transparenz und Einheitlichkeit gelegt worden.

Damit die «GWL» (neutraler: allgemeine kantonale Finanzierungsbeiträge) nicht als wettbewerbsverzerrend einzustufen sind, müssten sie aus unserer Sicht folgende Anforderungen erfüllen (Maurer u. a., 2017, S. 64):

1. Der Kanton beauftragt die Leistungserbringer mit einem expliziten Auftrag;
2. Es muss tatsächlich eine Leistung durch die Leistungserbringer erbracht werden (dies im Gegensatz zu einer reinen Defizitdeckung, wo dies nicht der Fall ist);
3. Die finanzielle Abgeltung des Leistungsauftrags muss kostenbasiert erfolgen (d.h. eher keine Pauschalen).

GWL sollen keine versteckten Subventionen darstellen, sondern eine kostenbasierte Abgeltung von – gemäss Wortlaut – gemeinwirtschaftlichen Leistungen sein.

Der Kanton AG zeichnet sich im interkantonalen Vergleich einerseits durch eine geringe Anzahl der als GWL-bezeichneten Leistungen (Lehre & Forschung, ELS 144, GOPS, Kinderschutz, Sektorisierte Psychiatrie) und andererseits durch eine geringe absolute Höhe (sowohl im Total als auch pro Kopf) aus (Telser u. a., 2018, S. 32). Die Gefahr der wettbewerbsverzerrenden Subventionierung ist insgesamt als klein einzustufen. Das zu überarbeitende Spitalgesetz könnte mithelfen, diesen (aus ökonomischer Sicht) positiven Zustand auch für die Zukunft zu sichern.

### **Beurteilung**

Im Leitsatz wird von 'gemeinwirtschaftlichen Leistungen' gesprochen. Wie einleitend dargestellt worden ist, wird dieser Begriff unterschiedlich verwendet. Eigentlich sind GWL aufgrund der systematischen Einordnung in Art. 49 Abs. 1 und 3 KVG (wo es um die Abgrenzung zu den Fallpauschalen geht) «reserviert» für Leistungen im stationären Bereich. Somit sind ausserhalb des Spitals sowie ambulant erbrachte Leistungen besser nicht als GWL zu bezeichnen. Will man auch solche Leistungen mit dem Gesetz abdecken, so wäre auch in Bezug auf zukünftige Entwicklungen eine neutralere Bezeichnung von Vorteil (z.B. allgemeine kantonale Finanzierungsbeiträge).

Betreffend ambulant erbrachten Leistungen äussert sich der Leitsatz zudem nicht, ob diese nur von Listenspitälern erbracht werden dürfen (was konsequent wäre, da es sich um ein Spitalgesetz handelt) oder auch andere ambulante Leistungserbringer solche Finanzierungsbeiträge erhalten können (was entsprechend nicht konsequent wäre).

Die Finanzierungsbeiträge werden an die Bedingung geknüpft, dass die Leistungen der 'bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung dienen und aus Gründen der Versorgungs- oder Patientensicherheit notwendig sind'. Der Leitsatz wählt damit eine eher offene Formulierung, damit der RR die Leistungen in einer Verordnung näher bezeichnen kann. Zu prüfen wäre, ob die Leistungskategorien nicht bereits auf Gesetzesstufe stärker vorgegeben und damit etwas eingeschränkt werden sollten, wie dies beispielsweise der Kanton Zürich tut (§ 11 SPFG). Die Regelung auf Verordnungsstufe birgt das Risiko, dass die Hürde für aus Wettbewerbssicht «unerlaubte» Subventionen tiefer ausfällt; die dadurch gewonnene zusätzliche Handlungsfreiheit ist somit gegen die Selbstbeschränkung abzuwägen.

Die 'Modalitäten der Leistungserbringung und Finanzierung' sollen in Leistungsverträgen mit den Leistungserbringern festgelegt werden. Dieser Ansatz erfüllt die erste der oben aufgestellten Anforderungen an allgemeine kantonale Finanzierungsbeiträge, wonach es einen expliziten Auftrag an die Leistungserbringer braucht. Dies ist aber bereits heute der Fall (laut § 17 SpiG sind GWL in Verträgen zu regeln). Es wäre sinnvoll, in den Modalitäten die beiden weiteren Anforderungen zu spezifizieren (keine Defizitdeckung, sondern Abgeltung von tatsächlichen Leistungen der Leistungserbringer; kostenbasierte Abgeltung).

Ein Blick auf die für das Jahr 2018 budgetierten GWL zeigen, dass diesen Grundsätzen in der Praxis bereits weitgehend nachgelebt wird:

- Lehre & Forschung: Leistung ok (gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG eigentliche GWL)
- ELS 144: Leistung ok; es ist hingegen nicht klar ist, ob es sich um eine kostenbasierte Abgeltung handelt
- GOPS: Leistung ok; Pauschalbetrag (d.h. vermutlich keine kostenbasierte Ermittlung)
- Kinderschutz: Leistung ok; leistungsorientiert ok (Ansatz pro Kind)
- Sektorisierte Versorgung Psychiatrie: (vgl. Leitsatz 5)
  - Tageskliniken mit sowohl unterfinanzierten OKP-Leistungen (d.h. Restfinanzierung der Leistungen, die mit TARMED nicht genügend vergütet werden) als

auch nicht-OKP-Leistungen (z.B. Sozialberatung als soziale und berufliche Integration): Leistung ok; leistungsorientiert ok (Ansatz pro AG-Patient)

- Ambulatorium PDAG (ambulante Basisversorgung): Pauschalbetrag (d.h. vermutlich keine kostenbasierte Ermittlung)
- Heroinabgabestelle PDAG: Leistung ok; leistungsorientiert ok (Ansatz pro Woche und AG-Patient)
- Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR): Leistung ok; Pauschalbetrag (d.h. vermutlich keine kostenbasierte Ermittlung).

### **Fazit und Empfehlung**

Es wird empfohlen, das neue SpiG so auszugestalten, dass die heutige wettbewerbsneutrale Finanzierungspraxis des Kantons AG auch in Zukunft sichergestellt ist.

Zu prüfen wäre beispielsweise, ob die möglichen Leistungen nicht bereits inhaltlich und formell auf Gesetzesstufe präzisiert und damit einschränkt werden sollten.

Ansonsten werden folgende redaktionellen Anpassungen empfohlen:

- Anstelle von „GWL“ sollte ein neutraler Begriff gewählt werden, damit die Handlungsfreiheit in Bezug auf die Leistungsart (insbesondere ambulant erbrachte Leistungen) erhöht ist. Ev. könnte generell von *kantonalen Finanzierungsbeiträgen für aus Gründen der Versorgungs- oder Patientensicherheit notwendige Leistungen* gesprochen werden.
- Es ist eine Präzisierung notwendig, wonach die kantonalen Finanzierungsbeiträge lediglich für Listenspitäler zur Anwendung kommen.
- Aus ökonomischer Sicht wäre es zu begrüssen, wenn die Modalitäten bereits soweit geklärt wären, damit keine Defizitdeckungen möglich sind und die Abgeltungen kostenbasiert erfolgen.

## 2.7 Leitsatz 16: Sicherung Versorgung («Too big to fail-Klausel»)

### *Allgemeine Einleitung*

Die Verantwortung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung liegt bei den Kantonen (Vatter & Rüefli, 2014, S. 834f.). Dies hat zur Konsequenz, dass die Kantone auch die dazu notwendige Infrastruktur und sonstigen Ressourcen irgendwie aufrechterhalten müssen, falls die Versorgung gefährdet ist.

Der Leitsatz entspricht im Wortlaut dem Lösungsansatz des Kantons ZH (§ 20 SPFG) und ist damit zumindest im angrenzenden und zugleich bevölkerungsreichsten Kanton umgesetzt.

Gleichwohl stellen sich Fragen zu den *Voraussetzungen*, wann die Versorgung nicht gewährleistet ist, und den zu treffenden *Massnahmen* zur Sicherstellung der Versorgung.

Bei den *Voraussetzungen* werden zwei kumulativ zu erfüllende Tatbestände genannt: Erstens muss das Listenspital mit Betriebsstandort im Kanton 'für die Versorgung unverzichtbar' sowie 'im Weiterbestand bedroht' sein. 'Unverzichtbar für die Versorgung' kann unterschiedlich ausgelegt werden: Im Lichte der starken Präferenzen der Bevölkerung für nahegelegene Einrichtungen kann es dabei zu einer schwierigen Abgrenzung zwischen (der hier postulierten) Sicherstellung der Versorgungssicherheit und politisch erwünschter Erhaltung von Arbeitsplätzen (d.h. Strukturhaltung) kommen. Das Kriterium 'im Weiterbestand bedroht' unterscheidet dagegen nicht zwischen einem Liquiditätsproblem (bei dem der Kanton wie die SNB bei den Banken als lender of last resort ein zeitliches Problem löst) und einem (strukturellen) Finanzierungsproblem (bei dem die Wirtschaftlichkeit der Institution aufgrund von strategischen oder operativen Gründen nicht gewährleistet ist). Während die Lösung des Liquiditätsproblems zur Sicherung der Versorgung gerechtfertigt ist, muss dies beim grundsätzlichen Finanzierungsproblem in Frage gestellt werden. Denn wenn die Wirtschaftlichkeit nicht gegeben ist, müsste das Spital gemäss Art. 32 KVG und Art. 58b Abs. 4 lit. a bzw. Abs. 5 lit. a KVV ohnehin von der Spitalliste gestrichen werden.

Die *Massnahmen* zur Sicherstellung der Versorgung sollten den mit der neuen Spitalfinanzierung in 2012 eingeführten Wettbewerb unter den Spitälern (innerkantonal sowie interkantonal) nicht behindern. Insbesondere sollten die vom Gesetzgeber gewollten Strukturanpassungen möglich sein (Poledna & Vokinger, 2014, S. 7). Was nichts anderes heisst, als dass der Strukturwandel im stationären Sektor vom Kanton nicht durch ungerechtfertigte Subventionen behindert werden darf.

## **Beurteilung**

Angesichts der geografischen Lage der Aargauer Spitäler (vgl. Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, 2016, S. 57f.) ist eigentlich nur die Notfallversorgung ‘für die Versorgung unverzichtbar’. Die Erreichbarkeit der Notfallversorgung ist jedoch gemäss den Kriterien des Interverbands für Rettungswesen (IVR) im Kanton AG überdurchschnittlich gut (Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, 2016, S. 59) und damit kaum gefährdet. Für chirurgische Eingriffe, Reha und stationäre Psychiatrieaufenthalte scheint die Bevölkerung bereit zu sein, bis zu einer Stunde oder mehr Weg in Kauf zu nehmen (Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, 2016, S. 58f.). Mit den Städten Basel, Zürich, Luzern und ev. Bern sowie den anderen Spitälern im Kanton AG besteht genügend Ersatz, selbst bei einem Ausfall des KSA oder KSB. Im Kanton AG ist unter diesen Prämissen kein Spital für die Versorgung unverzichtbar, welche über die Notfallversorgung hinausgeht.

Der vorliegende Leitsatz macht beim Kriterium ‘im Weiterbestand bedroht’ keine Unterscheidung zwischen Liquiditätsproblemen und (strukturellen) Finanzierungsproblemen aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit. Damit besteht das Risiko, dass auch systematische Defizitdeckungen möglich sind, was im Widerspruch zum Wettbewerbsansatz gemäss KVG steht.

In Bezug auf die Voraussetzungen wird mit dieser breit gefassten Formulierung der Kriterien für die Erhaltung von Spitalinfrastrukturen das Risiko erhöhet, dass aufgrund von volkswirtschaftlichen und (partei-)politischen Argumenten Strukturhaltung betrieben wird (d.h. die Erhaltung unwirtschaftlicher Spitalstrukturen). Dies erhöhet jedoch die steuerbasierte Finanzierungslast durch den Kanton.

Die möglichen Massnahmen sind unterschiedlich zu beurteilen:

- Darlehen stellen kein Problem dar, sofern diese gesichert sind (dies müsste in den Bedingungen und Auflagen aufgenommen werden, wie dies z.B. der Kanton ZH in § 20 SPFG macht). Ansonsten besteht das Risiko von Verlusten beim Kanton bei einem Konkurs der Institution.
- Subventionen sind unproblematisch solange sie den inner- und interkantonalen Wettbewerb unter den Spitälern nicht verzerren. Wie die GDK in ihren neu überarbeiteten

Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung<sup>3</sup> festhält, dürfen regionalpolitisch (d.h. volkswirtschaftlich) motivierte Mehrkosten nicht in den Fallpauschalen enthalten sein; es sei überdies „davon auszugehen, dass diese Leistungen über die Deckung des Versorgungsbedarfs hinausgehen“ (GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2018b, S. 10). Da es sich beim Leitsatz zur Sicherung der Versorgung jedoch um OKP-Leistungen handelt und dafür Subventionen eigentlich nur bei unwirtschaftlicher Betriebsführung überhaupt notwendig werden, sind Subventionen im Kontext der Versorgungssicherheit abzulehnen.

- Finanzbeteiligungen betreffen das Thema der Eigentümerrolle des Kantons (vgl. Leitsatz 18): Neben anderen Rollen nehmen die Kantone auch diejenige des Eigentümers ein. Diese Kumulation von Rollen wird von Gesundheitsökonomen im Grundsatz kritisiert und eine Entflechtung gefordert, damit der Kanton als Regulator aber nicht als Eigentümer in Erscheinung tritt [so etwa das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Maurer u. a., 2017, S. 64f.) oder Polynomics (Widmer u. a., 2016, S. 11f.)]. Das Eingehen von Finanzbeteiligungen steht im Widerspruch zur Entflechtung der Rollen. Ansonsten besteht auch hier das Risiko von Verlusten beim Kanton bei einem Konkurs der Institution (Abschreibung der Beteiligung). Die Finanzbeteiligung ist im Kontext der Versorgungssicherheit daher abzulehnen.

### ***Fazit und Empfehlung***

In Anbetracht der guten Versorgungssituation aufgrund der bestehenden Infrastrukturen im Kanton AG sowie den umliegenden Kantonen scheint die Versorgung nicht so rasch gefährdet zu sein. Um politischem «Missbrauch» mit steuerfinanzierten Kantonsgeldern nicht Vorschub zu leisten, stellt sich die grundsätzliche Frage, ob ein Artikel im SpiG zur Sicherung der Versorgung überhaupt notwendig ist.

Sofern an einem Leitsatz zur Sicherung der Versorgung festgehalten wird, werden folgende Anpassungen empfohlen:

- Verzicht auf Subventionen und Finanzbeteiligungen zur Sicherung der Versorgung
- Zusätzliche Präzisierung, wann ein Darlehen 'für die Versorgung unverzichtbar' ist (z.B. Notfallversorgung)

---

<sup>3</sup> Die Empfehlungen der GDK beschränken sich zwar auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Tariffindung und nicht der Spitalplanung. Das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung ist jedoch im Grundsatz in vielen Punkten identisch.

- Zusätzliche Präzisierung, unter welchen Voraussetzungen eine 'im Weiterbestand bedrohte' Institution ein Darlehen erhalten soll. So schränkt der Kanton ZH (§ 20 Abs. 1 lit. a SPFG) dies „für den Betriebserhalt“ ein (d.h. Gewährleistung des operativen Betriebs und nicht zur systematischen Defizitdeckung).

## 2.8 Leitsatz 18: Strategische Führung und Eigentümerschaft

### **Allgemeine Einleitung**

Unter Berücksichtigung der Variante gemäss Normkonzept DGS (gestrichener Leitsatz 18) sind zwei Themenfelder zu betrachten:

- a) Strategische Führung
- b) Eigentümerschaft: Aktienanteil Kanton («Privatisierung»)

#### a) Strategische Führung

Die gemeinsame strategische Führung der im Kantons(mehrheits)besitz befindlichen Spitäler kann *strukturell* (z.B. Holding als Dachorganisation), über *personelle Verflechtung* (d.h. Abkehr von der heutigen Unabhängigkeit zwischen den obersten Führungsgremien) oder *strategische Ziele* (d.h. im Rahmen der Eigentümerstrategie<sup>4</sup>) gelöst werden.

Wie ein Blick auf die Praxis in anderen Kantonen zeigt, führt der Kanton TG seine Spitäler mit einem strukturellen Ansatz, indem die Spital Thurgau AG verschiedene Standorte betreibt (d.h. keine Holdingstruktur). Und die öffentlichen-rechtlichen Anstalten im Kanton SG werden strategisch in vier Spitalverbunden mit einem gemeinsamen VR geführt. Im Kanton BE wird das Netzwerk im Grossraum der Stadt Bern (d.h. Insel Gruppe AG, Spital Netz Bern AG sowie Insel Stiftung) strategisch über einen personell identisch besetzten VR gelöst. Der Kanton ZH hat beim Entwurf des Gesetzes über die KSW AG vorgesehen, dass in der Eigentümerstrategie strategische Ziele gesetzt, strategische Vorgaben zur Erreichung der Ziele gemacht sowie finanzielle Zielwerte vorgegeben werden.

Die Frage nach der Einsitznahme von Kantonsvertretern im VR betrifft die grundsätzliche Wahl zwischen der Steuerung und Aufsicht alleine über *Aktionärsrechte* versus die ver-

---

<sup>4</sup> Die Eigentümerstrategie ist das zentrale Instrument zur Durchsetzung der Interessen des Kantons als Eigner der Gesellschaft. Sie identifiziert die strategischen Ziele des Kantons und macht Vorgaben zu Personal, Leistungserbringung, Kooperationen, Infrastruktur und Risikomanagement. Sie setzt finanzielle Ziele und regelt das Beteiligungscontrolling. Schliesslich legt sie die Rahmenbedingungen des Kantons für Veräusserungen fest (aus RRB Kanton ZH vom 12.4.2017 (Regierungsrat Kanton Zürich, 2017)). In der Eigentümerstrategie wird erstens die Absicht definiert, welche der Eigentümer mit der Beteiligung verfolgt, und zweitens werden die Rahmenbedingungen geschaffen in Bezug auf Ziele und der Art ihrer Erreichung (Schedler, Müller, & Sonderegger, 2013, S. 25).



*waltungsrechtliche Steuerung.* So ist z.B. der Einsitz von Kantonsvertretern in Spitalräten sinnvoll bei ausgelagerten öffentlich-rechtlichen Anstalten (so in BS, BL FR, GE, LU, NE, SG, VS, ZH), da die Organisationen (in Bezug auf Budget, Personal, Immobilien) in den kantonalen Finanzhaushalt integriert bleiben. Bei Kantonen mit «öffentlichen» Spitälern mit privatrechtlicher Trägerschaft dürfen in der Regel keine Vertreter der Regierung bzw. Verwaltung im VR Einsitz nehmen (so BE, SO, TG). Nur der Kanton ZG kennt diese Einschränkung nicht.

Der Kanton AG regelt die strategische Führung heute wie folgt:

- Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Spitalaktiengesellschaften erfolgt nach den Kriterien fachliche und persönliche Kompetenz (§ 11 Abs. 5 lit. a SpiG).  
Anmerkung: Die auf individuellen Kompetenzen basierende Zusammensetzung des VR ist gemäss des Swiss Code of best practice for corporate governance (economie-suisse, 2016, Ziff. 11) heute der Standard für Aktiengesellschaften.
- Unabhängigkeit vom Kanton als Leistungseinkäufer, mit Ausnahme der Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung (§ 11 Abs. 5 lit. b SpiG)
- Drei unabhängig voneinander geführten Organisationen (d.h. drei in Bezug auf die Mehrheit der Mitglieder verschieden zusammengesetzte VR (§ 11 Abs. 5 lit c SpiG)

b) Eigentümerschaft: Aktienanteil Kanton («Privatisierung»)

Von grundsätzlicher Natur ist die Frage zur Eigentümerrolle des Kantons: Neben anderen Rollen nehmen die Kantone auch diejenige des Eigentümers ein. Diese Kumulation von Rollen wird von Gesundheitsökonomien im Grundsatz kritisiert und eine Entflechtung gefordert: der Kanton soll als Regulator aber nicht als Eigentümer in Erscheinung treten [so etwa das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (Maurer u. a., 2017, S. 64f.) oder Polynomics (Widmer u. a., 2016, S. 11f.)].

Die heutige Regelung im Kanton AG umfasst die folgenden Eckpunkte:

- KSA, KSB und PDAG sind gemeinnützige AG gemäss Art. 620 Abs. 3 OR (§ 9 SpiG)
- Der Kanton hält mindestens 70% des Aktienkapitals und der -stimmen (§ 11 Abs. 1 SpiG)
- Das Kantonsparlament entscheidet über Veräusserung von Aktien an Dritte (§ 11 Abs. 1 SpiG)

Von den anderen Kantonen mit privatrechtlicher Trägerschaft von kantonseigenen Spitälern legen BE (SpVG) und SO (SpiG) die Gemeinnützigkeit ebenfalls in den massgebenden Gesetzen fest. Der Kanton TG schreibt im Gesundheitsgesetz (GG) die Gemeinnützigkeit nicht vor.

Kantone, die wie der AG nur eine teilweise Veräusserung (d.h. der Aktienanteil des Kantons ist grösser als 50%) vorsehen, sind der TG (§ 27 GG) und ZG (§ 5 Gesetz KSZG), beide mit einem Aktienanteil von mindestens der Mehrheit, sowie der SO mit einem Aktienanteil von mindestens 67% (§ 17 SpiG). Die Veräusserung einer Mehrheit (d.h. der Aktienanteil des Kantons darf geringer als 50% sein) ist nur im Kanton BE möglich (§ 21 SpVG); zwar liegt auch dort grundsätzlich die Mehrheit beim Kanton bzw. der öffentlichen Hand, der RR kann jedoch davon abweichen "wenn es für eine zweckmässige Versorgung nötig ist".

Die Zustimmung des Kantonsparlaments zu Veräusserungen von Aktien kennt auch der TG (§ 27 Abs. 2 GG), nicht jedoch SO (§ 17 Abs. 2 SpiG), wo der RR die Veräusserung bis zu einem 1/3 der Aktienanteile eigenständig bestimmen kann.

### **Beurteilung**

Beim Regulierungsindex von Polynomics (Widmer u. a., 2016, S. 38f.), der die Regulierungsintensität in den kantonalen Einflussbereichen bewertet, steht der Kanton AG beim Themenbereich «Eigentum» (inkl. strategische Führung) im Gesamtvergleich mit anderen Kantonen gut da. Gleichwohl stellen sich mit der Totalrevision einige Fragen zu Eigentums- und Führungsaspekten, die man entweder isoliert und angelehnt an die heutige Regulierung oder aber vernetzt und grundsätzlich beurteilen kann.

In die erste Kategorie gehören eher die folgenden Aspekte:

- Die Möglichkeit der Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung im VR entspricht nicht der heutigen best practice bei (in eine privatrechtliche Trägerschaft) ausgelagerten öffentlichen Aufgaben. Auf die Einsitznahme von Kantonsvertretern wäre eher zu verzichten, insbesondere wenn es sich um Personen aus Regierung oder Verwaltung handelt.
- Sinnvolle Streichung von § 11 Abs. 5 lit. c (Unabhängigkeit einer Mehrheit der Mitglieder von den beiden anderen Spitalaktiengesellschaften des Kantons) und § 11 Abs. 7 (keine gleichzeitige Übernahme von mehr als einem Amt) zur Erhöhung des Handlungsspielraums. Diese Einschränkung kann der RR als Vertreter der Aktionärin in den

Statuten bzw. dem Organisationsreglement generell oder jederzeit bei der Wahl der Organe sicherstellen.

- Die Variante einer gemeinsamen strategischen Führung der beiden Aktiengesellschaften KSA und KSB als Holdingstruktur ist in Bezug auf die Handlungsmöglichkeiten bereits einschränkend für die Zukunft. Vielleicht wäre eine solche Führungsstruktur mit einem anderen Spital im Kanton AG oder sogar aus einem anderen Kanton sinnvoller. Zudem sieht das KVG mit der neuen Spitalfinanzierung seit 2012 den Wettbewerb unter den Spitälern (innerkantonal sowie interkantonal) vor – die vom Gesetzgeber gewollten Strukturanpassungen sollten möglich sein (Poledna & Vokinger, 2014, S. 7).
- Eine Aufteilung der Interessengebiete nach Geografie oder nach Disziplinen könnte allenfalls eine kartellrechtliche Verletzung darstellen, da es sich bei KSA und KSB um zwei privatrechtliche AG handelt. Eine solche Aufteilung der Gebiete ist regulatorisch besser gelöst über den Leistungsauftrag (Fokus auf Rolle des Kantons als Regulator).
- Der im Normkonzept der DGS vorgeschlagene Verzicht auf die explizite Nennung der Gemeinnützigkeit ist sinnvoll, da damit der Handlungsspielraum grösser wird. Die politischen Risiken der Vorlage werden damit aber erhöht, insbesondere in Verbindung mit der Möglichkeit der Veräusserung der Aktienmehrheit, wie letztmals die Abstimmung im Kanton ZH vom 21. Mai 2017 zur Überführung des KSW als öffentlich-rechtliche Anstalt in eine privatwirtschaftliche Aktiengesellschaft mit der Ablehnung durch das Stimmvolk mit 53.5% Nein-Anteil gezeigt hat.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist dagegen die gänzliche Aufgabe der *Eigentümer- und Betreiberrolle* von «öffentlichen» Spitälern (im Sinne von im staatlichen Eigentum stehend und gemeinnützig betrieben). Damit würde es den Kantonen einfacher fallen, als Regulator die Steuerung der Spitalkapazitäten am Bedarf auszurichten und, sofern notwendig, die Anzahl der Spitäler auf der Spitalliste zu reduzieren. Dies eröffnet mehr Handlungsspielraum in der Sicherstellung und Finanzierung (d.h. über Steuern) der stationären Leistungserbringung. In diesem Sinne wird die im Normkonzept der DGS vorgesehene Möglichkeit einer vollständigen Veräusserung der kantonalen Beteiligungen an den Spitalaktiengesellschaften als sinnvoll beurteilt. Allerdings wäre dies für die Schweiz ein Novum und mit politischen Risiken verbunden.

### **Fazit und Empfehlung**

Sowohl der durch den RRB verfolgte Ansatz als auch die im Normkonzept der DGS formulierten Alternativen sind jeweils alleine nicht vollständig bzw. stimmig. Nachfolgende Empfehlung versucht, im Gesetz möglichst viel Handlungsspielraum zu gewinnen:

Die Form, wie eine allfällige gemeinsame *strategische Führung* der im Kantons(mehrheits)besitz befindlichen Spitäler umgesetzt werden könnte (strukturell, personell, strategische Ziele in der Eigentümerstrategie), sollte nicht unbedingt im Gesetz festgelegt werden, damit die Handlungsfreiheit möglichst hoch bleibt. Die dem Kanton als Eigentümer über Statutenanpassungen, Organwahlen oder der Festlegung der Eigentümerstrategien vorliegenden Instrumente sollten für eine gemeinsame strategische Führung eigentlich ausreichen. Daher wird empfohlen, den Leitsatz 18 (vordem 19) ersatzlos zu streichen.

Sofern an einem Leitsatz zur strategischen Führung festgehalten wird, werden folgende Anpassungen empfohlen:

- Keine Einsitznahme von Kantonsvertretern, insbesondere keine Personen aus der Regierung oder Verwaltung
- Variante einer gemeinsamen strategischen Führung der beiden Aktiengesellschaften KSA und KSB als Holdingstruktur weglassen, da zu einschränkend
- Verzicht auf die explizite Nennung der Gemeinnützigkeit

In Bezug auf die *gesellschaftsrechtliche Ausgestaltung sowie Eigentümerschaft* sollte das Gesetz ebenfalls lösungsoffen formuliert werden, damit möglichst viel Spielraum besteht. Als Ansatz könnte die vom Kanton BE in § 19 Abs. 2 SpVG formulierte Lösung als Referenz dienen: "Der Regierungsrat ergreift im Namen des Kantons die zur Ausgestaltung der RSZ (Anm.: Regionalen Spitalzentren) als Aktiengesellschaften und die zur kantonalen Beteiligung an ihnen erforderlichen Massnahmen. Er kann dazu insbesondere Aktiengesellschaften gründen, auflösen, spalten oder fusionieren und Beteiligungen an solchen Gesellschaften erwerben oder veräussern".

Zudem sollte zur langfristigen Sicherstellung und Finanzierung der stationären Leistungserbringung die weitere Entflechtung der Mehrfachrollen verfolgt werden mit dem Fokus des Kantons auf die Rolle als Regulator (d.h. Spitalplanung, Leistungseinkauf, gesundheitspolizeiliche Zulassung). Die Möglichkeit der Veräusserung einer Mehrheit oder gar 100% der Aktienanteile auf der Basis der Zustimmung des Grossen Rats (Kantonsparlament) sollte daher im Gesetz explizit enthalten sein.

### 3 Fazit und Empfehlungen

Aufgrund der ihnen in der Bundesverfassung zugewiesenen Rolle als Hauptakteure in der Gesundheitsversorgung haben die Kantone verschiedenen Einflussbereiche:

- als «Regulator» sind sie für die Spitalplanung und die Tarifgenehmigung zuständig;
- als «Finanzierer» leisten sie Kantonsbeiträge in der Höhe von mindestens 55% für stationäre Aufenthalte oder gewähren allgemeine Finanzierungsbeiträge unter anderem für gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- als «Eigentümer» sind sie Träger von stationären Einrichtungen, sei es oberste Leitung der der Verwaltung oder als Hauptaktionär einer ausgelagerten Organisation;
- als «Leistungserbringer» führen sie teilweise auch den operativen Betrieb von Spitälern.

Dabei spielt die gesundheitspolitische Ausrichtung eines Kantons eine massgebliche Rolle, in welchem Ausmass und auf welche Art die Rolle des Kantons in diesen Einflussbereichen ausgeübt wird. Vereinfachend stehen zwei «Rollenmodelle» zur Auswahl:

- 1) Der Kanton als Hüter und Schiedsrichter des *regulierten Wettbewerbs*. Der Fokus der Regulierungsaktivitäten liegt auf der Stärkung des im KVG mit der neuen Spitalfinanzierung seit 2012 angelegten Wettbewerbs im stationären Sektor;
- 2) Der Kanton als vorsorglicher *Gesamtplaner der Gesundheitsaktivitäten*. Der Fokus der kantonalen Aktivitäten liegt auf der Sicherung der Versorgung sowie der nachhaltigen Finanzierung aller damit verbundenen Aktivitäten.

Der Kanton AG verfolgt schon seit längerer Zeit einen im Vergleich mit anderen Kantonen wettbewerbsfreundlichen Regulierungsansatz – die Regulierungsintensität ist mit anderen Worten im Quervergleich moderat ausgestaltet (vgl. Widmer u. a., 2016). Bei der vorliegenden Beurteilung von sieben der 20 vom Regierungsrat des Kantons AG am 25. April 2018 verabschiedeten Leitsätze ist dieser gesundheitspolitischen Ausrichtung Rechnung getragen worden. Es wird empfohlen, diese Ausrichtung weiter voranzutreiben und die sich mit der Revision des Spitalgesetzes bietende Gelegenheit zu nutzen, dem Kanton primär die Rolle als hoheitlicher Regulator einer wettbewerblich ausgestalteten Gesundheitsversorgung zuzuschreiben und dabei die eigene Rolle als Eigentümer von leistungserbringenden Organisationen kritisch zu prüfen.

Für die einzelnen Leitsätze wird daher folgendes empfohlen:

#### **Leitsatz 4: Spitalplanung**

Abgesehen von redaktionellen Verbesserungsmöglichkeiten stellt der Leitsatz eine inhaltlich und formal geeignete Grundlage für die Revision des SpiG dar. Er wird den Anforderungen des KVG gerecht und stellt den aktuellen Stand der Regulierungspraxis dar.

Die professionelle (d.h. evidenzbasierte und bedarfsgerechte) Spitalplanung / Versorgungsplanung über Leistungsaufträge sollte in einem wettbewerblichen Ansatz als die Hauptaufgabe des Kantons als Regulator betrachtet und im Vergleich mit anderen Regulierungsansätzen (wie z.B. die Mengenvorgabe oder die nachträgliche Abschöpfung von Umsätzen wie im Leitsatz 6) bevorzugt werden. Mit Leistungsaufträgen können *Kapazitäten limitiert* werden, so dass Leistungen bereits aus Kapazitätsgründen nicht über den Bedarf hinaus erbracht werden können. Dies ist die effektivste «Prävention» der angebotsinduzierten Mengenausweitung.

Zusätzlich können in stationären Leistungsaufträgen bei besonders anreizaffinen Leistungsgruppen *selektiv Höchstfallzahlen* festgelegt werden, was die Indikationsqualität von bestimmten Eingriffen erhöhen sollte.

#### **Leitsatz 5: Förderung ambulante Versorgung**

Der Leitsatz zur Förderung der ambulanten Versorgung regelt zwei unterschiedliche Themen:

- a) Substitutive Verlagerung von stationär zu ambulant mittels kantonaler Liste von Eingriffen
- b) Kantonaler Finanzierungsbeitrag für gemeindenaher und personenzentrierte ambulante psychiatrische Leistungen.

Aufgrund der unsicheren kantonalen Kompetenz sowie der Verletzung des im KVG geltenden Gleichheitsgebots (rechtsgleiche Behandlung und Zugang zu einem Leistungskatalog) wird empfohlen, auf die *kantonale Vorgabe von Eingriffen* zu verzichten und im bestehenden § 7a der SpiV auf die nationale Eingriffsliste des BAG zu verweisen.

Der Leitsatz sollte sich daher alleine auf die *Förderung der ambulanten psychiatrischen Versorgung* fokussieren. Neben redaktionellen Verbesserungsmöglichkeiten wird empfohlen, bei einer zukünftigen Anpassung der nationalen Tarifstruktur TARMED die mit dem Leitsatz neu geschaffene Finanzierungsgrundlage, soweit es sich um (heute ungenügend vergütete) OKP-Leistungen handelt, nochmals grundsätzlich zu hinterfragen.

### **Leitsatz 6: Begrenzung Wachstum Leistungsvolumen («Escape-Klausel»)**

Die Festlegung von rechtsverbindlich soliden und versorgungstechnisch korrekten Zielvorgaben ist sehr anspruchsvoll. Aufgrund der hohen Komplexität in der Umsetzung (sowohl was die Festlegung der prozentualen Zielvorgabe als auch die anschliessende Durchsetzung der Lenkungsabgabe betrifft) wird empfohlen, auf die Vorgabe von Leistungszielen (im Sinne einer prozentualen Wachstumsbeschränkung) zu verzichten.

Die Beeinflussung von übermässigem Mengenwachstum erfolgt besser ex-ante (d.h. vor der Leistungserbringung) über die Anpassung der Kapazitäten an den Versorgungsbedarf. Konkret ginge es darum, die Anzahl der Spitäler auf der Spitalliste bzw. deren Leistungsumfang zu reduzieren (vgl. Leitsatz 4 zur Spitalplanung). Die Spitalplanung / Versorgungsplanung reicht als Instrument zur Mengensteuerung. Der Leitsatz kann ersatzlos gestrichen werden.

### **Leitsatz 7: Bewilligung Grossgeräte («Infrastrukturklausel»)**

Im Fokus der gesetzlichen Regelung steht die Begrenzung von Leistungen unter Einsatz ausgewählter Geräte, bei denen aufgrund von monetären Anreizen vermutet wird, dass die Indikationsqualität im Betrieb nicht jederzeit gewährleistet ist. Es wird empfohlen, alternative Beschränkungsformen zu finden, die das gleiche Ziel verfolgen aber nicht gleich ein neues Regulierungsinstrument nach sich ziehen. So könnte der Einsatz von Geräten für stationär erbrachte therapeutische Eingriffe über Leistungsaufträge eingeschränkt werden, indem z.B. bedarfsgerechte Höchstfallzahlen für vereinzelte Eingriffe festgelegt werden oder (noch besser) ganz auf die Vergabe eines Leistungsauftrags für eine Leistungsgruppe verzichtet wird. In diesem Sinne reicht die Spitalplanung / Versorgungsplanung als Instrument zur Mengensteuerung. Der Leitsatz kann ersatzlos gestrichen werden.

Zudem ist die Bewilligungspflicht für Grossgeräte für den Kanton AG auch ordnungspolitisch eine wenig überzeugende Regelung; die Spitäler im Kanton haben eine privatrechtliche Trägerschaft, was einen minimalen unternehmerischen Freiraum in der Beschaffung und Verwendung von Infrastruktur voraussetzt.

### **Leitsatz 14: Gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Neben redaktionellen Anpassungen wird empfohlen, das neue SpiG so auszugestalten, dass die heutige wettbewerbsneutrale Finanzierungspraxis des Kantons AG auch in Zukunft sichergestellt ist. Zu prüfen wäre beispielsweise, ob die Leistungen nicht bereits inhaltlich und formell auf Gesetzesstufe (anstelle der Regelung per Verordnung) präzisiert und damit einschränkt werden sollten.

**Leitsatz 16: Sicherung Versorgung («Too big to fail-Klausel»)**

In Anbetracht der guten Versorgungssituation aufgrund der bestehenden Infrastrukturen im Kanton AG sowie den umliegenden Kantonen scheint die Versorgung nicht so rasch gefährdet zu sein. Um politischem «Missbrauch» mit steuerfinanzierten Kantonsgeldern nicht Vorschub zu leisten, stellt sich die grundsätzliche Frage, ob ein Artikel im SpiG zur Sicherung der Versorgung überhaupt notwendig ist. Es wird empfohlen, den Leitsatz ersatzlos zu streichen.

**Leitsatz 18: Strategische Führung und Eigentümerschaft**

Unter Berücksichtigung der Variante gemäss Normkonzept DGS (gestrichener Leitsatz 18) sind zwei Themenfelder zu betrachten:

- a) Strategische Führung
- b) Eigentümerschaft: Aktienanteil Kanton («Privatisierung»)

Die Form, wie eine allfällige gemeinsame *strategische Führung* der im Kantons(mehrheits)besitz befindlichen Spitäler umgesetzt werden könnte (strukturell, personell, strategische Ziele in der Eigentümerstrategie), sollte nicht unbedingt im Gesetz festgelegt werden, damit die Handlungsfreiheit möglichst hoch bleibt. Die dem Kanton als Eigentümer im Aktienrecht über Statutenanpassungen, Organwahlen oder der Festlegung der Eigentümerstrategien vorliegenden Instrumente sollten für eine gemeinsame strategische Führung eigentlich ausreichen. Daher wird empfohlen, den Leitsatz 18 (vordem 19) ersatzlos zu streichen.

Der Leitsatz sollte sich daher alleine auf die *gesellschaftsrechtliche Ausgestaltung sowie Eigentümerschaft* fokussieren (gestrichener Leitsatz 18). Es wird empfohlen, das Gesetz lösungsoffen zu formulieren, damit möglichst viel Spielraum besteht. Als Ansatz könnte die vom Kanton BE in § 19 Abs. 2 SpVG formulierte Lösung als Referenz dienen. Zudem sollte zur langfristigen Sicherstellung und Finanzierung der stationären Leistungserbringung die weitere Entflechtung der Mehrfachrollen verfolgt werden mit dem Fokus des Kantons auf die Rolle als «Regulator» (d.h. Spitalplanung, Leistungseinkauf, gesundheitspolizeiliche Zulassung). Die Möglichkeit der Veräusserung einer Mehrheit oder gar 100% der Aktienanteile auf der Basis der Zustimmung des Grossen Rats (Kantonsparlament) sollte daher im Gesetz explizit enthalten sein.



## Literaturverzeichnis

- Breyer, F., Zweifel, P., & Kifmann, M. (2013). *Gesundheitsökonomik* (6. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Bundesrat. (2013). *Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010.*
- Bundesrat. (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Abgerufen von [https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/Bericht\\_Zukunft\\_Psychiatrie\\_DE.pdf](https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/Bericht_Zukunft_Psychiatrie_DE.pdf)
- Cosandey, J., Roten, N., & Rutz, S. (2018). *Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist»*. Zürich: Avenir Suisse.
- Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur DGSK. (2017). *Bericht zum Vorentwurf des Gesundheitsgesetzes vom März 2018*.
- Departement Gesundheit und Soziales Kanton Aargau. (2016). *Strukturbericht Gesundheit 2016*.
- economiesuisse. (2016). *Swiss code of best practice for corporate governance*.
- economiesuisse. (2017). *So wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg* (Dossier Politik No. #2/17).
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI. (2017). *Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24.8.2017*. Bern.
- Felder, S., Meyer, S., & Bieri, D. (2016). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz*.

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2018a). *Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung. Revidierte Version vom 25. Mai 2018.*

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2018b). *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Version vom 1. März 2018.*

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2011). *Vision Psychiatrie*. Abgerufen von [https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere\\_direktion/veroeffentlichungen/\\_jcr\\_content/contentPar/downloadlist\\_1/downloaditems/126\\_1392106656518.spooler.download.1323254228119.pdf/vision\\_psychiatrie.pdf](https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen/_jcr_content/contentPar/downloadlist_1/downloaditems/126_1392106656518.spooler.download.1323254228119.pdf/vision_psychiatrie.pdf)

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2015). *Gesundheitsversorgung 2015 - Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie.*

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2017). *Gesundheitsversorgung 2017 - Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie.*

Güller, U., Warschkow, R., Ackermann, C. J., Schmied, B. M., Cerny, T., & Ess, S. (2017). Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. *Swiss Medical Weekly*, 147(2930). <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14473>

Maurer, M., Knöfler, F., Schmidt, R., & Brügger, U. (2017). *Sparpotentiale im Gesundheitswesen: Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich. Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich*. Winterthur: ZHAW.

Maurer, M., Meier, F., Schmidt, R., Ruckstuhl, S., Widmer, M., Schneuwly, S., & Hauser, S. (2015). *Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler. Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Expertenbericht)*. Winterthur.

- Poledna, T. (2017). Kantone als Krankenversicherer. *Neue Zürcher Zeitung*, 28. Juni 2017.
- Poledna, T., & Vokinger, K. N. (2014). Spitalsubventionierung und neue Spitalfinanzierung. Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonaler Autonomie. *Jusletter*.
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2017). Regierungsratsbeschluss vom 12. April 2017 zur Festlegung der Eigentümerstrategie des Kantonsspital Winterthur AG.
- Rütsche, B. (2011). *Rechtsgutachten zuhanden des Kantons Bern: Steuerung der Leistungsmenge im Spitalbereich*. Rechtswissenschaftliche Fakultät, Universität Luzern.
- Saxer, U. (2017). *Memorandum vom 24. März 2017 im Auftrag der Privatkliniken Schweiz betreffend Regelungen „ambulant statt stationär“, insb. in den Kantonen Zürich und Luzern*. Zürich.
- Schedler, K., Müller, R., & Sonderegger, R. W. (2013). *Führung, Steuerung und Aufsicht von öffentlichen Unternehmen. Public Corporate Governance für die Praxis*. (2. Aufl.). Bern: Haupt.
- Schwendener, P., Sommer, P., Pfinninger, T., Schulthess, M., & Obrist, M. (2016). *Ambulant vor stationär: Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich sparen lassen. Studie PwC*.
- Stratmann, T., & Baker, M. C. (2016). *Are Certificate-of-Need Laws Barriers to Entry? How They Affect Access to MRI, CT, and PET Scans* (Mercatus Working Paper). Mercatus Center at George Mason University, Arlington, VA. Abgerufen von <https://www.mercatus.org/system/files/Stratmann-CON-Barriers-to-Entry.pdf>
- Telser, H., Meyer, D., & Mäder, B. (2018). *Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau. Studie Polynomics im Auftrag der VAKA*.
- Vatter, A., & Rüefli, C. (2014). Gesundheitspolitik. In P. Knoepfel (Hrsg.), *Handbuch der Schweizer Politik* (5. Aufl.). Zürich: NZZ.

Widmer, P., Telser, H., & Uebelhart, T. (2016). *Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015 Studie Polynomics im Auftrag von comparis.ch.*

## Anhang: Leitsätze gemäss RRB vom 25. April 2018

**DEPARTEMENT  
GESUNDHEIT UND SOZIALES**  
Abteilung Gesundheit

### Leitsätze gemäss RRB vom 25. April 2018

#### Leitsatz 1

Die Eröffnung und der Betrieb eines Spitalstandorts im Kanton Aargau bedürfen einer Betriebsbewilligung der zuständigen kantonalen Behörde. Hauptstandorte benötigen immer eine eigene Betriebsbewilligung. Nebenstandorte benötigen keine separate Betriebsbewilligung, müssen jedoch zusammen mit dem Hauptstandort bewilligt werden. Die Definitionen des Haupt- und Nebenstandorts eines Spitals werden auf Verordnungsstufe verankert.

Fehlende Bewilligungen müssen innerhalb von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes eingeholt werden.

---

#### Leitsatz 2

Die Bewilligung wird erteilt, wenn das Spital

- eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleistet
- über das erforderliche Fachpersonal, insbesondere auch im pflegerischen Bereich, verfügt
- über eine zweckentsprechende medizinische Einrichtung verfügt
- eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleistet.

Sodann muss

- ein zweckentsprechendes Betriebskonzept, welches insbesondere den Qualitäts- und Hygieneanforderungen Rechnung trägt, vorliegen
- ein Notfallkonzept vorliegen
- die Versicherungspflicht des Betriebs sichergestellt sein
- eine Auflistung sämtlicher Nebenstandorte eingereicht werden.

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

Der Regierungsrat konkretisiert die einzelnen Anforderungen durch Verordnung.

Die zuständige kantonale Behörde führt die Aufsicht über die Spitäler. Ihr sind auf Verlangen jederzeit Zutritt zu den Räumlichkeiten zu gewähren, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

---

#### Leitsatz 3

Die zuständige kantonale Behörde ist verantwortlich für die Aufsicht über die Spitalbetriebe. Die Betriebe müssen Veränderungen, welche die für die Erlangung der Bewilligung nötigen Voraussetzungen betreffen, der zuständigen kantonalen Behörde melden. Die Behörde entscheidet dann, ob eine neue Bewilligung erteilt werden muss. Die Erteilung einer neuen Bewilligung muss insbesondere dann geprüft werden, wenn baulich, konzeptionell oder betrieblich wesentliche Veränderungen eingetreten sind.

Eine Verletzung der Meldepflicht kann mit Sanktionen geahndet werden. Der Regierungsrat kann die Modalitäten der Meldung in der Verordnung definieren.

## **Leitsatz 4**

Der Kanton gewährleistet im Rahmen seiner Spitalplanung eine qualitativ hochstehende Spitalversorgung, die sich an einer zweckmässigen, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung orientiert und kantonale, überregionale und regionale Aspekte angemessen berücksichtigt.

Die zuständige kantonale Behörde sorgt für eine periodische Evaluation der Spitalliste. Sie überwacht und evaluiert regelmässig den tatsächlichen Versorgungsbedarf und ergreift die erforderlichen Massnahmen, wenn sich eine für die Versorgungssicherheit der Kantonsbevölkerung wesentliche Unter- oder Überversorgung abzeichnet. Zu diesem Zweck kann sie Leistungsaufträge beschränken, entziehen oder zusätzliche Aufträge erteilen.

Die Leistungsaufträge können mit sanktionierungsfähigen Auflagen und Bedingungen verbunden werden, insbesondere in folgenden Bereichen:

- Festlegung von Mindestfallzahlen
- Qualität
- Verknüpfung von Leistungsaufträgen miteinander
- Auflagen zur Digitalisierung, insbesondere zum elektronischen Patientendossier
- Auflagen zur Durchführung oder zur Teilnahme an Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsprogrammen
- Auflagen zur Kooperation mit anderen inner- oder ausserkantonalen Spitälern oder Verpflichtung zur Teilnahme an Gemeinschaftsprojekten
- Auflagen zur Integration von vorgelagerten und nachgelagerten Versorgungspartnern (vertikale Integration).

Zur Sicherstellung der Qualitätsstandards ist der Kanton befugt, bei den Listenspitälern ein adäquates Qualitätscontrolling und Qualitätsmonitoring durchzuführen.

Der Kanton fördert und unterstützt Kooperationen zwischen inner- und ausserkantonalen Gesundheitspartnern, solange sich diese im Rahmen der durch den Kanton erteilten Leistungsaufträge bewegen.

Der Kanton fördert die Finanzierbarkeit und Attraktivität des kantonalen Spitalmarkts für seine Bevölkerung. Er setzt sich im interkantonalen Verhältnis aktiv für die kantonalen Leistungserbringer ein und sorgt durch eine interkantonale Koordination für die Verhinderung von Überangeboten (interkantonale Spitalplanung). Hierzu kann er Kooperationen eingehen; namentlich mit Krankenversicherern, anderen Kantonen, Verbänden oder einzelnen Leistungserbringern.

---

## **Leitsatz 5**

Der Kanton fördert die ambulante Versorgung und ergreift Massnahmen, um die ambulante Versorgung im Kanton zu stärken. Diesbezüglich kann der Regierungsrat namentlich

- eine Liste von Eingriffen definieren, welche in erster Linie ambulant zu erbringen sind
- gemeindenahе und personenzentrierte ambulante psychiatrische Leistungen bestimmen, welche vom Kanton gefördert werden, sowie deren Bettenplanung bestimmen.

Eine – zeitlich befristete – finanzielle Beteiligung an den gemeindenahen und personenzentrierten ambulanten psychiatrischen Leistungen ist möglich, wenn damit erwiesenermassen stationäre Strukturen entlastet und eine kostendeckende Finanzierung seitens Krankenversicherer nachweislich nicht gegeben ist und somit eine echte Finanzierungslücke besteht.

---

## **Leitsatz 6**

Im Kanton Aargau wird eine "Escape-Klausel" eingeführt. Diese ermöglicht es dem Kanton, einzuschreiten, wenn ein übermässiges Wachstum des Leistungsvolumens, das sich medizinisch nicht begründen lässt, festgestellt

wird.

Zur Beurteilung eines übermässigen Wachstums bestimmt der Regierungsrat einen Grenzwert. Dieser Wert orientiert sich dabei an folgenden Punkten:

- Case-Mix
- Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung
- medizintechnischer Fortschritt
- Teuerung.

Wird über den gesamten Kanton oder innerhalb einer Sparte ein nicht gerechtfertigtes Wachstum des Leistungsvolumens festgestellt, kann der Regierungsrat bei den Leistungserbringern auf der Aargauer Spitalliste eine progressiv zunehmende Lenkungsabgabe erheben.

Gerechtfertigt kann das Wachstum des Leistungsvolumens insbesondere aus folgenden Gründen sein: Bevölkerungszunahme, Überalterung, Multimorbidität, spezielle Ereignisse (zum Beispiel Epidemie), medizinischer Fortschritt und dergleichen.

---

## **Leitsatz 7**

Der Regierungsrat kann die Anschaffung (unter Einschluss von Miete und Leasing) von Grossgeräten für Leistungserbringer, welche mitunter stationäre Leistungen erbringen, unter eine Bewilligungspflicht stellen. Eine Bewilligung kann insbesondere dann abgelehnt werden, wenn:

- der Leistungserbringer bereits über überdurchschnittlich viele Geräte der beantragten Art verfügt
- ein angebotsindiziertes Mengenwachstum zu befürchten ist
- beim Leistungserbringer selbst nicht ausgeschöpfte Kapazitäten bestehen
- es den Leistungserbringern durch Kooperationen möglich wäre, die Grossgeräte von anderen Leistungserbringern zu nutzen und dies den Patientinnen und Patienten auch zugemutet werden kann
- im Kantonsgebiet bereits überdurchschnittlich viele Grossgeräte der entsprechenden Kategorie vorhanden sind.

Die von der Bewilligungspflicht betroffenen Geräte und die Modalitäten des Bewilligungsverfahrens sind durch Verordnung festzulegen. Diese Bestimmung tritt frühestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Spitalgesetzes in Kraft.

---

## **Leitsatz 8**

Der Kanton fördert im Sinn einer Pilotnorm die Erprobung, Durchführung und Evaluierung neuer Versorgungsmodelle, sofern diese der Erzielung medizinischer, versorgungstechnischer oder wirtschaftlicher Verbesserungen dienen.

Für eine definierte Dauer kann es der Regierungsrat den Trägern von Pilotprojekten erlauben, von im Voraus bestimmten kantonalen Bestimmungen abzuweichen.

---

## **Leitsatz 9**

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

Es ist eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, die eine sachgerechte Abgrenzung von Kosten und Leistungen ermöglicht. Die einzelnen Positionen der Kosten- und Leistungsrechnung sind detailliert und korrekt auszuweisen. Das zuständige Departement kann bei Bedarf Standards zur Datenqualität festlegen.

Die zuständige Behörde ist befugt, betriebs- und patientenbezogene Daten der Leistungserbringer zu bearbei-

ten, soweit dies zum Vollzug des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und des Spitalgesetzes erforderlich ist, insbesondere zur

- Durchführung der Spitalplanung
- Durchführung von Tarifverfahren.
- Durchführung des Leistungsauftragscontrollings;
- Durchführung des Leistungscontrollings;
- Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung.

Als Bearbeiten gilt das Einsehen, Erheben, Aufbewahren, Verwenden, Auswerten, Umarbeiten, Veröffentlichen und Vernichten von Daten.

Im Rahmen der Spitalabrechnung ist der Kanton befugt, auf die Daten des Einwohnerregisters zuzugreifen.

Als Bearbeiten gilt das Einsehen, Erheben, Aufbewahren, Verwenden, Auswerten, Umarbeiten, Veröffentlichen und Vernichten von Daten.

Im Rahmen der Spitalabrechnung ist der Kanton befugt, auf die Daten des Einwohnerregisters zuzugreifen.

---

### **Leitsatz 10**

Der Zuschlag der Spitalsteuer von 15 % wird aufgehoben und kostenneutral in den ordentlichen Kantonssteuereffuss überführt. Dessen Obergrenze ist von 100 % auf 115 % anzuheben.

---

### **Leitsatz 11**

Rettungsdienste unterstehen sowohl für Primär- als auch Sekundärtransporte einer Bewilligungspflicht durch den Kanton. Die Voraussetzungen richten sich nach der Verordnung über Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (VBOB).

---

### **Leitsatz 12**

Die akutsomatischen Aargauer Spitäler auf der Spitalliste können verpflichtet werden, einen funktionsfähigen Rettungsdienst zu betreiben.

Der Regierungsrat kann Ausnahmen von dieser Pflicht vorsehen.

---

### **Leitsatz 13**

Die akutsomatischen Aargauer Spitäler auf der Spitalliste werden verpflichtet, den Rettungsdienst im Kanton so zu organisieren und die Gebiete untereinander aufzuteilen, dass ein funktionsfähiges Rettungswesen gewährleistet werden kann. Die Listenspitäler müssen bei Bedarf Dritte beiziehen, die über eine Betriebsbewilligung verfügen.

Der Regierungsrat trifft soweit erforderlich die zur Sicherstellung eines zweckmässigen Rettungsdienstes erforderlichen Massnahmen.

---

### **Leitsatz 14**

Der Kanton kann gemeinwirtschaftliche Leistungen im Gesundheitswesen finanziell unterstützen, sofern diese einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung dienen und aus Gründen der Versorgungs- oder Patientensicherheit notwendig sind.

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

Die Modalitäten der Leistungserbringung und Finanzierung werden im Rahmen eines Leistungsvertrags zwi-



schen dem zuständigen Departement und dem einzelnen Leistungserbringer festgelegt.

---

## **Leitsatz 15**

Stellt der Kanton eine Verletzung kantonaler Leistungsaufträge und der damit verbundenen Anforderungen und Bedingungen oder Verstösse gegen weitere Pflichten des Spitalgesetzes und dessen Ausführungsbestimmungen fest, so kann er gegen den fehlbaren Leistungserbringer Sanktionen aussprechen.

Die zuständige Behörde spricht eine Sanktion aufgrund der Schwere des Verstosses aus und erlässt eine entsprechende Verfügung. Als Sanktionsmassnahmen sind die Folgenden möglich:

- Verwarnung
- Busse bis Fr. 50'000.–; im Wiederholungsfall bis Fr. 500'000.–
- Anordnung einer Rechnungs- oder Kodierrevision bei einem Leistungserbringer
- Rückforderung oder Zurückhalten von Leistungen durch den Kanton
- Entzug eines Leistungsauftrags
- Streichen eines Leistungserbringers von den kantonalen Spitallisten
- Schliessung von Spitalstandorten
- Entzug der Bewilligung.

---

## **Leitsatz 16**

Ist der Weiterbestand eines zur Versorgung der Aargauer Bevölkerung unverzichtbaren Listenspitals mit Betriebsstandort im Kanton bedroht, ist der Regierungsrat zwecks Wiederherstellung der Versorgungssicherheit dazu befugt, geeignete Massnahmen zu ergreifen. Darunter können insbesondere folgende Massnahmen fallen:

- Gewährung von Darlehen oder Subventionen
- Finanzielle Beteiligung an Trägerschaften von Spitälern
- Betriebsnotwendige Infrastrukturen oder Betriebsgesellschaften nach dem Gesetz über Raumplanung, Umweltschutz und Bauwesen enteignen.

Die Massnahmen können mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

---

## **Leitsatz 17**

Die Bestimmungen über die Gesundheitspolitische Gesamtplanung werden aus dem Spitalgesetz (§ 5) und im Sinn einer Fremdänderung aus dem Pflegegesetz (PflG; § 3) gestrichen.

Die Bestimmung über die Gesundheitspolitische Gesamtplanung wird im Gesundheitsgesetz (GesG) verankert.

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung enthält die strategischen Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen sowie eine Berichterstattung über die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung.

---

## **Leitsatz 18 (vordem 19)**

Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Spitalaktiengesellschaften hat nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

- ausgewiesene fachliche und persönliche Kompetenz
- Unabhängigkeit von für die Spitalplanung zuständigen Personen, mit Ausnahme der Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung.

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

§ 11 Abs. 5 lit. c (Unabhängigkeit einer Mehrheit der Mitglieder von den beiden anderen Spitalaktiengesellschaften des Kantons) und § 11 Abs. 7 (Die gleichzeitige Übernahme von mehr als einem Verwaltungs-

ratspräsidium, einem Vizepräsidium und einem Amt der oder des Delegierten des Verwaltungsrats der drei Spitalaktiengesellschaften durch dieselbe Person ist ausgeschlossen) werden aus dem Spitalgesetz gestrichen.

Als Variante ist eine gemeinsame strategische Führung der beiden Aktiengesellschaften KSA und KSB (Holdingstruktur) auszuarbeiten. Die Aufteilung der Interessengebiete soll dabei geografisch oder nach Disziplinen erfolgen können.

### **Leitsatz 19 (vordem 20)**

§ 10 (Gründung) und § 12 (Rechtsbeziehungen) des Spitalgesetzes werden ersatzlos gestrichen.

---

### **Leitsatz 20 (vordem 21)**

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

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

Der Kanton regelt als Aktionär Kauf und Verkauf von Immobilien und Gesellschaften durch die kantonalen Spitalaktiengesellschaften im Rahmen seiner Eigentümerstrategie und der Statuten.

Bis Ende des Jahrs 2023 kann der Kanton den Spitalaktiengesellschaften und den übrigen Spitälern, bei welchen der Kanton ursprünglich Bauschulden übernommen hat und diese per Ende 2011 auf diese übertragen hat, Finanzierungshilfen für neue Bauinvestitionen gewähren, sofern sie von der Übertragung der Liegenschaften und der Bauschuld finanziell betroffen sind. Diese Hilfen sind ab dem Zeitpunkt der Gewährung maximal innert 12 Jahren zurückzuzahlen. Der Zinssatz entspricht den Refinanzierungskosten des Kantons inklusive eines Zuschlags von 0,5 % für die Verwaltung und das Risiko.

§§ 14a, 14c und 14d des Spitalgesetzes werden ersatzlos gestrichen.