



REGIERUNGSRAT

23. April 2014

BOTSCHAFT AN DEN GROSSEN RAT

14.88

Dekret zur Änderung von § 8 Spitalgesetz (einheitliche Baserate)

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf für ein Dekret zur Änderung von § 8 des Spitalgesetzes (SpiG) zur Beschlussfassung und erstatten Ihnen dazu folgenden Bericht.

Zusammenfassung

Die neue Spitalfinanzierung sieht seit dem Jahr 2012 eine leistungsorientierte Vergütung vor. Das schweizweit geltende Fallpauschalensystem SwissDRG sieht pro Diagnosegruppe (DRG = Diagnosis Related Group) ein bestimmtes Kostengewicht vor. Diese Tarifstruktur wird vom Bundesrat genehmigt. Die sogenannte Baserate (Basispreis) wird zwischen jedem Spital und den Krankenkassen vertraglich vereinbart. Dieser Vertrag bedarf der Genehmigung des Regierungsrats. Zur Ermittlung der Gesamtvergütung eines Falls wird die Baserate mit dem Kostengewicht der jeweiligen DRG multipliziert (Kostengewicht x Baserate).

Strategie 8 der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010 des Grossen Rats enthält das Prinzip "innerkantonal gleicher Preis (Baserate) für gleiche Leistung". Der Grosse Rat beschloss im Rahmen der Neuordnung der Spitalfinanzierung in § 8 Abs. 2 des Spitalgesetzes (SpiG) ein Zweiphasenmodell, wonach der Regierungsrat in den Jahren 2012–2014 pro Spital nur eine Baserate genehmigt (Phase 1) und spätestens ab dem Jahr 2015 nur noch eine kantonsweite Baserate genehmigt (Phase 2).

Die Einführung einer kantonsweit einheitlichen Baserate ab dem Jahr 2015 erweist sich nun als verfrüht. Das Fallpauschalensystem SwissDRG kann noch nicht alle relevanten Kostenunterschiede zwischen Zentrums- und Universitätsspitalern, die (hoch)komplexe Leistungen erbringen, und gewöhnlichen Grundversorgungsspitalern (Regionalspitäler) sachgerecht abbilden. Die SwissDRG AG hielt daher mehrfach fest, dass systembedingt nach wie vor unterschiedliche Baserates je nach Leistungsstruktur eines Spitals notwendig sind, so dass insgesamt eine sachgerechte Vergütung pro Fall resultiert. Konkret bedeutet dies für den Kanton Aargau, dass die Baserates der Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie der Hirslanden Klinik Aarau (Zentrumsspital), weiterhin höher sein müssen als jene der Regionalspitäler (aktuell um rund Fr. 500.–). Die Baserates sind auch in anderen Kantonen je nach Leistungsstruktur eines Spitals unterschiedlich hoch.

Die Einführung der kantonsweiten Baserate ist zeitlich zu verschieben. Der Regierungsrat beantragt Ihnen daher eine Änderung von § 8 SpiG. Die aktuell geltende Phase 1 "eine Baserate pro Spital" soll verlängert werden. Die kantonsweite Baserate (Phase 2) soll eingeführt werden, sobald damit leistungsentsprechende Vergütungen nach SwissDRG möglich sind. Die Änderung kann gestützt auf § 28 SpiG durch Dekret erfolgen und soll am 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Verschiedene Spitäler und Krankenkassen bezweifeln die Bundesrechtskonformität einer kantonalen Tarifvorgabe. Es liegen unterschiedliche Rechtsgutachten des Rechtsdiensts des Regierungsrats (rechtskonforme Regelung) sowie von der Helsana Versicherungen AG und der Kantonsspital Aarau AG (bundesrechtswidrige Regelung) vor. Diese Rechtsfrage ist vor Gericht hängig.

In Umsetzung der Grossratsbeschlüsse zur (12.107) "Finanzierbaren Aargauer Gesundheitspolitik" und der entsprechenden Strategie 25 der GGpl sieht der Regierungsrat bei der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife eine eingehende Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkingverfahren vor. Er ist bestrebt, seinen Anteil daran zu leisten, um das Kostenwachstum in der stationären Spitalversorgung zulasten der Staatskasse zu drosseln.

1. Ausgangslage

1.1 Neue Spitalfinanzierung

Am 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung gemäss revidiertem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft getreten. Die Revision umfasste folgende Kernelemente:

- Die direkte Subventionierung der Spitäler in Form der Objektfinanzierung und Defizitdeckung entfällt.
- Die stationäre Behandlung in einem Spital wird leistungsbezogen mittels Pauschalen finanziert (Subjektfinanzierung).
- Es fand ein Wechsel vom Kostenrückerstattungsprinzip zum Leistungsabgeltungsprinzip statt.
- In der Akutsomatik wird nach Fallpauschalen (SwissDRG), in der Rehabilitation und Psychiatrie bis auf Weiteres noch mit Tagespauschalen abgerechnet (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in letzteren Bereichen wird im Rahmen eines Projekts der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeitet. Mit der Einführung ist nicht vor dem Jahr 2016/17 zu rechnen.
- Die Tarifstruktur des Fallpauschalensystems in der Akutsomatik wurde von der gemeinnützigen SwissDRG AG erarbeitet, die im Besitz der Kantone sowie der Verbände von Krankenkassen, Spitälern und Ärzten steht (Art. 49 Abs. 1 und 2 KVG). Das Fallpauschalensystem SwissDRG gilt schweizweit. Es wurde vom Bundesrat genehmigt und per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt. Es wird regelmässig revidiert. Aktuell gilt die Version 3.0.
- Die Höhe der Pauschalen orientieren sich nach der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG).
- Kantone und Krankenkassen vergüten nur Leistungen von Spitälern, die für das betreffende Leistungsspektrum einen Leistungsauftrag des Kantons im Rahmen der Spitalliste aufweisen (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).
- Die Kantone finanzieren mindestens 55 %, die Krankenkassen höchstens 45 % der Pauschalen (Art. 49a Abs. 1 und 2 KVG). In einer Übergangsfrist können Kantone mit Durchschnittsprämien für Erwachsene unter dem schweizerischen Durchschnitt einen Vergütungsanteil von 45 %–55 % festlegen. Ab dem Jahr 2017 haben alle Kantone mindestens 55 % der Pauschalen zu vergüten.
- Auch private Spitäler, die auf der Spitalliste geführt werden, erhalten die Vergütungsanteile der Krankenkasse und des Kantons.
- Grundversicherte können schweizweit frei unter allen Spitälern auf einer kantonalen Spitalliste auswählen, wobei die Pauschalen höchstens nach dem innerkantonalen Referenztarif vergütet werden (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Etwaige Mehrkosten haben sie oder eine Zusatzversicherung zu tragen.

Die kantonale Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sowie die Übertragung der Spitalliegenschaften an die Kantonsspitäler bereitete der Regierungsrat mit (11.41) Botschaft des Regierungsrats vom 23. Februar 2011 auf. Der Grosse Rat beschloss am 11. Mai 2011 eine entsprechende Änderung des Spitalgesetzes.

1.2 Spitaltarife nach SwissDRG

Das gesamtschweizerische gültige Fallpauschalensystem SwissDRG (Tarifstruktur) verspricht Transparenz und Vergleichbarkeit, was dazu führen soll, dass Spitäler ihre Leistungen noch effizienter erbringen. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. DRG steht für "Diagnosis Related Groups" (diagnosebezogene Fallgruppen). Die Versicherer und die Leistungserbringer handeln jeweils die sogenannte Baserate pro Spital aus. Dabei handelt es sich um den Basispreis bei einem Kostengewicht von 1.0. Die Baserate wird mit dem Kostengewicht des jeweiligen Falls (DRG) multipliziert. Daraus resultiert die Gesamtvergütung für einen stationären Aufenthalt, der von der Krankenkasse und vom Kanton anteilmässig bezahlt wird.

Tabelle 1: Beispiel Fallpauschale nach SwissDRG

Fallgruppe (DRG)	schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose (E66B)			
Kostengewicht	0,550 (nach SwissDRG Version 3.0)			
Baserate (Beispiel)	Fr. 9'500.–			
Gesamtvergütung Fall	0,550	x	Fr. 9'500.– =	Fr. 5'225.–
Anteil Krankenkasse (2014)	51 %	x	Fr. 5'225.– =	Fr. 2'664.75
Anteil Kanton (2014)	49 %	x	Fr. 5'225.– =	Fr. 2'560.25

Die Baserate in der Akutsomatik beziehungsweise die Tagespauschalen in der Rehabilitation und Psychiatrie werden zwischen den Spitälern und den Krankenkassen ausgehandelt und mittels Vertrag vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG). Seitens der Kassen verhandeln zwei Einkaufsgemeinschaften mit den Spitälern: tarifsuisse ag (ca. 75 % der Versicherten) und die Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, Sanitas, KPT). Daneben verhandeln die beiden Krankenkassen CSS Kranken-Versicherung AG und Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG je selbstständig. Auf Seiten der Aargauer Spitäler verhandeln gewisse Regionalspitäler miteinander und die Kantonsspital Aarau AG bildet mit den Kantonsspitalern von Luzern und St. Gallen eine Verhandlungsgemeinschaft. Die anderen Spitäler und Kliniken verhandeln mehrheitlich selbstständig. Die Kantone sind – trotz einem gesetzlichen Vergütungsanteil von mindestens 55 % – nach wie vor nicht Vertragspartei. Die Tarifverträge sind aber der Kantonsregierung zur Genehmigung einzureichen. Sie prüft die Verträge auf ihre Übereinstimmung mit dem Gesetz und den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG). Zuvor hat sie den Preisüberwacher anzuhören. Kommt kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung den Tarif nach Anhören der Beteiligten fest (Art. 47 KVG). Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht geführt werden (Art. 53 KVG). Ein Weiterzug ans Bundesgericht ist nicht möglich.

1.3 Strategische Vorgaben

Der Grosse Rat erliess am 26. Oktober 2010 die GGpl 2010. Der Kanton strebt im Rahmen der übergeordneten Strategie eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung an, die ein optimales Verhältnis von Qualität und Preis aufweist, Aufgaben und Finanzen konsequent miteinander verknüpft und eine Kostenentwicklung anstrebt, welche auf die Dauer nicht über dem Wirtschaftswachstum liegt. In Strategie 8 sind Grundsätze für die Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung festgehalten:¹

Strategie 8

"Der Kanton setzt bei der Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung folgende Schwerpunkte:

- [...]
 - *Tarifgenehmigung unter folgenden Kriterien:*
 - *innerkantonal gleicher Preis (Baserate) für gleiche Leistung;*
 - *optimales Verhältnis von Qualität und Preis;*
 - *interkantonal wettbewerbsfähige Preise."*

¹ Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau (Herausgeber), Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010, Seite 76 (Hervorhebung kursiv hinzugefügt), abrufbar unter: www.ag.ch/dgs/ → Gesundheit → Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen der Behandlung der (12.107) Botschaft "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" beschloss der Grosse Rat am 4. September 2012 eine neue Strategie 25:

Strategie 25

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

- *auf kantonaler, interkantonaler und Bundesebene Massnahmen anstrebt, auslöst und umsetzt, die zur Kostendämpfung beitragen;*
- *[...]*
- *im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen und der Tariffestsetzung aktiv Einfluss auf die Preisbildung nimmt und diese auf der Basis eines Monitorings/Benchmarkings nachvollziehbar und vergleichbar macht;*
- *[...]"*

Zudem beauftragte der Grosse Rat den Regierungsrat, das Szenario A anzustreben. Nebst Massnahmen zum Beispiel im Bereich der Prämienverbilligungen, der Ergänzungsleistungen, der Spitalliste und der Eigentümerstrategie der Kantonsspitäler ist mit der Zeit eine durchschnittliche Baserate der innerkantonalen Spitäler von Fr. 9'500.– zu erreichen.

1.4 Verankerung des Prinzips "innerkantonal gleicher Preis für gleiche Leistung (kantonsweite Baserate)" im Spitalgesetz

Mit der (11.41) Botschaft "Dekret über die Teilrevision des Spitalgesetzes" vom 23. Februar 2011 legte der Regierungsrat die zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung erforderlichen Anpassungen vor. Gegenstand dieser Teilrevision war auch die Umsetzung der in Strategie 8 der GGpl 2010 statuierten Zielsetzung, dass bei der Tarifgenehmigung innerkantonal der gleiche Preis für die gleiche Leistung angestrebt wird (kantonsweite Baserate). Der Regierungsrat schlug eine Gesetzesformulierung vor, die den Rahmen des Bundesrechts (Tarifautonomie, Verhandlungsprimat) wahren wollte:

"Er [der Regierungsrat] sorgt im Rahmen des Bundesrechts dafür, dass die Spitäler für die gleiche Leistung den gleichen Preis erhalten."

Die grossrätliche Kommission für Gesundheit und Sozialwesen (GSW) verlangte mit dringlicher (11.44) Motion vom 1. März 2011, dass im Spitalgesetz das Prinzip "innerkantonal gleicher Preis für gleiche Leistung (kantonsweite Baserate)" gemäss Strategie 8 der GGpl 2010 gesetzlich verankert werde. Diese Motion wurde vom Regierungsrat mit dem Hinweis auf den in der Teilrevision des Spitalgesetzes gemachten Vorschlag entgegengenommen.

Die Kommission GSW bestand bei der Beratung der (11.41) Botschaft auf einer klaren Statuierung des Prinzips, weshalb insbesondere der Passus "im Rahmen des Bundesrechts" gestrichen wurde. Der Grosse Rat beschloss schliesslich am 10. Mai 2011 folgende Gesetzesformulierung in § 8 Abs. 2 SpiG:

§ 8 Abs. 2

Er [der Regierungsrat] genehmigt spätestens nach Ablauf der dreijährigen Übergangsfrist gemäss Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) nur noch Tarife, die das Prinzip "innerkantonal gleicher Preis für gleiche Leistung" (kantonsweite Baserate) gewährleisten. Während der Übergangsfrist wird pro stationärem Leistungserbringer nur eine Baserate genehmigt.

Die Einführung einer kantonsweit einheitlichen Baserate bereits im Jahr 2012 war aufgrund der noch zu wenig ausdifferenzierten SwissDRG Version 1.0 nicht möglich, da (hoch)komplexe Leistungen in den Kantonsspitalern Aarau und Baden sowie in der Hirslanden Klinik Aarau (Zentrumsspitaler) mit den Fallpauschalen noch zu wenig genau abgebildet werden konnten. Konkret können insbesondere die Kostengewichte (Fallschwere) solcher Leistungen noch nicht alle Kosten- und Strukturunterschiede zwischen sämtlichen Spitalern und Leistungen erklären, weshalb in einer Einführungsphase

unterschiedliche Baserates für Grundversorgungsspitäler und Zentrumsspitäler nötig sind. Daher beschloss der Grosse Rat, dass die kantonsweite Baserate erst später, aber spätestens ab dem Jahr 2015 gelten soll. Er ging damit von der Annahme aus, dass SwissDRG im Jahr 2015 für eine kantonsweite Baserate bereit sei.

Nach dem Spitalgesetz gilt somit ein Zweiphasenmodell, wonach der Regierungsrat im Rahmen seiner Aufgabe als Genehmigungs- beziehungsweise Festsetzungsbehörde der Spitaltarife

1. in den Jahren 2012–2014 pro Spital nur eine Baserate genehmigt beziehungsweise festsetzt (Phase 1).
2. spätestens ab dem Jahr 2015 nur eine kantonsweite Baserate genehmigt beziehungsweise festsetzt (Phase 2).

Die Einführung des Prinzips "innerkantonal gleicher Preis (Baserate) für gleiche Leistung" entspricht dem Leistungsabgeltungsprinzip der neuen Spitalfinanzierung, wonach konkrete Leistungen am Patienten finanziert werden und nicht einfach Kosten eines Spitals gedeckt werden. Es fand ein Übergang vom Kostenrückerstattungsprinzip zur Leistungsfinanzierung statt. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistung am Patienten mit der Vergütung nach dem Grundsatz "gleiche Leistung zu gleichem Preis" soll dazu beitragen, die Mittel bedarfsgerechter und effizienter einzusetzen. Schweizweit einheitliche Fallpauschalen wären ein wichtiges Instrument, das zu mehr Transparenz bei den Behandlungen und zu einer leistungsgerechteren Vergütung der Spitäler führen soll. Fallpauschalensysteme ermöglichen den Versicherten, Kantonen und Krankenkassen transparente Vergleiche über die Menge und Preise der Leistungen unterschiedlicher Spitäler. Kombiniert mit Benchmarking-Methoden sollten Fallpauschalen mit der Zeit dazu führen, dass für die gleiche Leistung in gleicher Qualität schweizweit der gleiche Preis bezahlt wird.² Das Prinzip "gleiche Preise für gleiche Leistung" sollte nach dem Willen des Bundesgesetzgebers nach ein paar Einführungsjahren zumindest kantonsweit gelten. In den Einführungsjahren des Systems sind aber nach Spitaltypen differenzierte Baserates nötig.³ Auch in Deutschland wurden im Jahr 2010 – allerdings erst sieben Jahre nach Einführung der Fallpauschalen – einheitliche Baserates pro Bundesland eingeführt (vgl. Kapitel 1.6).

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass dereinst kantonal einheitliche Baserates gelten sollen. Wie nachfolgend zu zeigen sein wird, ist die Einführung einer kantonsweit einheitlichen Baserate (Phase 2) ab dem Jahr 2015 jedoch verfrüht, da die Tarifstruktur SwissDRG des Bundes noch zu wenig ausdifferenziert ist (Kapitel 1.6). Zudem bestehen rechtliche Unsicherheiten über die Zulässigkeit einer solchen Vorgabe (Kapitel 1.7).

1.5 Aargauer Baserates 2012 und aktuelle Vollzugsprobleme

Für das Einführungsjahr 2012 von SwissDRG konnten die aargauischen Spitäler mit den Einkaufsgemeinschaften HSK und Assura/Supra Tarifverträge abschliessen. Mit tarifsuisse ag konnten nur die Regionalspitäler eine vertragliche Lösung finden, nicht aber die Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie die Hirslanden Klinik Aarau (Zentrumsspitäler). Der Regierungsrat genehmigte einen Grossteil der Tarifverträge 2012 und setzte bei Nichteinigung oder bei Nichtgenehmigung eines Vertrags die Baserate 2012 am 19. Juni 2013 fest. Die gesetzliche Vorgabe "eine Baserate pro Spital" wurde für das Tarifjahr 2012 eingehalten, war aber mit ein Grund dafür, dass gewisse Tarifentscheide des Regierungsrats beim Bundesverwaltungsgericht angefochten wurden.

² Votum Kommissionssprecherinnen Ruth Humbel, Amtliches Bulletin Nationalrat 2007 N 441 f. und Erika Forster-Vanini, Amtliches Bulletin Ständerat 2007 N 752.

³ Voten Ruth Humbel und Erika Forster-Vanini (Fussnote 2); (12.3245) Motion Nationalrätin Ruth Humbel vom 15. März 2012 betreffend gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung.

Tabelle 2: Aargauer Baserates 2012

Regionalspitäler/ Spezialkliniken	Baserate (in Franken)	Zentrumsspitäler	Baserate (in Franken)
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitszentrum Fricktal • Kreisspital Muri • Spital Zofingen 	9'632	Kantonsspital Aarau	10'350 ⁴
Geburtshaus Storchenäsch, Othmarsingen	9'830	Kantonsspital Baden	10'175 ⁴
Klinik Barmelweid*	9'829	Hirslanden Klinik Aarau	9'864 ⁴
Asana Gruppe, Menziken & Leuggern	9'321 ⁴		
Klinik Villa im Park, Rothrist	8'993		

* Spezialklinik

In den Jahren 2013 und 2014 ergeben sich allerdings gewisse Vollzugsprobleme, da verschiedene Beschwerdeverfahren gegen die Tarifentscheide 2012 des Regierungsrats vor Bundesverwaltungsgericht hängig sind. Insbesondere wurden die Tariffestsetzungen der Zentrumsspitäler seitens tarifsuisse ag gerichtlich angefochten.

Aufgrund dieser Ausgangslage entsteht für den Regierungsrat die Problematik, dass ihm zwar Tarifverträge 2013/14 der Einkaufsgemeinschaften HSK und Assura/Supra zur Genehmigung vorliegen, aber keine Tarifverträge mit der tarifsuisse ag. Solange die Beschwerden zur Baserate 2012 vom Bundesverwaltungsgericht nicht entschieden sind, werden zwischen den Zentrumsspitalern und tarifsuisse ag aus naheliegenden Gründen keine Tarifverhandlungen zur Baserate der Jahre 2013 und 2014 geführt. Ein aufwendiges Tariffestsetzungsverfahren macht ebenso keinen Sinn, bis nicht wichtige Grundsatzfragen zur Festlegung der Baserates durch das Gericht entschieden sind. Alle Beteiligten, auch in anderen Kantonen, warten auf erste Grundsatzurteile. Liegen diese vor, ist davon auszugehen, dass sich die Zentrumsspitäler und tarifsuisse ag nachträglich noch auf eine vertragliche Lösung für die Jahre 2013 und 2014 einigen können. Vor diesem Hintergrund kann der Regierungsrat die Vorgabe "eine Baserate pro Spital" nur sicherstellen, wenn er die Genehmigungsverfahren der eingereichten Tarifverträge zwischen den Zentrumsspitalern und den Einkaufsgemeinschaften HSK sowie Assura/Supra so lange zurückhält, bis auch Tarifverträge mit tarifsuisse ag vorliegen. Erst dannzumal kann geprüft werden, ob alle Tarifverträge eines Spitals die Vorgabe "eine Baserate pro Spital" einhalten. Würde der Regierungsrat die schon vorliegenden Tarifverträge vorab genehmigen, könnte die Einhaltung der Vorgabe nicht garantiert werden.

Die Abrechnung der Fälle sowie die Liquidität der Spitäler sind durch Arbeitstarife des Regierungsrats jederzeit sichergestellt. Die Arbeitstarife basieren in der Regel auf den verhandelten Baserates. Können die Tarifverträge genehmigt werden, müssen keine Differenzzahlungen zwischen Arbeitstarif und definitivem Tarif (Tarifdifferenz) geleistet werden. Andernfalls muss jeder Fall rückabgewickelt werden. Der damit verbundene administrative Aufwand für die Spitäler, den Kanton und die Krankenkassen ist nicht zu unterschätzen. Je länger die Genehmigungsverfahren dauern, desto grösser ist das Risiko der Rückabwicklung einer Vielzahl von Fällen. Da die Vorgabe "eine Baserate pro Spital" – wie eben ausgeführt – zu Verzögerungen in den Genehmigungsverfahren führt, kann dies bei einer Tarifdifferenz zu einer Vielzahl von Fällen führen, die rückabgewickelt werden müssen. Der Grosse Rat ist sich dessen bewusst und überwies am 28. August 2012 das (12.119) Postulat

⁴ Hängiges Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht.

Dr. Theo Voegtli, Böttstein, Dr. Daniel Heller, Erlinsbach, und Hans Dössegger, Seon, vom 22. Mai 2012 betreffend "Arbeitstarife 2012 für Akutsomatik und Verhinderung eines administrativen Super-gaus". Der Regierungsrat wird darin aufgefordert, zur Mehrfachfakturierung und zum Aufwand der Rückabwicklung für Spitäler, Kassen und öffentliche Hand Stellung zu beziehen. Der Regierungsrat ist nach wie vor überzeugt, dass die Baserate pro Spital dieselbe sein sollte, unabhängig von der Krankenkasse des jeweiligen Patienten. Er fühlt sich allerdings verpflichtet, den Grossen Rat hiermit über die damit verbundenen Komplikationen im Vollzug zu informieren. Ausführungen zur strittigen rechtlichen Zulässigkeit von kantonalen Vorgaben in Bezug auf Spitaltarife enthält nachfolgend Kapitel 1.7.

1.6 SwissDRG: lernendes System und ausgewählte Mängel

In einem Fallpauschalensystem sollte das Prinzip "gleicher Preis für gleiche Leistung" gelten. Die Baserate müsste somit in allen Spitälern gleich hoch sein. So steht es auch in Strategie 8 der GGpl (vgl. Kapitel 1.3 und 1.4). Vorausgesetzt ist aber, dass die Tarifstruktur SwissDRG die relevanten Kostenunterschiede bei den Leistungen berücksichtigt. Dies war bei Einführung des Systems im Jahr 2012 in der Version 1.0 nicht der Fall. Alle relevanten Akteure, darunter die SwissDRG AG, gingen davon aus, dass sich diese Unebenheiten im System nach einigen Einführungsjahren beheben liessen und somit kantonsweite oder gar schweizweit einheitliche Baserates möglich sind. SwissDRG ist als lernendes System konzipiert, das alljährlich den neuesten Erkenntnissen angepasst wird. Jährlich wird aufgrund der aktuellen Spitaldaten geprüft, wie für zukünftige Versionen von SwissDRG die Kostenunterschiede, die sich aufgrund des medizinischen und pflegerischen Schweregrads der Fälle ergeben, besser in der Tarifstruktur abgebildet werden können.

Seit dem 1. Januar 2014 gilt die SwissDRG Version 3.0, die vom Bundesrat im November 2013 genehmigt wurde. Mit jeder neuen Version konnte bisher die Abbildungsgenauigkeit des Systems weiter verbessert werden, so auch mit der aktuellen Version 3.0. Zur Beurteilung der Abbildungsgenauigkeit wird von der SwissDRG AG der Wert R^2 berechnet.⁵ Dieser Wert misst den Anteil der Kostenstreuung verschiedener Fälle, die mit der Tarifstruktur SwissDRG erklärt werden können. Je grösser der Wert von R^2 , umso besser kann SwissDRG die anfallenden Kosten unterschiedlichster Fälle abbilden, was zu einer leistungsgerechten Vergütung des Spitals führt. R^2 konnte zwar mit Version 3.0 um 4,5 % auf 66,8 % gesteigert werden, das System ist aber nach Aussagen der SwissDRG AG noch nicht in der Lage alle relevanten Kostenunterschiede zwischen Zentrums- und Universitätsspitälern, die (hoch)komplexe Leistungen erbringen, und gewöhnlichen Grundversorgungsspitälern (Regionalspitäler) sachgerecht abzubilden. Dies hängt auch mit der zu geringen Anzahl von Zusatzentgelten in SwissDRG für hochaufwendige oder teure Behandlungen zusammen, die vor allem in Universitäts- und Zentrumsspitälern durchgeführt werden (siehe dazu Seite 10). Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hielt daher mehrfach und auch in seiner Entwicklungsstrategie 2013+ ausdrücklich fest, dass systembedingt nach wie vor unterschiedliche Baserates für unterschiedliche Spitaltypen notwendig sind. Zum Ausgleich der Unebenheiten im System sind unterschiedlich hohe Baserates je nach Leistungsstruktur eines Spitals notwendig, so dass insgesamt eine sachgerechte Vergütung pro Fall resultiert (Baserate x Kostengewicht; vgl. das Beispiel in Kapitel 1.2). Konkret bedeutet dies für den Kanton Aargau, dass die Baserates der Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie der Hirslanden Klinik Aarau weiterhin höher sein müssen als jene der Regionalspitäler. Vom Leistungsspektrum her kann das Kantonsspital Aarau am ehesten mit den Kantonsspitälern Luzern und St. Gallen verglichen werden, deren Baserates auf praktisch derselben Höhe liegen. Diese drei Zentrumsspitäler handeln die Tarifverträge mit den Krankenkassen gemeinsam aus. Die nachfolgende

⁵ Das Quadrat des multiplen Korrelationskoeffizienten (R^2), sogenanntes Bestimmtheitsmass, stellt ein statistisches Mass zur Bewertung der Varianz beziehungsweise der Varianzreduktion dar.

Tabelle zeigt die aktuell unterschiedlichen Tarifniveaus zwischen Regionalspitälern und Zentrumsspitälern auf. Bei den meisten Baserates handelt es sich um provisorische Tarife (Arbeitstarife) während der Dauer des Genehmigungs-, Festsetzungs- oder Beschwerdeverfahrens.

Tabelle 3: Aktuelle Baserates der Regional- und Zentrumsspitäler⁶

Regionalspitäler	Baserate (in Franken)	Zentrumsspitäler	Baserate (in Franken)
Regionalspitäler Aargau	9'200–9'500 ⁷	Kantonsspital Aarau	10'190 ⁷
Regionalspitäler Zürich	9'500 ⁸	Kantonsspital Luzern	10'190 ⁷
Regionalspitäler Bern	9'725 ⁷	Kantonsspital St. Gallen	10'190 ⁷
Regionalspitäler St. Gallen	9'550 ⁹	Kantonsspital Baden	10'100 ⁷
		Hirslanden Klinik Aarau	9'990 ⁷

Universitätsspitäler und universitäre Kinderspitäler weisen eine noch höhere Baserate aus als Zentrumsspitäler, damit die von ihnen erbrachten hochkomplexen Eingriffe und aufwendigen Behandlungen leistungsgerecht vergütet werden.

Tabelle 4: Aktuelle Baserates der Universitätsspitäler⁶

Universitätsspitäler	Baserate (in Franken)
Universitätsspital Basel	10'700 ¹⁰
Inselspital Bern	11'000 ¹¹
Universitätsspital Zürich	11'400 ¹²
Kinderspital Zürich	12'800 ¹²
Universitätskinderspital beider Basel	11'900 ¹³

Die SwissDRG AG geht davon aus, dass die Abbildungsgenauigkeit von SwissDRG bei jeder Versionsanpassung nochmals gesteigert werden kann. Allerdings könne die Tarifstruktur auch in Zukunft nicht sämtliche Kostenunterschiede zwischen den Spitälern erklären, da die Anzahl der Patientenfälle aufgrund der Grösse der Schweiz statistisch limitiert sei. Es bestehen damit technische Grenzen für die Weiterentwicklung des Systems. Daher bleibe es zwingend notwendig, dass die durch SwissDRG nicht erklärbaren Kostenunterschiede in den Tarifverhandlungen und bei der Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierungen berücksichtigt werden, indem je nach Leistungsstruktur eines Spitals unterschiedlich hohe Baserates gelten müssen. Ob kantonsweit einheitliche Baserates vor diesem Hintergrund dereinst möglich sind, ist zurzeit noch offen.

In Deutschland wurde im Jahr 2003 das Fallpauschalensystem GermanDRG eingeführt. In den ersten Jahren wurden die Baserates noch spitalindividuell berechnet und ausgehandelt. In einer gesetzlich definierten Konvergenzphase zwischen 2005 und 2009 wurden die Baserates schrittweise an eine pro Bundesland einheitliche Baserate angeglichen, so dass seit dem Jahr 2010 innerhalb eines Bundeslands für alle Spitäler dieselbe Baserate gilt. Es vergingen also rund sieben Jahre bis zur Einführung einer einheitlichen Baserate pro Bundesland. In einer nächsten Konvergenzphase

⁶ Stand vom 31. März 2014.

⁷ Arbeitstarif ab 1. Januar 2014.

⁸ Teilweise rechtskräftig, teilweise hängige Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht.

⁹ Arbeitstarif 2014.

¹⁰ Teilweise rechtskräftig, teilweise hängiges Genehmigungsverfahren.

¹¹ Arbeitstarif ab 1. Januar 2014.

¹² Provisorischer Tarif aufgrund hängigem Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht.

¹³ Teilweise rechtskräftig, teilweise hängige Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht.

zwischen 2010 und 2014 findet eine schrittweise Anpassung an eine deutschlandweit einheitliche Baserate statt. Die Ziele und die einzelnen Schritte dieser Konvergenzphasen sind in Deutschland vom Bund gesetzlich vorgegeben.¹⁴ Im Unterschied zu Deutschland bestehen in der Schweiz weder gesetzliche noch tarifvertragliche Regelungen im Hinblick auf die (schrittweise) Einführung von kantonsweit oder gar schweizweit einheitlichen Baserates. Zudem gelang in Deutschland die Einführung einheitlicher Baserates nur dank diversen Zusatzentgelten¹⁵, die spezialisierte Kliniken zur Deckung der hohen Kosten von besonders aufwendigen Behandlungen benötigen. In der Schweiz bestehen nach SwissDRG (Version 3.0, 2014) nur rund 30 Zusatzentgelte, wohingegen GermanDRG (Version 2014) rund 160 Zusatzentgelte für komplexe Behandlungen vorsieht. Allerdings bestehen auch im deutschen System noch Finanzierungslücken bei der Abgeltung von Hochkostenfällen. Der Vergleich mit Deutschland zeigt, dass die dortigen gesetzlichen und tarifstrukturellen Vorgaben nicht mit den aktuellen Verhältnissen in der Schweiz vergleichbar sind und daher eine kantonsweit einheitliche Baserate zurzeit nicht eingeführt werden kann.

Der Regierungsrat setzt sich im Rahmen der GDK für eine Weiterentwicklung von SwissDRG ein, so dass dereinst kantonsweit einheitliche Baserates möglich sind.

1.7 Rechtliche Zulässigkeit der kantonalen Vorgaben offen

Nach Erlass der Vorgaben "eine Baserate pro Spital" beziehungsweise "kantonsweite Baserate spätestens ab 2015" in § 8 Abs. 2 SpiG wurde von verschiedener Seite angezweifelt, ob diese Regelung mit den Bestimmungen des übergeordneten Bundesrechts vereinbar ist. Es gilt die Regel, dass Bundesrecht entgegenstehendem kantonalem Recht vorgeht (Art. 49 Abs. 1 Bundesverfassung). Auf (12.249) Interpellation von Hans Dössegger, Seon, hat der Regierungsrat seinen Rechtsdienst beauftragt, ein entsprechendes Rechtsgutachten zu erstellen. Das Gutachten kommt im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen:

- Die kantonale Regelung ist nur auf Baserates (SwissDRG) in der Akutsomatik anwendbar, nicht aber auf Tagespauschalen in der Rehabilitation und Psychiatrie.
- § 8 Abs. 2 SpiG konkretisiert das Prüfkriterium der "Billigkeit" bei der Tarifgenehmigung im Bundesrecht (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die "Billigkeit" eines Tarifs ist bundesrechtlich nicht abschliessend definiert, weshalb Raum für eine kantonale Regelung wie § 8 Abs. 2 SpiG besteht.
- Eine multilateral ausgehandelte kantonsweite Baserate zwischen allen Spitälern und Krankenkassen im Kanton Aargau ist ausgewogener als verschiedene bilateral ausgehandelte Baserates, da alle Interessen gleichwertig Eingang in die Verhandlungen finden und Sonderinteressen vermieden werden können.
- § 8 Abs. 2 SpiG ist analog auch auf Tariffestsetzungen anwendbar, wenn sich ein Spital und die Krankenkassen nicht auf einen Vertrag einigen konnten.
- Eine Verletzung von Bundesrecht könnte allenfalls dann vorliegen, wenn im Jahr 2015 noch nicht alle wesentlichen Kostenunterschiede zwischen Zentrums- und Regionalspitälern sachgerecht in SwissDRG abgebildet werden. Dann wäre der Grundsatz "gleicher Preis für gleiche Leistung" mit einer kantonsweiten Baserate nicht erreichbar und die Vergleichbarkeit gemäss § 8 Abs. 2 SpiG nicht gegeben.

¹⁴ Vgl. § 10 Abs. 1 und 8 des deutschen Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 und wikipedia.de zum Begriff "German Diagnosis Related Groups", Ziffer 3.2 Vereinheitlichung.

¹⁵ Zusatzentgelte in SwissDRG dienen der Abrechnung besonders aufwendiger Einzelleistungen, die über die Fallpauschale (DRG) nicht ausreichend abgebildet werden können. Mit Zusatzentgelten werden teure Medikamente, Blutprodukte, Implantate und kostenintensive Behandlungsmethoden abgegolten, die ohne feste Zuordnung zu bestimmten DRGs auftreten und einen Mehraufwand ausserhalb der Streuung der Kosten einer DRG verursachen.

Auch die Helsana Versicherungen AG und die Kantonsspital Aarau AG haben bei Prof. Dr. iur. Isabelle Häner (Universität Zürich) beziehungsweise bei Dr. iur. Lukas Pfisterer (Voser Rechtsanwälte) eigene Rechtsgutachten anfertigen lassen. Die beiden Gutachten kommen im Wesentlichen zu folgenden Schlüssen:

- Die Regelungen, wie Spitaltarife bemessen werden, sind im Bundesrecht abschliessend geregelt. Es besteht kein Raum für ergänzende Kriterien im kantonalen Recht.
- Das Bundesrecht sieht die Möglichkeit von Verbands- und bilateralen Verträgen vor (Art. 46 Abs. 1 KVG), weshalb auch unterschiedliche Preise pro Spital möglich sein müssen.
- Die kantonale Regelung verletzt die Vertrags- und Tarifautonomie im Bundesrecht (Art. 43 Abs. 4 KVG), da sie den Verhandlungsspielraum der Tarifpartner in unzulässiger Weise einschränkt.
- § 8 Abs. 2 SpiG widerspricht den Zielen der neuen Spitalfinanzierung, insbesondere einem verstärkten Wettbewerb. Ein Tarifwettbewerb ist vom Bundesrecht erwünscht.
- Eine relativ hohe kantonsweite Baserate führt zu einer Übererschädigung gewisser Spitäler, womit das Wirtschaftlichkeitsgebot im Bundesrecht (Art. 46 Abs. 4 KVG) verletzt wird.
- Eine relativ tiefe kantonsweite Baserate ist nicht mehr betriebswirtschaftlich bemessen, wie es das Bundesrecht erfordert (Art. 43 Abs. 4 KVG). Dies könnte zu einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung, zur Spitalschliessung und zur Abwanderung von Patienten in ausserkantonale Spitäler führen, wobei der Kanton Aargau seinen Vergütungsanteil auch hierbei leisten muss (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Der Regierungsrat hofft auf eine baldige, gerichtliche Klärung dieser Rechtsfrage in den hängigen Beschwerdeverfahren gegen die festgesetzten Baserates 2012. Aufgrund der Vielzahl von hängigen Tarifbeschwerden aus verschiedenen Kantonen ist allerdings mit einer mehrjährigen Verfahrensdauer zu rechnen.

1.8 Exkurs: Massnahmen zur Steuerung der Ausgaben im spitalstationären Bereich

Der Kanton hat an jede stationäre Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste einen Vergütungsanteil von mindestens 55 % zu leisten. Den Rest begleicht die Krankenkasse. Bis Ende 2016 profitiert der Kanton Aargau noch von einer Übergangsregelung, die eine schrittweise Erhöhung des Vergütungsanteils erlaubt (2014: 49 %; 2015: 51 %; 2016: 53 %). Die Baserates werden zwischen den Spitälern und den Krankenkassen vereinbart. Dem Regierungsrat werden diese Verträge zur Genehmigung vorgelegt. Er prüft sie gemäss den gesetzlichen Vorgaben auf ihre Übereinstimmung mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG). Insbesondere hat sich die vereinbarte Baserate an der Vergütung von Spitälern auszurichten, welche die entsprechende Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Damit ist bei der Tarifiermittlung ein sogenanntes Benchmarkverfahren anzuwenden. Benchmarking bezeichnet die vergleichende Analyse von Ergebnissen mit einem festgelegten Bezugswert. Der an Hand der Kostendaten von effizienten Referenzspitälern ermittelte Wert wird als Benchmark (oder auch als Referenzwert) bezeichnet. Das Benchmarking und das im Aufbau begriffene Spitalmonitoring erfolgen zum Zweck der aktiven Einflussnahme auf die Preisbildung bei Tarifgenehmigungen und Tariffestsetzungen, wie in Strategie 25 der GGpl und in der (12.107) Botschaft "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" festgehalten (vgl. Kapitel 1.3).

Bei Erlass der Spitalliste 2012 konnte noch keine den bundesrechtlichen Anforderungen entsprechende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen werden, da die Rechnungslegung und die Abrechnung in den Spitälern noch zu heterogen war, um einen valablen Vergleich vorzunehmen. Das Bundesverwaltungsgericht hat dies in seinem Urteil vom 16. Juli 2013 gerügt. Der Regierungsrat bewilligte bereits vor diesem Urteil eine zusätzliche Vollzeitstelle, um über genügend Fachkompetenz und personelle Ressourcen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu verfügen.

Das Departement Gesundheit und Soziales hat mittlerweile im Hinblick auf die Spitallisten 2015 ein Prüfungsverfahren entwickelt, das den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entspricht. In einem ersten Schritt wird eine standardisierte Kostenanalyse aller innerkantonalen Spitäler vorgenommen. Mit den vollständigen Kostendaten wird ein umfassender Datenpool aufgebaut. Dieser erlaubt es, die Entwicklung der Kosten über Jahre hinweg zu analysieren und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. In einem zweiten Schritt werden die Spitäler je nach ihrem Leistungsspektrum in Benchmarkkategorien eingeteilt, so dass auch tatsächlich Gleiches mit Gleichem

verglichen wird. Es wird für jede Benchmarkkategorie ein valabler Benchmarkwert errechnet, woran die Baserates der Spitäler gemessen werden. Dieses Verfahren kommt im Bewerbungsverfahren zu den Spitallisten 2015 als auch in den Tarifgenehmigungsverfahren der Jahre 2013/14 zum Einsatz (vgl. die ausführliche Antwort des Regierungsrats auf die [13.205] Interpellation Clemens Hochreuter, Aarau, Dr. Martina Sigg, Schinznach-Dorf und Theres Lepori, Berikon vom 17. September 2013 betreffend Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. Juli 2013 zum Thema Spitalliste 2012 des Kantons Aargau). Diese Bestrebungen stehen im Einklang mit der Strategie 25 der GGpl und dem Bericht "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik". Der Regierungsrat ist bestrebt, seinen Anteil daran zu leisten, um das Kostenwachstum in der stationären Spitalversorgung zulasten der Staatskasse zu drosseln.

2. Handlungsbedarf

Nach der aktuellen kantonalen Regelung genehmigt der Regierungsrat spätestens ab dem Jahr 2015 nur noch eine kantonsweit einheitliche Baserate (Basispreis) für sämtliche aargauischen Spitäler (§ 8 Abs. 2 SpiG). Die Vergütung einer stationären Behandlung errechnet sich wie folgt: Baserate x Kostengewicht der jeweiligen Behandlung. Die Kostengewichte werden von der schweizweit geltenden Tarifstruktur SwissDRG festgelegt. Die Baserate wird zwischen dem Spital und den Krankenkassen verhandelt (vgl. Kapitel 1.2).

SwissDRG kann noch nicht alle relevanten Kostenunterschiede zwischen Zentrums- und Universitätsspitalern, die (hoch)komplexe Leistungen erbringen, und gewöhnlichen Grundversorgungsspitälern (Regionalspitäler) sachgerecht abbilden. Zum Ausgleich der Unebenheiten im System sind gemäss SwissDRG AG weiterhin unterschiedlich hohe Baserates je nach Leistungsstruktur eines Spitals notwendig, so dass insgesamt eine sachgerechte Vergütung pro Fall resultiert. Konkret bedeutet dies für den Kanton Aargau, dass die Baserates der Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie die Hirslanden Klinik Aarau (Zentrumsspital) weiterhin höher sein müssen als jene der Regionalspitäler. Die Baserate-Differenz zwischen der Mehrheit der Regionalspitäler und den drei Zentrumsspitalern beträgt aktuell rund Fr. 500.– (vgl. Kapitel 1.5–1.6 und die dortigen Tabellen mit den geltenden Baserates).

Würde trotz diesem dringenden Handlungsbedarf an der geltenden Regelung festgehalten, hätte dies für die Spitäler, den Kanton und die Krankenkassen erhebliche bis massive finanzielle Auswirkungen. Die Einführung einer kantonsweiten Baserate bereits im Jahr 2015 führte insgesamt zu einer nicht leistungsgerechten Finanzierung stationärer Spitalbehandlungen. Eine relativ zu hohe kantonsweite Baserate würde die Regionalspitäler überentschädigen und zu ungerechtfertigten Gewinnen führen, die vom Kanton und den Krankenkassen im Rahmen der anteilmässigen Vergütungspflicht (Art. 49a KVG) finanziert würden. Auf der anderen Seite führte eine relativ zu tiefe kantonsweite Baserate zu einer Gefährdung der Zentrumsversorgung, das heisst der Versorgung mit (hoch)komplexen medizinischen Leistungen. Für den Kanton als Eigentümer der Kantonsspitäler Aarau und Baden würde das Risiko nach finanziellen Stützungsmaßnahmen (ohne Beteiligung der Krankenversicherung) erheblich ansteigen. Nebst diesen finanziellen Auswirkungen wäre mit einer Flut von Beschwerden gegen die Festlegung der kantonsweiten Baserate zu rechnen.

Diese juristischen Auseinandersetzungen würden für Kanton, Spitäler und Krankenkassen erhebliche finanzielle Auswirkungen zeitigen. Die Einführung einer kantonsweiten Baserate im Jahr 2015 ist aus diesen Gründen nicht möglich. Das Spitalgesetz ist entsprechend zu ändern.

3. Lösungsvorschlag

3.1 Rechtsgrundlage

Der Grosse Rat hat in § 28 SpiG die Möglichkeit geschaffen, das Spitalgesetz durch Dekret zu ändern, soweit dies zur Ausführung von Bundesrecht erforderlich ist und dabei keine erhebliche Entscheidungsfreiheit besteht. Die schweizweite Tarifstruktur SwissDRG ist Teil des Bundesrechts, da sie vom Bundesrat genehmigt wurde (Art. 49 Abs. 2 KVG). SwissDRG lässt aktuell die Einführung einer kantonsweiten Baserate im Jahr 2015 nicht zu, weshalb eine Anpassung der kantonalen Regelung ans übergeordnete Bundesrecht erforderlich ist. Bereits die aktuelle Fassung von § 8 Abs. 2 SpiG wurde durch Dekret des Grossen Rats am 10. Mai 2011 im Rahmen der Neuordnung der Spitalfinanzierung eingeführt (vgl. die [11.41] Botschaft des Regierungsrats vom 23. Februar 2011 zum Dekret über die Teilrevision des Spitalgesetzes, Seite 31). Diese Regelung kann daher durch Dekret geändert werden.

3.2 Spätere Einführung der kantonsweiten Baserate

§ 8 Weitere Massnahmen

1 [unverändert]

2 Bei der Genehmigung und Festsetzung der Spitaltarife nach dem Fallpauschalensystem SwissDRG beachtet der Regierungsrat

a) das Prinzip «eine Baserate pro Spital»

b) das Prinzip «kantonsweite Baserate», sobald damit leistungsentsprechende Verütungen nach SwissDRG möglich sind.

Es wurde bereits eingehend aufgezeigt, dass die Einführung der kantonsweiten Baserate ab dem Jahr 2015 nicht möglich ist (Kapitel 1.6 und 2). Der Regierungsrat schlägt daher eine Verlängerung der Phase 1 vor, in der das Prinzip "eine Baserate pro Spital" weiterhin gelten soll. Ab welchem Zeitpunkt die kantonsweite Baserate (Phase 2) eingeführt werden kann, hängt massgeblich von der Weiterentwicklung des schweizweiten Fallpauschalensystems SwissDRG ab. Sobald die Tarifstruktur in der Lage ist, alle relevanten Kostenunterschiede zwischen Zentrums- und Universitätsspitalern, die (hoch)komplexe Leistungen erbringen, und gewöhnlichen Grundversorgungsspitalern (Regionalspitäler) sachgerecht abzubilden, kann die Phase 2 eingeführt werden. Der Regierungsrat genehmigt – nach entsprechender Information an die Spitäler und Krankenkassen sowie einer angemessenen Vorlaufzeit für entsprechende Tarifverhandlungen – alsdann nur noch eine kantonsweite Baserate für alle Spitäler im Kanton Aargau. Können sich die Spitäler und die Krankenkassen auf keine kantonsweite Baserate einigen, setzt der Regierungsrat sie nach Anhörung der Beteiligten fest (Art. 47 Abs. 1 KVG).

Gegenüber der bisherigen Bestimmung wird klargestellt, dass diese Vorgaben nicht nur bei der Genehmigung eines Tarifvertrags, sondern auch bei der behördlichen Festsetzung einer Baserate gelten. Zudem gilt die Bestimmung nach wie vor nur für Baserates des Fallpauschalensystems SwissDRG, das heisst für die akutstationäre Versorgung. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie wird schweizweit nach wie vor mit Tagespauschalen abgerechnet. Schon die bisherige Gesetzesformulierung wurde in einem Rechtsgutachten des Rechtsdiensts des Regierungsrats so ausgelegt (vgl. Kapitel 1.7). Die neue Gesetzesformulierung bringt diese beiden Aspekte nun klarer zum Ausdruck.

4. Auswirkungen

4.1 Personelle und finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Der Kanton hat an jede stationäre Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste einen Vergütungsanteil von 55 % zu leisten (Art. 49a Abs. 2 KVG). Die restlichen 45 % begleicht die Krankenkasse. Bis Ende 2016 profitiert der Kanton Aargau noch von einer Übergangsregelung im KVG, die eine schrittweise Erhöhung des Vergütungsanteils erlaubt. Der Regierungsrat hat die Vergütungsanteile gestützt auf § 22 Abs. 3 SpiG wie folgt festgelegt: 2014: 49 %, 2015: 51 %, 2016: 53 %. Gegenüber diesen vom Bundesrecht vorgesehenen und damit gebundenen Ausgaben hat die spätere Einführung der kantonsweiten Baserate für den Kanton keine Veränderung der personellen und finanziellen Auswirkungen zur Folge. Entscheidend aus finanzpolitischer Sicht ist die konkrete Höhe der jeweiligen Baserate und nicht deren Einheitlichkeit. Die angemessene Höhe der Baserate wird vom Departement Gesundheit und Soziales im Rahmen der Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung zuhanden des Regierungsrats intensiv geprüft (vgl. Kapitel 1.8).

Die Beibehaltung der aktuellen Regelung (Einführung der kantonsweiten Baserate per 2015) unter dem aktuell geltenden Fallpauschalensystem SwissDRG (Version 3.0) hätte erhebliche bis massive finanzielle Auswirkungen für den Kanton (vgl. Kapitel 2). Die Gesetzesänderung ermöglicht weiterhin einen leistungsentsprechenden und effizienten Einsatz der Steuermittel in der stationären Spitalversorgung.

4.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft

4.2.1 Auswirkungen auf die Spitäler

Die Zentrumsspitäler können weiterhin (hoch)komplexe medizinische Leistungen zu leistungsadäquaten und wirtschaftlichen Tarifen erbringen. Die wichtige Zentrumsversorgung im Kanton Aargau bleibt sichergestellt. Die Beibehaltung der aktuellen Regelung würde zu einer nicht leistungsentsprechenden Vergütung der Spitäler führen (vgl. Kapitel 2).

4.2.2 Auswirkungen auf die allgemeine Wirtschaft

Keine.

4.3 Auswirkungen auf die Gemeinden

Der Gemeindeanteil an die Kosten der stationären Grundversorgung und der Rehabilitation im Umfang von 40 % des Vergütungsanteils der öffentlichen Hand fiel per 1. Januar 2014 weg (§ 29a SpiG in Verbindung mit § 23 Abs. 2–5 SpiG). Es bestehen keine Auswirkungen auf die Gemeinden.

4.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die Versorgung des Kantons Aargau mit (hoch)komplexen medizinischen Leistungen in den Zentrumsspitälern bleibt ebenso sichergestellt wie der leistungsentsprechende und effiziente Einsatz der Steuergelder.

4.5 Auswirkungen auf die Umwelt sowie die Beziehungen zum Bund und anderen Kantonen

Keine.

5. Weiteres Vorgehen

Datum	Aktivität
17. Juni 2014	Beratung in der Kommission Gesundheit und Sozialwesen (GSW)
19. August 2014	Beratung im Grossen Rat
1. Januar 2015	Inkrafttreten

Antrag

Der vorliegende Entwurf für ein Dekret zur Änderung von § 8 des Spitalgesetzes wird zum Beschluss erhoben.

Regierungsrat Aargau

Beilage

- Synopse Dekret zur Änderung von § 8 Spitalgesetz