

Zentralspital;

**voraussichtliche Entwicklung des Investitionsvolumens bei den
Kantonsspitalern;**

**(09.302) Postulat der FDP-Fraktion vom 10. November 2009 betref-
fend Entwicklung des Investitionsvolumens im Bereich der Kan-
tonsspitäler; Abschreibung;**

**Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl); Ergänzung/Konkre-
tisierung von Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept)**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen die Ergänzungsbotschaft zur (11.251) Botschaft Zentralspital zur Beschlussfassung.

Zusammenfassung

Der Grosse Rat hat am 13. Dezember 2011 die (11.251) Botschaft Zentralspital an den Regierungsrat mit der Auflage zurückgewiesen, die Vorlage zusammen mit dem vom Grossen Rat mit (11.49) Postulat der FDP-Fraktion verlangten Bericht zur Finanzierbarkeit der Aargauer Gesundheitspolitik möglichst rasch wieder vorzulegen.

Am 4. September 2012 hat der Grosse Rat die (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik zu Kenntnis genommen, die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010 um die Strategie 25 (Finanzierbarkeit) ergänzt und das (11.49) Postulat der FDP-Fraktion vom 1. März 2011 abgeschrieben. Bestandteil der neuen GGpl-Strategie ist auch eine Aussage, die im Zusammenhang mit der (11.251) Botschaft Zentralspital von Bedeutung ist.

Der Regierungsrat hat die Entwicklung seit der Rückweisung analysiert und ist aufgrund der Umfeldentwicklungen zum Schluss gekommen, dem Grossen Rat ein verändertes Antragsdispositiv zu unterbreiten. Die beiden wesentlichen Änderungen bestehen in einer Anpassung der Ergänzung der Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) der GGpl sowie in einer Anpassung des Antrags über die Teilrevision des Spitalgesetzes (SpiG). Zudem wird angesichts der veränderten Ausgangslage auf einen Variantenentscheid für das Zentralspital verzichtet. Die Strategie eines Kompetenzzentrums für die Akutmedizin wird jedoch weiterverfolgt.

Die Ergänzung der Strategie 6 der GGpl lautet:

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

Der Antrag über die Teilrevision des SpiG lautet:

Der Regierungsrat wird beauftragt, dem Grossen Rat einen Entwurf für eine Änderung des Spitalgesetzes in Bezug auf die Organisation der Spitäler beziehungsweise die identische Besetzung der Verwaltungsräte der Kantonsspital Aarau AG (KSA AG) und der Kantonsspital Baden AG (KSB AG) sowie in Bezug auf die Finanzierungshilfen beziehungsweise Voraussetzungen für deren Gewährung und Frist der Rückzahlbarkeit zu unterbreiten.

Der Regierungsrat ist mit Blick auf die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung, die Investitionsfähigkeit der Häuser sowie in Anbetracht der zunehmenden interkantonalen Konkurrenz und der wachsenden Konzentration in der Spitzenmedizin überzeugt, dass damit den Anforderungen an qualitativ und wirtschaftlich wettbewerbsfähige akutsomatische Kantonsspitäler am besten entsprochen werden kann. Aus diesem Grund soll die GGpl 2010 entsprechend ergänzt und das Spitalgesetz revidiert werden.

Für den Regierungsrat steht fest, dass im Kanton Aargau auch unter den Regeln der neuen Spitalfinanzierung eine vollständige Grund- und Spezialversorgung für den Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Aargau angeboten werden muss. Zudem ist der Regierungsrat überzeugt, dass in ausgesuchten Bereichen auch Leistungen der IVHSM (Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin) angeboten werden sollen.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Frage, unter welchen Bedingungen es dem Spitalstandort Aargau insgesamt gelingt, zum einen möglichst viele Leistungen innerkantonal anbieten zu können und somit Investitionen und Wertschöpfung innerhalb des Kantons zu erhalten und zum andern Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen durch exzellente Angebote in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin in aargauische Kliniken und Spitäler anzuziehen.

Letztlich geht es demnach sowohl um die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen als auch um die Investitionsfähigkeit der Häuser, um diese Leistungen in zeitgemässen Infrastrukturen anbieten zu können und letztlich um die Wettbewerbsfähigkeit insgesamt. Dabei ist ein Binnenwettbewerb zwar durchaus erwünscht, Erfolg und Misserfolg insbesondere der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler hängen mittel- und langfristig jedoch nicht in erster Linie von den Entwicklungen der inneraargauischen Patientenströme ab, sondern von der Fähigkeit, durch eine patientennahe und qualitativ hochstehende Medizin und Pflege den Spitalstandort Aargau gegenüber der ausserkantonalen Konkurrenz zu positionieren und damit zu verhindern, dass dem Aargau wertvolles Patientengut samt Investitionskostenpauschale abhanden kommt. Eine solche Entwicklung wäre für die betroffenen Häuser ebenso wie für den Spitalstandort Aargau fatal.

Der Regierungsrat ist von der Richtigkeit der strategischen und gesetzgeberischen Massnahmen im Licht der seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital eingetretenen Umfeldentwicklungen, der Leistungszahlen aller Spitäler des Kantons Aargau, der prognostizierten Wachstumszahlen und der mittleren Aufenthaltsdauer auf der Basis des Versorgungsberichts und mit Blick auf ein künftiges Leistungsportfolio 2020 überzeugt. Der Kanton Aargau ist einer jener Kantone, die überdurchschnittlich rasch und kräftig wachsen. Dies hat Auswirkungen auf die Infrastrukturen, nicht zuletzt auf jene im Gesundheitswesen. Entsprechend ist dieser Entwicklung in Kombination mit den spezifischen Herausforderungen, die sich durch veränderte Finanzierungsregeln und Wettbewerbssituationen für die Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer und Leistungsbezügler ergeben haben, Rechnung zu tragen.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	6
1.1 Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital.....	6
1.2 Schreiben vom 29. März 2012 an das Büro des Grossen Rats und die Kommission Gesundheit und Sozialwesen (GSW).....	6
1.3 Beschluss über (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik.....	6
2. Entwicklung seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital	7
2.1 Einführung der neuen Spitalfinanzierung.....	7
2.2 Tarifsituation.....	8
2.3 Zusatzabklärung UCM.....	11
2.4 Stand Rechtsmittelverfahren gegen die Spitalliste 2012.....	12
2.5 (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik	12
2.6 Vorstösse über Strategie des Departements Gesundheit und Soziales; (12.221) Interpellation Clemens Hochreuter vom 28. August 2012; (12.220) Interpellation Hans Dössegger, Daniel Heller, Theo Voegtli vom 28. August 2012	13
2.7 Strategieprozess Eigentümerversammlung, Kantonsspital Aarau (KSA), Kantonsspital Baden (KSB) und Vereinbarung	15
2.7.1 Ziel des Strategieprozesses	15
2.7.2 Ergebnis.....	15
2.7.3 Würdigung.....	16
2.8 IVHSM (insbesondere grosse Viszeralchirurgie)	17
2.9 "Gutachten" Oggier/Komitee "Wettbewerb statt Planwirtschaft".....	18
2.10 Ökonomische Situation der Häuser	19
2.11 Investitionsfähigkeit der Häuser.....	20
2.11.1 Amortisation und Verzinsung	21
2.12 Stand der Kooperationen zwischen den Häusern	22
2.13 Projekt Augenklinik KSA – Pallas Gruppe	23
2.14 Redimensionierung Masterplanungen	24
2.15 Investitionen und Weiterentwicklung der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG).....	24
3. Beurteilung der Entwicklung seit der Rückweisung	24
3.1 Interkantonales Umfeld	24
3.2 Innerkantonales Umfeld	25
3.3 Wettbewerbsfähigkeit (innerkantonal, interkantonal)	25
3.4 Zusammenhang zwischen spezialisierter und hochspezialisierter Medizin	26
3.5 Vereinbarung nach Abschluss Strategieprozess	27
3.6 Expertise Prof. Peter Suter.....	28
3.7 Planungen und Investitionen	29
3.7.1 Masterplanungen	29
3.7.2 Varianten Zentralspital	29

4.	Handlungsbedarf	30
4.1	Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Aargau unter verschiedenen Aspekten (finanziell, medizinisch, nicht-medizinisch, personell, infrastrukturell, Investitionen).....	30
5.	Massnahmen	32
5.1	Spitalliste 2015.....	32
5.2	Verordnung über die Spitalliste (SpiliV)	33
5.3	Monitoring Nordwestschweiz.....	33
5.4	Umsetzung Vereinbarung nach Strategieprozess.....	34
5.5	Strategische und gesetzgeberische Massnahmen	34
5.5.1	Ergänzung der GGpl 2010 um eine Teilstrategie zum Spitalversorgungskonzept.....	35
5.5.2	Gesetzgeberische Massnahmen	36
6.	Teilrevision des Spitalgesetzes	36
6.1	Organisation der Spitäler beziehungsweise identische Besetzung der Verwaltungsräte der KSA AG und der KSB AG	36
6.2	Finanzierungshilfen beziehungsweise Voraussetzung für deren Gewährung und Frist der Rückzahlbarkeit.....	38
7.	Fazit	40
8.	Auswirkungen	46
8.1	Auswirkungen auf den Kanton Aargau	47
8.2	Auswirkungen auf die Gemeinden.....	47
8.3	Auswirkungen auf die Umwelt	47
8.4	Auswirkungen auf die Wirtschaft	47
A n t r a g :	48

1. Ausgangslage

1.1 Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital

Der Grosse Rat hat die (11.251) Botschaft Zentralspital; voraussichtliche Entwicklung des Investitionsvolumens bei den Kantonsspitalern; (09.302) Postulat der FDP-Fraktion vom 10. November 2009 betreffend Entwicklung des Investitionsvolumens im Bereich der Kantonsspitäler; Abschreibung; Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl); Ergänzung/Konkretisierung von Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) am 13. Dezember 2011 mit der Auflage zurückgewiesen, die Vorlage zusammen mit dem vom Grossen Rat mit (11.49) Postulat der FDP-Fraktion verlangten Bericht zur Finanzierbarkeit der Aargauer Gesundheitspolitik möglichst rasch wieder vorzulegen. Einen materiellen Auftrag über den Inhalt der Überarbeitung formulierte der Grosse Rat dabei ausdrücklich nicht.

1.2 Schreiben vom 29. März 2012 an das Büro des Grossen Rats und die Kommission Gesundheit und Sozialwesen (GSW)

Am 29. März 2012 hat der Regierungsrat dem Büro des Grossen Rats und der Kommission für Gesundheit und Sozialwesen (GSW) mitgeteilt, dass die (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik nicht gemeinsam mit der (11.251) Botschaft Zentralspital beraten und ein Strategieprozess zwischen Eigentümerversammlung, Kantonsspital Aarau und Kantonsspital Baden durchgeführt und die Ergänzungsbotschaft nach Abschluss desselben vorgelegt wird.

1.3 Beschluss über (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik

Der Grosse Rat hat am 4. September 2012 die (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik zu Kenntnis genommen, die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010 um die Strategie 25 (Finanzierbarkeit) ergänzt und das (11.49) Postulat der FDP-Fraktion vom 1. März 2011 abgeschrieben. Bestandteil der neuen GGpl-Strategie ist auch eine Aussage, die im Zusammenhang mit der (11.251) Botschaft Zentralspital von Bedeutung ist. Sie lautet:

"Der Kanton verfolgt eine Gesundheitspolitik, die in Bezug auf die Finanzierbarkeit die spezialisierte Versorgung optimiert und nach Massgabe von Strategie 6 der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 konzentriert."

1.4 (11.251) Botschaft Zentralspital und Ergänzungsbotschaft

Der Regierungsrat legt in der vorliegenden Ergänzungsbotschaft ausführlich dar, welche Entwicklung sich seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital ergeben hat, wie er sie beurteilt und worin der Handlungsbedarf beziehungsweise die Massnahmen bestehen, die aus seiner Sicht zu ergreifen sind. Aus der Analyse und Beurteilung der Entwicklung hat sich für den Regierungsrat nicht nur in Bezug auf den Handlungsbedarf und die Massnahmen, sondern auch mit Blick auf das Antragsdispositiv eine veränderte Ausgangslage ergeben. So verzichtet der Regierungsrat entgegen der ursprünglichen Antragstellung auf einen konkreten Variantenentscheid. Vielmehr beantragt er dem Grossen Rat, ausserhalb eines Zentralspital-Entscheids im engeren Sinn, über ein neues Antragsdispositiv zu entscheiden. Dieses beinhaltet zum einen die Frage des Zusammenwirkens der strategischen Organe der

beiden Spitalaktiengesellschaften entlang von Eigentümerstrategien, Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung sowie Spitalliste, zum andern die Erleichterung des Zugangs zu den im Spitalgesetz vorgesehenen Finanzierungshilfen sowie der daran gebundenen Kriterien. Die in der vorliegenden Ergänzungsbotschaft gestellten Anträge ersetzen demnach die in der (11.251) Botschaft gestellten Anträge vollumfänglich. Folgerichtig erfasst die Beratung ausschliesslich die vorliegende Ergänzungsbotschaft.

2. Entwicklung seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital

2.1 Einführung der neuen Spitalfinanzierung

Per 1. Januar 2012 wurde gemäss Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) der Wechsel auf die neue Spitalfinanzierung vollzogen. Die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG mit Einschluss der Investitionskosten war damit abgeschlossen. Die akutsomatischen Spitäler rechnen ihre Leistungen bei allen Patientinnen und Patienten, welche ab dem 1. Januar 2012 ausgetreten sind, nach SwissDRG ab. Dabei wird das schweizerisch einheitliche Fallgewicht einer DRG mit dem spitalspezifischen Basispreis (Baserate) multipliziert, welcher einen Zuschlag von 10 % für die Anlagenutzungskosten enthält. Daraus ergibt sich das Entgelt pro Fall. An das Entgelt eines Spitals bezahlen die öffentliche Hand im Jahr 2012 47 % und die Versicherer 53 %. Der Kantonsanteil wird jährlich erhöht, bis er 2017 den Wert von 55 % erreicht (Art. 49a Abs. 2 KVG und Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 [Spitalfinanzierung, Abs. 5]). Die pauschale Abgeltung von medizinischen Leistungen und die Ausrichtung von pauschalen Investitionsbeiträgen durch die öffentliche Hand entfallen. Damit wurde bei der Spitalfinanzierung von der Objekt- zur Subjektfinanzierung gewechselt. Bei den Pauschalabgeltungen sind lediglich die fallunabhängigen Beiträge der öffentlichen Hand geblieben, wie beispielsweise der Betriebsbeitrag an die Einsatzleitstelle 144, sowie Beiträge an ambulante medizinische Dienstleistungen. Sie werden als gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) bezeichnet und werden nur an innerkantonale Spitäler ausbezahlt.

Im Kanton Aargau werden die Beiträge der öffentlichen Hand im Einführungsjahr 2012 wahlweise innert 30 Tagen auf Abrechnung des Leistungserstellers oder pauschal per Akontozahlungen ausgerichtet. Bei den Akontozahlungen, die nur an innerkantonale Spitäler geleistet werden, wird monatlich ein Zwölftel des budgetierten Ertrags ausbezahlt. Das System hat sich in dieser Form bislang bewährt und die Spitäler und Leistungserbringer sind handlungsfähig. Es ist festzuhalten, dass nach wie vor mit Arbeitstarifen abgerechnet wird und die Tarife vom Regierungsrat erst noch genehmigt beziehungsweise in einzelnen Fällen festgesetzt werden müssen. Je nach Betrag der definitiven Tarife werden danach die Rückabwicklungen folgen, indem die Differenzen zwischen Arbeits- und definitivem Tarif auf Basis der effektiven Fallzahlen und Kostengewichte auszugleichen und mit allfällig geleisteten Akontozahlungen zu verrechnen sein werden. Es wird notwendig sein, Tarife inskünftig früher zu verhandeln, zu genehmigen und allenfalls festzusetzen. Die aktuelle Situation ist problematisch, weil das Rechnungsjahr 2012 bald vorüber sein wird und noch keine definitiven Tarife gelten, damit aufwendige Rückabwicklungen für alle Beteiligten ins Haus stehen und die Hochrechnung des Budgets 2012 sehr schwierig ist.

Im Jahr 2012 ist im Rahmen des Projekts "eAGLE" in enger Zusammenarbeit mit dem Kanton Luzern eine Softwarelösung entwickelt worden, welche die weitestgehend automatisierte und detaillierte Einzelprüfung der Rechnungen und Stornierungen ermöglicht. Diese Automatisierung ist notwendig geworden, da die Abgeltungen der Versicherer wie öffentliche Hand auf Einzelrechnung hin erfolgen und bei einer Menge von rund 10'000 Rechnungen pro Monat (inklusive Stornierungen und Refakturierungen) ein unverhältnismässiger personeller Aufwand entstehen würde. Mit Hilfe dieser Software werden neben einer weitgehend automatisierten Zahlungsabwicklung auch umfangreiche Auswertungen möglich, welche für die Planung und das Budgetcontrolling verwendet werden.

2.2 Tarifsituation

Die Aushandlung der Tarife ist Sache der Leistungserbringer und der Versicherer (sogenannte Tarifpartner, Art. 43 Abs. 4 KVG). Es existieren bisher nur zum Teil verhandelte Tarife und damit beidseitig unterschriebene Verträge. In jenen Fällen, in denen kein Vertrag zustande gekommen ist, wurden Gesuche um Festsetzung des Tarifs an den Kanton gestellt (vgl. Art. 47 Abs. 1 KVG). Diese Situation war bereits Ende 2011 absehbar. Deshalb hat der Regierungsrat am 21. Dezember 2011 Arbeitstarife (provisorische Tarife) erlassen. Diese sind unbeschränkt gültig und sichern den Häusern die Liquidität, bis die definitiven Tarife genehmigt beziehungsweise festgesetzt sind. Die Arbeitstarife wurden auf Basis bereits verhandelter Tarife festgesetzt. Bedingt durch Art. 8 Abs. 2 des kantonalen Spitalgesetzes (SpiG), der einen Tarif pro Leistungserbringer vorschreibt, müssen Genehmigung und Festsetzung pro Leistungserbringer immer gleichzeitig erfolgen. Dieser Umstand lässt einen Genehmigungs- beziehungsweise Festsetzungsentscheid des Regierungsrats erst zu, wenn pro Haus alle Verträge vorliegen beziehungsweise die ersten Schriftenwechsel in den Festsetzungsverfahren durchgeführt sind und der Preisüberwacher seine Empfehlung zum Tarif abgegeben hat. In mehreren Fällen wurden während dem Verfahren die jeweils einmalig gewährten Fristerstreckungen durch die Tarifpartner für Stellungnahmen von den Tarifpartnern ausgenützt und vor allem die beiden Versicherer Assura und Supra sind mit der Ausstellung der Verträge sehr in Verzug. Letzteres rührt daher, dass die beiden Kassen keine eigenen Verhandlungen führen, sondern sich jeweils einer der getroffenen Vertragslösungen anschliessen und sich nicht besonders um den Vertragsabschluss innert gebotener Frist bemühen.

Der Preisüberwacher hat Mitte Oktober 2012 seine Empfehlungen zu den Akutspitaltarifen abgegeben. Er prüfte die eingereichten Daten in einem transparenten Verfahren und macht jeweils Intransparenzabzüge sowie wie Abstriche bei den anrechenbaren Kosten, wenn ihm die Daten nicht vollständig erschienen. Im Kanton Aargau reichen diese Abzüge von 2–10 %. Der Preisüberwacher hält unter Bezug auf Art. 49 Abs. 1 KVG fest, dass bei der Gestaltung der Tarife zwar die ausgewiesenen Kosten einer Leistung zu berücksichtigen seien (Art. 59c Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]), Spitäler und Kliniken aber deswegen keinen grundsätzlichen Anspruch auf eine unbesehene Überführung ihrer ausgewiesenen Kosten in eine Baserate hätten.

Der Preisüberwacher hält im Weiteren die Argumentation von Universitätsspitalern und grösseren Kantonsspitalern für falsch, sie hätten wegen des komplexeren Patientenguts Anrecht auf höhere Baserates als kleine Spitäler. In einem DRG-System, in welchem Fallkosten

eines Normfalls (mit Kostengewicht von 1,0) verglichen werden, sei dieses Argument falsch. Die teilweise schwierigen Fälle der Universitätsspitäler seien in der SwissDRG-Tarifstruktur 1,0 abgebildet, da alle fünf Schweizer Unikliniken auf der Liste der sogenannten Netzwerkspitäler figurieren, welche der SwissDRG AG ihre Kostendaten zwecks Erstellung der Tarifstruktur einreichen. Die Preisüberwachung geht somit davon aus, dass die SwissDRG Tarifstruktur 1,0 auch für Universitätsspitäler ausreichend hohe Kostengewichte beinhaltet. Diese Ansicht ist zwar beim Vollausbau der neuen Systematik vom Grundsatz her richtig, passt aber ganz sicher nicht in die Anfangsphase, in der sich die Schweiz aktuell befindet. Es sind noch nicht alle Leistungen in SwissDRG vollständig abgebildet und für deren Kalkulation fehlen zum Teil aufgrund tiefer Fallzahlen auch noch Daten. Dies hängt damit zusammen, dass das deutsche Fallpauschalensystem German-DRG (G-DRG) in ein schweizerisches System überführt wird (Helvetisierung) und grundsätzliche Fragen wie die Abgeltung von Sonderleistungen über Veränderungen des Kostengewichts oder Zusatzentgelte noch ungelöst sind. Im Jahr 1 der neuen Spitalfinanzierung kann das auch gar nicht erwartet werden, jedoch ist dieser Umstand in der Phase der Systemeinführung auch vom Preisüberwacher unbedingt zu berücksichtigen.

Für das Benchmarking hat die Preisüberwachung eigene Kalkulationen erstellt. Für das Tarifjahr 2012 erachtet sie die von ihr selber kalkulierten Baserates (100 %, inklusive Anlagenutzungskosten) folgender Spitäler für wirtschaftlich im Sinn des KVG: Kantonsspital Winterthur (Fr. 8'665.–), Spital Limmattal (Fr. 8'711.–), GZO Spital Wetzikon (Fr. 8'730.–), Thurgauer Kantonsspital Frauenfeld und Münsterlingen (Fr. 8'930.–) sowie Spital Zollikerberg (Fr. 8'955.–). Es handelt sich bei diesen fünf wirtschaftlich arbeitenden Referenzspitälern aus zwei Kantonen allesamt um grosse öffentliche Spitäler mit guter Kostentransparenz, ohne Überkapazitäten sowie mit einem überdurchschnittlich breiten Behandlungsspektrum. Bildet man aus den vorgenannten Werten den arithmetischen Durchschnitt, kommt man auf eine Referenzbaserate von Fr. 8'798.–. Zuzüglich einer Toleranzmarge von 2 %¹ errechnet sich der nationale Benchmarkwert für die Nicht-Universitätsspitäler von Fr. 8'974.– (100 % inklusive Anlagenutzungskosten), welchen der Preisüberwacher für alle akutsomatischen Spitäler des Kantons Aargau als Baserate empfiehlt. Dieser Wert weicht zum Teil massiv, nämlich zwischen 6,8 % und 13,3 % von den zwischen Versicherern und Spitälern und Kliniken verhandelten Tarifen ab. Zu tiefe Preise haben vor allem auch auf den Erhalt der Infrastrukturen und die Investitionsfähigkeit der Spitäler und Kliniken grosse Auswirkungen. Wenn die Häuser ihre Funktionsfähigkeit nicht erhalten oder im besten Fall ausbauen können, verschwinden sie vom Markt. Dies ist im überobligatorischen Bereich weniger gravierend als in der Grundversorgung, welche der Kanton in Ableitung von § 41 der Kantonsverfassung (KV) sicherzustellen hat. Es ist deshalb auch im Interesse der öffentlichen Hand, wenn den innerkantonalen Spitälern genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Auffällig sind derzeit die verstärkten Aktivitäten der deutschen Spitalgruppen Fresenius, Rhön und Ameos, welche defizitäre Spitäler aufkaufen und damit auf den Schweizer Markt vorstossen wollen. Sie machten bisher in Deutschland und Österreich aus 56 unrentablen Spitälern und Kliniken profitable Betriebe, wobei sie durch die starke Marktposition ihre Sachkosten um 10–15 % senken und gleichzeitig die Erlöse mit neuen Angeboten um bis zu 33 % erhöhen konnten. Am weitesten ist die Ameos-Gruppe, die ihre deutschen Spitäler vom

¹ Die Toleranzmarge wurde gegenüber dem freiwillig, mit kantonal unterschiedlichen Regeln und nicht flächendeckend angewendeten APDRG-System von 4 % (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2010 betreffend stationärer Tarif 2008 des Kantonsspitals Uri) auf 2 % reduziert, da das national gültige SwissDRG-System die Vergleichbarkeit der kalkulierten Baserates deutlich erhöht, womit sich eine Senkung der Toleranzmarge aufdrängt.

Hauptsitz in Zürich aus betreibt. Die deutschen Spitalbetreiber warten dabei auf die Veränderungen, welche die neue Spitalfinanzierung in der Schweiz auslösen wird und wollen im richtigen Moment für eine Übernahme bereit sein. Dagegen ist grundsätzlich zwar nichts einzuwenden, jedoch werden sich die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons einschränken, wenn er Leistungsaufträge an schlagkräftige Spitalgruppen mit einer gewissen Marktmacht erteilen und unter der Prämisse der Versorgungssicherheit auch finanzieren muss, sowie als Eigentümer der Kantonsspitäler gleichzeitig zum Konkurrent wird.

Schlechte oder fehlende Infrastrukturen der Spitäler führen unmittelbar zu einer Abwanderung von Patientinnen und Patienten in ausserkantonale Spitäler. Dies kommt den Kanton Aargau teuer zu stehen, weil er keine Möglichkeit hat, Tarife in anderen Kantonen durch Genehmigung oder Festsetzung zu beeinflussen und aufgrund der Freizügigkeit gemäss KVG verpflichtet ist, seinen Anteil an den stationären Behandlungen seiner Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner in allen Schweizer Listenspitalern zu bezahlen. Tiefe Tarife haben im Übrigen unmittelbare Auswirkungen auf die Finanzsituation der Spitäler (vgl. Ausführungen unter Kapitel 3.1).

Das Departement Gesundheit und Soziales stellt seine eigenen Berechnungen an und lädt die Versicherer und die Leistungserbringer zu einer Stellungnahme zur Empfehlung des Preisüberwachers und den eigenen Ansätzen ein. Danach folgt die Vorlage der Tarife zum Entscheid an den Regierungsrat. Dessen Entscheid kann mit Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden (Art. 53 KVG). Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet endgültig. Ein Weiterzug ans Bundesgericht ist nicht möglich (Art. 83 lit. r Bundesgesetz über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung ist zu erwähnen, dass die KVG-Revision 2007 zu einem gravierenden Problem führt, indem das KVG nicht nur die Kostenübernahme durch die Krankenversicherer regelt, sondern neu auch die Spitalfinanzierung durch die Kantone vorgibt und gleichzeitig den Kantonen weitgehend die Möglichkeit nimmt, direkt über die Spitalfinanzierung ihre versorgungspolitischen und gemeinwirtschaftlichen Interessen wahrzunehmen. Die Einflussnahme kann mit bei der Tarifgenehmigung und Tariffestsetzung (Art. 43 ff. KVG), sowie mit der Festlegung der Spitalliste im Rahmen der im KVG geregelten Spitalplanung (Art. 39 KVG und Art. 58a ff. KVV) vorgenommen werden. Denn die Abgeltungsanteile der Kantone nach Art. 49a Abs. 1 KVG sind unbedingt geschuldet und dürfen nicht von der Erfüllung bestimmter öffentlicher Interessen abhängig gemacht werden. Es ist in diesem Zusammenhang fraglich, ob dieser Eingriff in kantonale Spitalversorgungs Kompetenzen von der Bundeskompetenz im Bereich der Krankenversicherung (Art. 117 Bundesverfassung [BV]) überhaupt abgedeckt ist. Jedenfalls widerspricht er offensichtlich dem Prinzip fiskalischer Äquivalenz nach Art. 43a Abs. 3 BV, wonach das Gemeinwesen, das die Kosten einer staatlichen Leistung trägt, auch über diese Leistung bestimmen kann.² Davon ist der Kanton Aargau unmittelbar betroffen, zumal diese Tatsache nicht zuletzt die Umsetzung der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik beziehungsweise der Beschlüsse des Grossen Rats in einem wichtigen Bereich der Kostenentwicklung in nicht unerheblichem Mass tangiert. Der Regierungsrat strebt jedoch unverändert die Erreichung von Szenario A an, indem er im Rahmen der KVG-Vorgaben über die Wirtschaftlichkeit und Qualität den

² Bernhard Rüttsche: Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Kommentar zum Grundsatzurteil des Bundesgerichts; in: Zeitschrift für Recht und Gesundheit 2012 Nr. 50; Schulthess Juristische Medien AG

vorhandenen Ermessensspielraum im Sinn der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik nutzt.

2.3 Zusatzabklärung UCM

Nach der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital durch den Grossen Rat hat das Departement Gesundheit und Soziales die Firma UCM³ in Hamburg beauftragt, wirtschaftliche Überlegungen zu Variante Status quo, Variante 1 (Zentralspital an einem Standort) und Variante 2 (virtuelles Zentralspital an den Standorten Aarau und Baden) anzustellen. Dieser Wirtschaftlichkeitsvergleich basierte auf den Kosten, Fallzahlen und Casemix-Indizes (CM-Indizes) der beiden Kantonsspitäler aus den Jahren 2009 und 2010. Für eine betriebswirtschaftliche Beurteilung von Einsparpotentialen der unterschiedlichen Varianten bedurfte es dann der Betrachtung differenzierter Daten, aus denen die Aufteilung der Gesamtkosten auf die verschiedenen Kostengruppen der Spitäler im Ist deutlich wurde und somit berechnet werden konnte, welche finanziellen Auswirkungen deren Veränderung in den unterschiedlichen Varianten hat. Die hierfür erforderliche Datenbasis war jedoch in der Kürze der Zeit nicht lieferbar. Die UCM hat sich deshalb eines Referenzmodells bedient, für das die Kostenbewegungen differenziert bekannt waren und dessen Kostenentwicklung als Matrix für eine mögliche Veränderung in den Kantonsspitalern Aarau und Baden genutzt werden konnte. Sie hat auf die Kostenstrukturen des UKE⁴ Konzerns zurückgegriffen, der aus den vergangenen Jahren sowohl über eine Zentralisierung des Managements (Variante 2) als auch mit der Inbetriebnahme des neuen Zentralklinikums (Variante 1) potentiell alle Aspekte der geforderten Varianten anbieten konnte. Hierbei war als erster Schritt ein Vergleich der Gesamtkosten zwischen dem UKE Konzern und den Kantonsspitalern erforderlich. Es zeigte sich, dass die Kostengerüste vergleichbar und die im UKE Konzern gewonnenen Erfahrungen zu möglichen Entwicklungstendenzen und Optimierungspotentialen weitgehend auf den Schweizer Gesundheitsmarkt und die Aargauer Kantonsspitäler im Speziellen übertragbar waren. Der Vergleich mit dem UKE Konzern erlaubte dabei eine besonders realistische Abschätzung der finanziellen Entwicklungspotentiale, weil der Konzern seit 2009 umfangreiche Erfahrungen mit den wirtschaftlichen Vorteilen einer räumlichen Zentralisierung der Gebäudestruktur macht. Mit dem gewählten Vorgehen wurde dem begrenzten Zeitrahmen des Projekts und der unvollständigen Datenlage Rechnung getragen. Die gemachten Aussagen sind deshalb als Trendentwicklung zu verstehen und sollten bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt durch weitere Berechnungen ergänzt und konkretisiert werden.

Ziel des Variantenvergleichs war es zu ermitteln, welcher Zentralisierungsgrad in der kantonalen Schwerpunktversorgung auch in finanzieller Hinsicht überzeugt. Diese Frage ist eindeutig zu beantworten: Variante 1 verursacht die geringsten Kosten. Bei der Entscheidung zugunsten des einen oder anderen Modells spielten die Bewertung der Betriebskosten, der Erlöse und Bausummen gleichermassen eine Rolle. Finanziell gesehen ist die Bausumme von Variante 1 ausschlaggebend für die Wahl einer zentralisierten Schwerpunktversorgung im Kanton Aargau. Mittel- bis langfristig gesehen liefern zusätzlich auch die Betriebskosten

³ UKE Consult und Management GmbH, Hamburg

⁴ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

einen merklichen Beitrag zu einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung der kantonalen Gesundheitsversorgung.

Schliesslich bleiben die Überlegungen zur Zentralisierung der Kantonsspitäler abhängig von der gewählten Strategie der Gesundheitsversorgung des Kantons. Mit der Öffnung der kantonalen Grenzen steht insbesondere die spezialisierte Gesundheitsversorgung des Kantons in eindrucksvollem Wettbewerb zu den benachbarten Kantonen mit den Universitätsspitalern in Zürich, Bern, Basel, sowie dem Kantonsspital Luzern. Die Aargauer Gesundheitspolitik entscheidet sich mit der Zentralisierung von Versorgungsstrukturen für einen Trend, kantonsübergreifend zu denken und den Anforderungen an Effektivität, Effizienz und Qualitätsorientierung zukunftsorientiert zu begegnen. In der interkantonalen Wahrnehmung signalisiert Variante 1 gesundheitspolitisch deshalb die Etablierung eines konkurrenzfähigen Dienstleisters auf höchstem medizinischen und ökonomischen Niveau. Allerdings gilt es andere Einflussfaktoren wie regional- und versorgungspolitische Überlegungen, sowie die Zugänglichkeit und damit Patientenströme ebenfalls zu berücksichtigen.

2.4 Stand Rechtsmittelverfahren gegen die Spitalliste 2012

Gegen die Spitalliste 2012 wurden beim Bundesverwaltungsgericht mehrere Beschwerden anhängig gemacht. Die Leistungserbringer fordern damit die Erteilung zusätzlicher Leistungsaufträge. Bis dato wurden einige Beschwerden zurückgezogen und es sind noch deren neun hängig. Es ist nicht bekannt, wann das Bundesverwaltungsgericht seine Urteile fällen wird. Im Rückblick auf vergangene Rechtsverfahren bezüglich Leistungsaufträge muss von einer Verfahrensdauer von zwei bis drei Jahren ausgegangen werden. Es kommt dazu, dass das Bundesverwaltungsgericht mit einer grossen Anzahl von Beschwerden belastet ist, was die Dauer bis zur Entscheidungsfindung nochmals verlängern könnte. Bis zu den Urteilen können die Spitäler bisher erfüllte Leistungsaufträge weiterhin erbringen, auch wenn sie auf der Spitalliste dafür nicht aufgeführt sind, weil die Beschwerden eine aufschiebende Wirkung haben. In Konsequenz dürfen lediglich neue Angebote zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht realisiert werden. Mit der Bewerbung für die Spitalliste 2015 wird die Situation komplett neu beurteilt, wobei die nun erbrachten Leistungen und Fallzahlen berücksichtigt werden müssen.

2.5 (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik

Der Regierungsrat hat mit der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik eine Prognose des kantonalen Gesundheitsaufwands bis ins Jahr 2025 vorgenommen und gleichzeitig das Umfeld der absehbaren Entwicklung abgebildet. Weil die Zusammenhänge sehr komplex und die – zum Teil gegenläufigen – Entwicklungen schwer abschätzbar sind, handelt es sich kurz nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung um eine mit erheblichen Unsicherheiten behaftete Prognose. Um unterschiedliche denkbare Entwicklungen transparent zu machen, wurden drei Szenarien ausgearbeitet, denen unterschiedliche Annahmen zugrunde liegen. Die Entwicklung des bereinigten Gesamtaufwands des Kantons im Vergleich mit der Entwicklung des Gesundheitsaufwands zeigt unter der Annahme einer stabilen Staatsquote für zwei der drei Szenarien ein Finanzierungsdelta. Dieses ist erheblich und macht je nach Szenario zwischen 339 und 545 Millionen Franken aus. Einzig im Fall des Szenarios A wird der relative Anteil des Gesundheitsaufwands am Staatshaushalt sogar etwas kleiner als heute. Der negative Entwicklungstrend soll dabei bis 2016 gebrochen

werden. In jenem Jahr wird sich das Finanzierungsdelta gemäss den Berechnungen auf 119 Millionen Franken im Szenario B und auf 164 Millionen Franken im Szenario C belaufen. Dieser relativ lange Zeithorizont ist aus mehreren Gründen geboten: Erstens läuft im Spitalbereich 2014 die Übergangsfrist für die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung aus. Zweitens wird ab 1. Januar 2015 eine neue Spitalliste gelten, für welche die Bewerbung 2013 folgen wird. Drittens erfordern verschiedene Massnahmen eine gründliche Vorbereitung und haben einen langen zeitlichen Vorlauf, bis sie Wirkung entfalten.

Der Grosse Rat hat die (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik am 4. September 2012 zur Kenntnis genommen und beschlossen, die GGpl 2010 um eine Strategie 25 (Finanzierbarkeit) zu ergänzen. Weiter hat er den Regierungsrat beauftragt, Szenario A zu verfolgen, ihm mit Blick auf den Erlass der Spitalliste 2015 Massnahmen auf der Basis des inner- und interkantonalen Monitorings/Benchmarkings aufzuzeigen und gleichzeitig über die Kostenentwicklung und den Stand der Massnahmen zu deren günstiger Beeinflussung Bericht zu erstatten. Zudem hat der Regierungsrat den Auftrag erhalten, Leistungserbringer und Leistungsbezüger über wichtige Themen des Gesundheitswesens systematisch zu befragen und dem Grossen Rat im Rahmen des Jahresberichts darüber Rechenschaft abzulegen. Schliesslich soll auch die spezialisierte Versorgung optimiert und nach Massgabe von Strategie 6 der GGpl 2010 konzentriert werden. Dabei geht es um die Prüfung der Konzentration von Angeboten, wo dies aus betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen oder finanzpolitischen Überlegungen sinnvoll ist.

2.6 Vorstösse über Strategie des Departements Gesundheit und Soziales; (12.221) Interpellation Clemens Hochreuter vom 28. August 2012; (12.220) Interpellation Hans Dössegger, Daniel Heller, Theo Voegtli vom 28. August 2012

Der Regierungsrat setzt sich im Grundsatz dafür ein, alle Bereiche im Kanton anbieten zu lassen, welche unter den Prämissen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) möglich sind. Eine zentrale Rolle spielt dabei die optimale Behandlungsqualität, denn nur diese zählt schliesslich für den Behandlungserfolg und nicht die Distanz vom Wohnort des Patienten zum Behandlungsort. Im Besonderen will das Departement Gesundheit und Soziales die Spitäler dazu bewegen, Disziplinen der hochspezialisierten Medizin, aber auch Behandlungen aus dem Gebiet der spezialisierten Medizin, konzeptionell gemeinsam anzubieten und dabei an einem Standort zu konzentrieren. In diesem Sinne überarbeitet der Regierungsrat auch die Eigentümerstrategien der Kantonsspitäler. Weiter führt das Departement Gesundheit und Soziales laufend und mit zunehmender Intensität Gespräche mit den Kantonsspitalern über deren künftiges Leistungsportfolio ausserhalb der Grundversorgung. Das Departement Gesundheit und Soziales hat im erwähnten Strategieprozess denn auch dezidiert darauf hingewiesen, dass die blosser Fortschreibung des Status quo nicht ausreichen wird, um die interkantonale Stellung der beiden Häuser auf Dauer erhalten zu können. Diese Erkenntnis wird auch Einfluss auf die Bedingungen für die Bewerbung um die Angebotspalette auf der Spitalliste 2015 haben, die entsprechend gestaltet wird.

Auf diese Weise lassen sich die Mindestanforderungen besser erreichen und können sogar überboten werden. Dies ermöglicht den Spitalern, neben der innerkantonalen Leistungserbringung auch zentrale Funktionen zu übernehmen, welche den Spitalstandort Aargau über die Kantons Grenzen hinaus in seiner Bedeutung als Wissens- und Arbeitsstandort

stärken. Der Regierungsrat setzt sich dafür ein, dass die Aargauer Kantonsspitäler im interkantonalen Wettbewerb auch weiterhin eine wichtige Rolle spielen können. Dabei ist der Bedeutungsverschiebung der innerkantonalen Konkurrenz in Relation zum interkantonalen Wettbewerb ein besonderes Augenmerk zu widmen. Dies mit Blick auf die Auswirkungen der Regeln der neuen Spitalfinanzierung und den zunehmenden Mangel an medizinischem und pflegerischem Fachpersonal beziehungsweise der Herausforderung, möglichst viele hochqualifizierte Arbeitskräfte anziehen zu können. Gewisse Angebote machen nur dann Sinn, wenn sie bestimmten Qualitätsanforderungen an die Teams und die Infrastruktur genügen und deshalb beispielsweise an eine Mindestfallzahl gebunden sind. Dies kann dazu führen, dass Angebote mit geringen Mengen innerhalb des Kantons nur noch dann sinnvoll erscheinen, wenn sie an einem Standort zusammengefasst werden. In diesem Fall erübrigt sich ein innerkantonaler Wettbewerb vollends, weil er zum kompletten Verschwinden solcher Angebote im Kanton führt, wenn jedes Spital auf einem eigenen Leistungsauftrag im entsprechenden Gebiet besteht.

Bisher verfügt der Kanton Aargau über fünf hochspezialisierte Angebote: Protonentherapie (Paul Scherrer Institut [PSI]), Behandlung von Schwerverletzten, hochspezialisierte Hirn-schlagbehandlung, Neonatologie und die Neurochirurgie (alle am Kantonsspital Aarau). Alle fünf Angebote stehen derzeit nicht zur Diskussion und sind nicht gefährdet. Die IVHSM, in deren Beschlussorgan die Vorsteherin des Departements Gesundheit und Soziales das Vizepräsidium innehat, befasst sich derzeit mit der hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Dieses Thema betrifft auch den Kanton Aargau und zeigt deutlich auf, dass hochspezialisierte Angebote zu einem guten Teil im Kanton verbleiben können, wenn die Spitäler sie mit einem gemeinsamen Konzept konzentriert an einem Standort anbieten, der damit genügend hohe Fallmengen erreicht. Bemühen sich die Spitäler hingegen jedes für sich an seinem eigenen Standort um einen eigenen Leistungsauftrag besteht die Gefahr, dass ein Angebot aufgrund der pro Standort jeweils zu tiefen Fallzahlen keinem der Häuser mehr zugeschlagen wird und dann im Kanton gar nicht mehr vorhanden ist. Dabei ist es absolut notwendig, die Behandlungsorte zu definieren, da die IVHSM keine Leistungsaufträge an eine Vereinbarungsgemeinschaft vergibt, welche die Verteilung unter sich ausmacht. Damit sind die Vereinbarungspartner gezwungen, bereits im Vorfeld die Behandlungszentren zu definieren, damit die Koordination untereinander spielt. Die von der IVHSM gesetzten Bedingungen werden auch in anderen Disziplinen zur Anwendung kommen. Deshalb muss die Strategie darin bestehen, das Vorgehen entsprechend zu antizipieren. Das Departement Gesundheit und Soziales dringt bei den Leistungserbringern deshalb bereits jetzt darauf, durch Kooperationen die nötigen Voraussetzungen für einen Listenplatz zu schaffen.

Das primäre Interesse des Kantons ist aufgrund seines verfassungsmässigen Auftrags die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung (Art. 41 KV). Der Zugang zur spezialisierten und hochspezialisierten Medizin ist für Aargauerinnen und Aargauer jederzeit gewährleistet und mit kurzen Wegen erreichbar. Zur Sicherung des Zugangs ist eine innerkantonal Vorhaltung spezialisierter und hochspezialisierter Leistungen nicht zwingend notwendig. Dies gilt auch für die optimale Qualität und den Erfolg einer Behandlung, die beide nichts mit der Distanz zwischen Wohnort des Patienten und Behandlungsort zu tun haben.

Mit Blick auf die innerkantonale Wertschöpfung ist es wichtig, dass möglichst viele Mitarbeitende der Aargauer Spitäler nicht nur hier arbeiten, sondern auch im Kanton selber wohnen und hier ebenso Dienstleistungen beziehen wie Steuern bezahlen. In zweiter Linie ist auch die Güterbeschaffung bedeutsam, die im vorliegenden Fall vor allem die Infrastrukturgüter und weniger die Geräte und Mittel für die medizinischen Leistungen betrifft. Spezialisierte Angebote tragen dazu bei, eine gewisse Anziehungskraft auszuüben und damit Leistungen auch für ausserkantonale Bezüger erbringen zu können, sofern die Qualität stimmt. Der Kanton unterstützt und fordert deshalb die Zusammenarbeit unter den Spitalern, damit auch mengenkritische Angebote im Kanton möglich sind. Diese Haltung entspricht Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) der GGpl 2010.

2.7 Strategieprozess Eigentümerversammlung, Kantonsspital Aarau (KSA), Kantonsspital Baden (KSB) und Vereinbarung

2.7.1 Ziel des Strategieprozesses

Ziel des zwischen April und September 2012 durchgeführten Strategieprozesses war, für die künftige, inner- und ausserkantonale wettbewerbsfähige Organisation der Spezialversorgung eine oder mehrere Optionen zu erarbeiten, die sowohl mit Blick auf die Qualität, das Patientenwohl und die Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen als auch in Bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der künftigen Organisation der Spezialversorgung umsetzbar sind. Dies unter Einbezug der Investitionsfähigkeit der betroffenen Häuser, der Belastung der öffentlichen Hand, der Auswirkungen auf bestehende und neue Modelle der integrierten Versorgung sowie der Möglichkeiten der Personalrekrutierung in Medizin und Pflege. Resultat soll ein strategischer Konsens zwischen Eigentümerversammlung und Häuservertretung sein, der politisch mehrheitsfähig ist. Nicht zu schaffen in der kurzen Zeit des beschriebenen Strategieprozesses war ein Spektrum ausgearbeiteter Umsetzungsoptionen. Diese sind im Nachgang zum politischen Strategieentscheid zu erarbeiten und durchzuführen.

Die Rahmenbedingungen für den Strategieprozess waren dabei so zu setzen, dass sowohl inhaltlich als auch formal und zeitlich ein geordneter Ablauf garantiert werden konnte. Die Teilnehmer des Strategieprozesses verpflichteten sich vor diesem Hintergrund mit der Schaffung des gemeinsamen Gremiums auf "Rules of Engagement", die auf der einen Seite Sicherheiten für einen strukturierten Prozess mit einem qualifizierten Ergebnis boten, zum andern sicherstellten, dass sowohl die Eigentümerversammlung als auch die Häuservertretungen die Gremien, denen sie verantwortlich sind, zeit- und sachgerecht in allfällige Entscheidungen einbeziehen können.

2.7.2 Ergebnis

Die Eigentümerversammlung sowie die strategischen und operativen Spitzen von KSA und KSB haben sich zum Abschluss des Strategieprozesses auf eine Vereinbarung betreffend Koordination, Konzentration und Synergienutzung geeinigt und stellten dem Verwaltungsrat der Kantonsspital Aarau AG (KSA AG), dem Verwaltungsrat der Kantonsspital Baden AG (KSB AG) sowie dem Regierungsrat den Antrag auf Genehmigung derselben. Die erwähnten Gremien stimmten der Vereinbarung in der Folge zu.

Die Vertragsparteien vereinbarten demnach im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung im Kanton Aargau

die Koordination oder Konzentration der hochspezialisierten und gewisser Bereiche der spezialisierten Medizin sowie im nicht-medizinischen Bereich (IT, Logistik etc.) zwischen der KSA AG und der KSB AG.

Zur Erreichung dieses Zwecks vereinbarten die Vertragsparteien:

- a) die Überprüfung der IVHSM-Disziplinen (Oesophaguschirurgie, Leberchirurgie, Pankreas-Chirurgie, komplexe bariatrische Chirurgie, tiefe Rektumchirurgie) in Bezug auf die Konzentration des Leistungsauftrags gemäss den Vorgaben des Fachorgans HSM,
- b) eine laufende Überprüfung von Disziplinen, die der IVHSM unterstellt werden sollen, in
- c) Bezug auf die Konzentration des Leistungsauftrags,
- d) Projekte zur Koordination oder Konzentration von Leistungsaufträgen im Hinblick auf die
- e) Spitalliste 2015,
- f) das Verfahren für die Abwicklung beschlossener und für die Initialisierung neuer Projekte
- g) zur Koordination oder Konzentration,
- h) die Organisation, bestehend aus einem Synergierat und einem Fachorgan.

Die Vereinbarung gilt unbefristet. Sie kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Jahr auf Ende eines Kalenderjahrs gekündigt werden, erstmals per 31. Dezember 2014.

2.7.3 Würdigung

Die Vereinbarung ist in einem kurzen, intensiven Strategieprozess entstanden. Das Ziel, einen strategischen Konsens zwischen Eigentümerversammlung und Häuserversammlung zu erreichen, der politisch mehrheitsfähig ist, konnte ansatzweise erreicht werden:

Erstens besteht Konsens darüber, dass im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung im Kanton Aargau eine Koordination oder Konzentration der hochspezialisierten und gewisser Bereiche der spezialisierten Medizin zwischen den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden stattzufinden hat.

Zweitens kann davon ausgegangen werden, dass dieses Ziel auch in der politischen Diskussion im Grundsatz nicht bestritten ist, zumal es schon in der heutigen GGpl strategische Aussagen gibt, die sich sowohl unter dem Titel Spitalversorgungskonzept als auch unter dem Titel Finanzierbarkeit zur Notwendigkeit von Koordination und Konzentration aussprechen.

Drittens ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass der Vereinbarungsinhalt zwar konkret und verbindlich ist, Disziplinen, in denen Koordination, Konzentration und Synergienutzung stattfinden sollen, jedoch nicht benennt. Einen entsprechenden Anhang mit der Auflistung von Disziplinen, deren Konzentration geprüft werden sollte, stellte das Departement Gesundheit und Soziales zur Disposition, um den Abschluss der Vereinbarung durch die Häuserversammlungen nicht zu gefährden. Ansonsten hätte die Gefahr gedroht, dass der Strategieprozess ohne konkretes Ergebnis gescheitert wäre. Immerhin wurden die im erwähnten Anhang genannten Disziplinen zuvor durch eine Arbeitsgruppe selektioniert, in der auch der Leiter Arztendienst des KSA und der Leiter ärztlicher Dienst des KSB vertreten waren.

Viertens ist nach Abschluss des Strategieprozesses nicht um die Feststellung herumzukommen, dass die strategischen und operativen Spitzen von KSA und KSB zwar leidlich guten

Willen manifestieren, wenn es um Koordination, Konzentration und Synergienutzung geht. Sobald die Diskussionen aber konkret werden und es schon nur um einen ehrlichen Interessenttausch (statt um Gewinner und Verlierer) geht, verfallen beide Häuservertretungen in bekannte Reflexe.

Fünftens resultiert aus diesen Reflexen eine Haltung, die den Binnenwettbewerb zwischen den beiden Häusern in Relation zu den interkantonalen Herausforderungen, welche die neuen Regeln der Spitalfinanzierung bieten, markant überbewertet. Gleichzeitig werden die übergeordneten Herausforderungen, die sich zum Beispiel mit Blick auf die künftige Rekrutierung von medizinischem und pflegerischem Personal, aber auch hinsichtlich der Integrierten Versorgung ergeben, tendenziell unterbewertet. Mit Verweis auf diese Haltung ist auch der in den Medien im August 2012 ansatzweise ausgebreitete Konflikt um die Erhaltung des Spitzenmedizin-Standorts Aargau am Beispiel der komplexen Viszeralchirurgie zu werten. Erst durch den expliziten Hinweis des Departements Gesundheit und Soziales darauf, dass dem Kanton Aargau der Verlust dieser IVHSM-Disziplin drohen könnte, sollten sich KSA und KSB nicht im Sinn des Fachorgans IVHSM bewegen, führte zu einem gemeinsamen Vorgehen im nordwestschweizerischen Kontext. Ob die Bemühungen erfolgreich sind, wird sich noch weisen müssen.

2.8 IVHSM (insbesondere grosse Viszeralchirurgie)

Aufgrund der von der Bundesversammlung am 21. Dezember 2007 beschlossenen Änderung der Vorschriften des KVG über die Spitalfinanzierung bestimmt Art. 39 KVG, dass die Kantone im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu einer gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung verpflichtet sind. Für den Fall, dass die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen sollten, sieht das Gesetz zudem vor, diese Planung dem Bundesrat zu übertragen. Zu berücksichtigen sind auch die Anstrengungen zur vermehrten Aufgabenteilung zwischen den Universitäten, wie sie die Hochschulgesetzgebung vorsieht. Ursprünglicher Anstoss für eine gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin war die Erkenntnis, dass sich neue medizinische Technologien zunehmend als Kostenfaktor niederschlagen. Zudem verspricht man sich von einer Konzentration solcher Angebote eine bessere Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen und eine bessere Qualität.

Aktuell läuft ein Verfahren zur Konzentration der hochspezialisierten Viszeralchirurgie. Die Chirurgie der Speiseröhre, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des tiefen Enddarms und der Adipositas (bariatrische Chirurgie) sollen zusammengefasst werden. Im Kanton Aargau werden alle fünf betroffenen Behandlungen von mehreren Spitälern mit unterschiedlichen Fallzahlen angeboten. Ohne Änderung der heutigen Praxis werden nicht mehr alle dieser Eingriffe im Kanton Aargau angeboten werden können, da die Fallzahlen pro Standort zu gering sind. Es drängt sich deshalb eine Kooperation zwischen den grossen Kliniken mit einer Konzentration von Behandlungen an einem einzigen Standort auf, damit das Angebot innerkantonal erhalten bleibt. Passiert dies nicht, so ist mit dem Verlust einzelner hochspezialisierter viszeralchirurgischer Behandlungen, zumindest mit dem Verlust der Speiseröhrenchirurgie zu rechnen. Die Kantonsspitäler Aarau und Baden haben darum eine Vereinbarung mit dem Universitätsspital Basel und dem Kantonsspital Liestal über die hochspezialisierte viszerale Chirurgie getroffen und wollen damit das Angebot im Kanton Aargau sichern. Es ist dabei aber absolut notwendig, die Behandlungsorte zu definieren, da die IVHSM keine

Leistungsaufträge an eine Vereinbarungsgemeinschaft vergibt, welche die Verteilung unter sich ausmacht. Damit sind die Vereinbarungspartner gezwungen, bereits im Vorfeld die Behandlungszentren zu definieren, damit die Koordination untereinander spielt. Prof. Peter Suter⁵ hat dies den Spitälern schriftlich und anlässlich des Strategieprozesses auch mündlich mitgeteilt. Zudem hat die Vorsteherin des Departements Gesundheit und Soziales in ihrer Eigenschaft als Vizepräsidentin des Beschlussorgans im Rahmen des Strategieprozesses zwischen der Eigentümerversammlung sowie KSA und KSB deren strategische und operative Führungspersonen in gleichem Sinne auf die geltenden Regeln hingewiesen. Die erwähnten Bedingungen haben ihren Niederschlag in der Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung gefunden, die das Resultat des Strategieprozesses ist.

Die IVHSM plant für die kommenden Jahre eine Analyse der Onkologie, der Kinderonkologie, der Kinderkardiologie und der Kinderherzchirurgie. Das Departement Gesundheit und Soziales hat die Leistungserbringer im Rahmen des Strategieprozesses darauf aufmerksam gemacht. Der Regierungsrat erwartet deshalb im Hinblick auf den Zuteilungsprozess im Rahmen der IVHSM eine frühzeitige Bildung von Synergien, um die genannten Disziplinen weiterhin im Kanton Aargau anbieten zu können.

2.9 "Gutachten" Oggier/Komitee "Wettbewerb statt Planwirtschaft"

Nachdem die Kommission GSW den Anträgen des Regierungsrats in der (11.251) Botschaft Zentralspital mit 12:1 Stimmen gefolgt war, trat das Komitee "Wettbewerb statt Planwirtschaft in der Aargauer Spitallandschaft" auf den Plan und erreichte innert kurzer Zeit einen Meinungsumschwung. In der Debatte im Grossen Rat folgte am 11. Dezember 2011 die Rückweisung der Vorlage, unter anderem auch mit dem Hinweis darauf, es fehlte eine ökonomische Darstellung der Varianten. Das Komitee hat beim unabhängigen Gesundheitsökonom Willy Oggier ein "Gutachten" in Auftrag gegeben, worüber am 18. September 2012 in Aarau berichtet wurde. Komiteemitglied Prof. Andreas Binder, Baden, sagte dazu, man habe beim Widerstand gegen die vom Regierungsrat favorisierte Variante nie das Kantonsspital Aarau im Visier gehabt, sondern bei der Analyse der (11.251) Botschaft Zentralspital vielmehr festgestellt, dass diese erhebliche Mängel aufweise und eine Variante "Weiterentwicklung des Status quo mit zwei selbstständigen Spitälern" gar nicht untersucht habe. Allerdings geht der Bericht Oggier mit keinem Wort auf die ökonomischen Aspekte ein. Oggier lehnt alle drei Varianten des Zentralspitalberichts ab und bewertet die vom Regierungsrat favorisierte Variante eines Zentralspitals an zwei Standorten mit konsequenter organisatorischer Aufteilung der Leistungen am schlechtesten. Er macht dazu lediglich qualitative Aussagen und vermeidet es, die finanziellen Aspekte der Varianten darzustellen.

⁵ Geboren 1940, Honorarprofessor der Universität Genf. Präsident des Fachorgans hochspezialisierte Medizin (HSM). Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004–2011), Chefarzt der Abteilung für Chirurgische Intensivmedizin am Universitätsspital Genf von 1982–2005 und Ordinarius für Intensivmedizin 1995–2005 daselbst.

Der Regierungsrat hält zum Bericht Oggier fest, dass es sich dabei mehr um eine Meinungs- äusserung denn um ein Gutachten handelt. Inhaltlich macht der Regierungsrat geltend, dass der Kanton selbstredend daran interessiert ist, wenn möglichst viele Behandlungen mit hoher Ergebnisqualität in den aargauischen Spitälern durchgeführt werden können. Dies jedoch nicht, weil die Kosten dadurch sinken würden, denn die Subjektfinanzierung bedingt einen Beitrag der öffentlichen Hand an jeden Behandlungsfall. Das Interesse besteht vielmehr da- rin, eine möglichst hohe Wertschöpfung zu generieren und einen möglichst hohen Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen in Form von Ausgaben für Konsum und Steuern wieder in die lokale Wirtschaft zurückfliessen zu lassen.

Der Bericht Oggier zeigt aus Sicht des Regierungsrats keinerlei Lösungswege auf, die im Licht der Verpflichtung einer Kostenstabilisierung gemäss den Beschlüssen des Grossen Rats zu den Anträgen in der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik notwendig sind. Er hält mit Verweis auf die Interessen der Patientinnen und Patienten am bisherigen Aargauer Binnenwettbewerb fest und blendet den Aspekt der zunehmenden Qua- litätsansprüche an eine immer komplexere Medizin mit steigendem Mangel an Fachkräften aus. Schliesslich fordert der Bericht die Regierung auf, den Kantonsspitälern möglichst rasch grünes Licht für Investitionen zu geben, da sie sonst von den umliegenden Kantonen und Spitälern endgültig abgehängt werden. Der Verfasser verkennt dabei, dass seit der Ver- selbstständigung der Spitäler die Auslösung von Investitionen Sache der Häuser selbst ist und kein grünes Licht der Regierung braucht.

2.10 Ökonomische Situation der Häuser

Die Prognosen über die Jahresabschlüsse 2012 von KSA und KSB sind mit zahlreichen Schätzungen behaftet, da mit der Systemumstellung teilweise andere Regeln gelten. Die grossen Unsicherheitsfaktoren bleiben die Tarifsituation, da nach wie vor provisorische Ar- beitstarife gelten, sowie die Fallentwicklung (Anzahl und Kostengewichte).

Im 8-Monats-Reporting (1. Januar bis zum 31. August 2012) zeigt das KSA bei einem Um- satz von rund 350 Millionen Franken ein positives Ergebnis von 8,67 Millionen Franken, wäh- rend das KSB per Ende September 2012 mit einem Umsatz von rund 283 Millionen Franken ein positives Ergebnis von 2,61 Millionen Franken ausweist. Für die Rechnungslegung wur- den die Regeln nach REKOLE[®] (Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung von H+) verwendet. Das KSA rechnet mit einem positiven Jahresabschluss 2012 von 1,2 Mil- lionen Franken, das KSB mit einem ebenfalls positiven Abschluss von 2,9 Millionen Franken. Das KSA plant darüber hinaus Rückstellungen in einem Umfang von 15,7 Millionen Franken für das Risiko eines Tarifs, der unter dem heutigen Arbeitstarif liegt, sowie einen Betrag von 8,4 Millionen Franken für das Risiko eines Casemix-Index (CMI) ausserhalb der budgetierten Höhe. Damit entstünde ein erheblicher Betriebsverlust. Das KSB veranschlagt Rückstellun- gen von 3,6 Millionen Franken für geplante Rückbauten und Sonderabschreibungen für den Ersatz der Haustechnik in der Wäscherei sowie Fr. 445'000.– für das Tarfrisiko im Tarifver- fahren Rettungsdienst. Beide Beträge sind aber in den Erwartungen des Jahresabschlusses bereits enthalten. Beide Häuser verfügen über Fremdkapital, wobei das KSA derzeit knapp 68 Millionen Franken beansprucht und das KSB ein Darlehen von unverändert 9 Millionen Franken hat.

Zu den Tarifen liegen inzwischen die Empfehlungen des Preisüberwachers vor und werden zusammen mit den eigenen Berechnungen des Departements Gesundheit und Soziales den Versicherern und den Spitälern zur Stellungnahme unterbreitet. Danach folgt die Vorlage der Tarife zum Entscheid an den Regierungsrat. Die Befürchtungen eines Tarifs unter den heutigen Arbeitstarifen hegen beide Kantonsspitäler. Die obigen Ausführungen zeigen, dass dazu für die Spitäler nur ein kleiner Spielraum besteht. Das Risiko eines stark abweichenden CMI ist hingegen geringer.

Allerdings besteht dieses Risiko auf beide Seiten: ein zu tiefer CMI schmälert den Ertrag, während gemäss geltenden Regeln der Krankenkassen ein CMI von mehr als 2 % über Budget zurückzuerstatten ist, sofern dieser Anstieg als ungerechtfertigt beurteilt wird.

Zusammenfassend bewegen sich die beiden Kantonsspitäler Aarau und Baden in einem schmalen Raum und verfügen nur über geringe Reserven. Sie betragen im KSA rund 41 Millionen Franken, was rund 12 % des jährlichen Personalbudgets entspricht; am KSB rund 14 Millionen Franken.

2.11 Investitionsfähigkeit der Häuser

Die Kantonsspitäler haben in den letzten Jahren nur wenige Reserven bilden können. Zwar wurde der Unterhalt noch durch den Kanton getragen, jedoch von den positiven Jahreschlussaldi auch jeweils die Hälfte abgeschöpft. Die noch verbliebenen Gewinnbeträge wurden in der Regel auf die neue Jahresrechnung vorgetragen. Aufwand und Ertrag hielten sich jeweils ungefähr die Waage. In den vergangenen gut 15 Jahren wurden in den Häusern vor allem Ersatzinvestitionen und Renovationen, sowie notwendige Sanierungen wie beispielsweise die gesetzlich vorgeschriebene Asbestsanierung vorgenommen. Bei den Ersatzinvestitionen ist vor allem der Neubau von Haus 7 für die medizinische Klinik im KSA zu erwähnen, weil Haus 5 für den klinischen Betrieb nicht mehr genügte und deshalb ersetzt werden musste. Im KSB wird bereits seit einigen Jahren Zurückhaltung geübt, da hier der Komplettersatz des heutigen Spitalgebäudes unausweichlich erscheint. Investitionen in die Weiterentwicklung der Kantonsspitäler und in bauliche Veränderungen zur Optimierung der betrieblichen Prozesse, was vor allem im KSA mit seinem auf viele Gebäude verteilten Klinikbetrieb notwendig ist, stehen noch an. Der Kanton hat sich je hälftig an der Erstellung der Masterpläne beider Häuser beteiligt, welche die notwendige Weiterentwicklung analysiert und dargestellt haben.

Die Masterpläne zeigen einen grossen Investitionsbedarf. Für das KSA werden mit einem Bedarf von 900 Millionen Franken und für das KSB mit 640 Millionen Franken für einen Komplettersatz gerechnet, wobei diese Budgets bereits redimensioniert worden sind. Die Variante mit Festhalten an den beiden heutigen Standorten in der (11.251) Botschaft Zentralspital vom 10. August 2011 war bei den Anlagekosten von einem Bedarf von 1,548 Milliarden Franken bei einem Zielbestand von 901 Betten ausgegangen und kommt den Masterplanberechnungen sehr nahe. Der 10 %-Anteil an der Baserate, der 2012 als normativer Zuschlag für die Anlagenutzungskosten bestimmt wurde, ist zu gering, um neben der Finanzierung des laufenden Unterhalts auch noch grosse Neu- und Ersatzbauten mit den eigenen Mitteln finanzieren zu können. Spätestens ab 2015 ist der Beitrag der Leistungsträger an die Anlagenutzungskosten zudem kein normativer Zuschlag mehr, sondern Teil des Preises und damit Verhandlungssache. Die Spitäler sind daher auf eine Fremdfinanzierung angewiesen, welche seitens der Banken möglich ist und vom Kanton mit Finanzierungshilfen von insgesamt 1

Milliarde Franken unterstützt werden kann (§ 14e SpiG). Problematisch bei der Bankenfinanzierung ist die neue Dynamik in der Leistungsbeauftragung, welche den Häusern nicht mehr zeitlich praktisch unbeschränkte Leistungsaufträge zugesteht, denn die Gestaltung der Spitalisten durch die Kantone muss aufgrund des Wettbewerbgedankens in der Spitalplanung immer Spielraum für neue Angebote beziehungsweise neue Anbieter lassen. Bestehende Anbieter dürfen deshalb nicht ohne weiteres davon ausgehen, unbeschränkt im Markt bleiben zu können. Dieser Umstand wirkt sich auf die Kreditvergabe und dabei sicher auch auf Höhe des Zinssatzes aus. Gleichzeitig profitieren die Spitäler dabei jedoch von den hohen Vermögenswerten, die mit der Übertragung der Spitalimmobilien an die Spitalaktiengesellschaften übergegangen sind. Die Bilanzen der Kantonsspitäler haben dadurch eine erhebliche Aufwertung erfahren und bieten Sicherheiten für die Kreditgeber, obwohl die Kantonsspitäler in der Nutzung der übertragenen Werte nicht frei sind (§ 14f SpiG). Bei den Finanzierungshilfen des Kantons erweist sich die kurze Laufzeit von 12 Jahren als Problem, denn die Abschreibungsdauer für ein Spitalgebäude ist deutlich länger. Nach REKOLE[®] beträgt sie heute gesamtschweizerisch für die Gebäude $33 \frac{1}{3}$ Jahre, Installationen 20 Jahre, mobile Sachanlagen 10 Jahre und medizintechnische Anlagen 8 Jahre. Für die Spitalbauten der Regionalspitäler des Kantons Aargau wurde die 25-Jahres-Abschreibungsregel verwendet (§ 14d SpiG). Auch für die Kantonsspitäler kann im Durchschnitt aller Anlagen von dieser Dauer ausgegangen werden. Dies ist bei der Übertragung der Spitalimmobilien der Kantonsspitäler von externen Experten so bestätigt worden. Zwar ist die Bestimmung in § 14e SpiG auf gesamthaft 24 Jahre ausgelegt und kommt damit bereits zeitlich in die Nähe der 25 Jahre. Diese Dauer ergibt sich jedoch zur Hälfte aus der 12-jährigen Übergangsfrist für die Gewährung von Finanzierungshilfen und ändert nichts an der Rückzahlungsfrist von 12 Jahren. Es ist zu erwarten, dass die Spitäler eher höhere Beträge beanspruchen müssen, was bei einer kurzen Abschreibungsdauer zwar in der Summe über 12 Jahre zu einer kleineren Zinsbelastung führt, jedoch sehr hohe jährliche Zahlungen an den Kapitalgeber verursacht. Die folgenden Tabellen zeigen die Amortisation und Verzinsung über 12 und 25 Jahre beispielhaft auf. Den Berechnungen liegt der erwartete Refinanzierungszinssatz von 2 % plus der Zuschlag von 0,5 % gemäss § 14e Abs. 2 SpiG zugrunde. Heute liegen die Marktzinsen auf einem historisch gesehen äusserst tiefen Niveau. In den nächsten Jahren ist aufgrund der Wirtschaftsentwicklung und einer restriktiveren Geldpolitik der Notenbanken mit einer Anhebung des Zinsniveaus zu rechnen. Deshalb wird bei den Planungsannahmen von einem Zinssatz von 2 % ausgegangen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden ein durchschnittlicher Zinsbetrag verwendet und nicht ein jährlich alternierender, sowie allfällige Veränderungen des Zinssatzes ausser Acht gelassen.

2.11.1 Amortisation und Verzinsung

Amortisation und Verzinsung über 12 Jahre (gerundet)

Anlagesumme (in Franken)	100'000'000	200'000'000	500'000'000
Amortisation (in Franken)	8'333'333	16'666'667	41'666'667
Verzinsung 2,5% (2,0 + 0,5%) (in Franken)	1'250'000	2'500'000	6'250'000
Total pro Jahr (in Franken)	9'583'333	19'166'667	47'916'667
Total ganze Laufzeit (in Franken)	115'000'000	230'000'000	575'000'000

Amortisation und Verzinsung über 25 Jahre (gerundet)

Anlagesumme (in Franken)	100'000'000	200'000'000	500'000'000
Amortisation (in Franken)	4'000'000	8'000'000	20'000'000
Verzinsung 2,5% (2,0 + 0,5%) (in Franken)	1'250'000	2'500'000	6'250'000
Total pro Jahr (in Franken)	5'250'000	10'500'000	26'250'000
Total ganze Laufzeit (in Franken)	131'250'000	262'500'000	656'250'000

Die Tabellen zeigen die Belastung des Kapitalnehmers bei verschiedenen Laufzeiten auf und weisen bei kurzen Laufzeiten erhebliche Summen pro Jahr aus. Es besteht damit bei kurzen Laufzeiten ein gewisses Risiko für den Kapitalnehmer, den Verpflichtungen nicht nachkommen zu können. Dies gilt umso mehr, als die Spitäler auch bei anderen Schuldner Verpflichtungen haben (vgl. Kapitel 2.10) und die Zinssätze heute auf einem Tief sind, das sich nicht mehr lange fortsetzen wird. Die Jahresraten sind unter den oben genannten stabilen Bedingungen bei einer 12-jährigen Amortisation gegenüber einer 25 Jahre dauernden Abschreibung um den Faktor 1,75 höher. Dies gilt es bei der Beurteilung der Rückzahlungsfähigkeit der Spitäler zu bedenken, welche in den kommenden Jahren mit degressiven Tarifen rechnen müssen. Bereits für das Jahr 2013 sind verbreitet tiefere Basispreise zu erwarten.

2.12 Stand der Kooperationen zwischen den Häusern

KSA und KSB arbeiten seit langem nach einer gestaffelten Versorgung: Patienten mit einfacher zu behandelnden Krankheiten wie Lungenentzündung, Blutgerinnsel im Bein, Hämorrhoiden, Schlaganfälle ohne Komplikationen und vieles andere mehr werden in beiden Häusern behandelt, bestimmte Krankheiten jedoch nur im KSA, weil hier die Geräte und Expertise für die Versorgung zur Verfügung stehen. Das trifft zum Beispiel für Patienten mit lebensbedrohlichen Verletzungen mehrerer Körperbereiche zu oder für Patienten mit Hirnblutungen. Patienten mit noch komplizierter zu behandelnden Krankheiten, etwa eine Herzschwäche, die eine Transplantation erfordert, überweisen die KSA-Ärzte an ein Unispital. Die Teams von KSA und KSB arbeiten bei der Koordination und Triagierung der Patienten seit langem als eingespieltes Team. Viele Patienten werden heute schon durch die Ärzte beider Spitäler gemeinsam behandelt.

KSA und KSB versuchen laufend, weitere Kooperationen aufzubauen. Neu hat das KSB beispielsweise eine eigene Strahlenstation eingerichtet. Ein Oberarzt aus der Strahlenmedizin am KSA behandelt nun KSB-Patienten vor Ort radiotherapeutisch.

Zusammenfassend bestehen gemäss den Jahresberichten 2010 und der Präsentation der Spitzen beider Häuser in der Kommission GSW am 28. Februar 2011 aktuell folgende Kooperationen:

Kooperationen mit völlig gemeinsamem stationärem klinischem Angebot an einem Standort

1 (Nuklearmedizin)

Kooperationen mit gemeinsamen klinischen Angeboten an beiden Standorten (Lead KSA)

4 (Invasive Kardiologie, Radio-Onkologie und Mikrobiologie unter fachlicher Leitung des KSA; Kinderchirurgie)

Kooperationen mit Angebot an beiden Standorten

2 (Gefässchirurgie mit Notfalldienst nur am KSA; spezialisierte Laborleistungen unter fachlicher Leitung des KSA)

Kooperationen bei Infrastrukturangeboten

3 (afsain (Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege "afsain" (KSA), Einkauf von Material und Pharmazie, Wäscherei)

2.13 Projekt Augenklinik KSA – Pallas Gruppe

Im Zusammenhang mit den Kooperationen ist das Projekt der gemeinsamen Augenklinik des KSA und der Pallas Holding AG Olten zu erwähnen. Im Jahr 2011 plante das KSA eine Kooperation mit Pallas im augenmedizinischen Bereich mit einer gemeinsamen, hochmodernen Augenklinik mit Standorten unter anderem in Aarau. Dabei hätten die beiden Partner Pallas Holding AG und KSA AG ihre augenmedizinischen Aktivitäten in einer neuen gemeinsamen Holding-Gesellschaft zusammengeführt. Die neue Gesellschaft plante an zentraler Lage in Aarau eine Tagesklinik zur ambulanten augenmedizinischen Versorgung der Region Aarau zu eröffnen und die stationären Leistungen am Kantonsspital Aarau einzukaufen. Dieses Vorgehen hätte beiden Partnern eine weitere Konzentration auf die eigenen Kernkompetenzen und eine Bündelung der jeweiligen Stärken erlaubt. Die KSA AG hätte durch dieses Vorgehen Marktanteile zurückgewinnen können, die sie in der Vergangenheit an die Pallas Holding AG verloren hat. Zudem hätte die Pallas Holding AG auf die Eröffnung einer eigenen Filiale in Aarau als Konkurrenz zum Kantonsspital verzichtet. Das Kantonsspital Aarau war mit der Pallas-Gruppe auch deshalb ins Gespräch gekommen, weil die Konkurrenzsituation sich durch eine geplante Expansion der Pallas-Kliniken in den Kanton Aargau zu verschärfen drohte. Das Projekt scheiterte schliesslich am Widerstand der Ärzteschaft. Das KSA betreibt seine Augenklinik im bisherigen Umfang weiter. Die Pallas Gruppe wird Anfang 2013 die geplante hochmoderne Tagesklinik an zentralster Lage in Aarau als eigenen Betrieb eröffnen. Es ist abzusehen, dass diese Klinik am Standort Aarau in kürzester Zeit die mit der Klinik in Olten bereits bestehende Konkurrenz ganz erheblich verschärfen wird. Das Projekt hatte ideell die Tür zu einer neuen Dimension von Kooperationen im Aargauer Spitalbereich auf-

gestossen, indem es die Grenzen der Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag überschreiten und Zusammenarbeit auf eine Sachebene stellen wollte.

2.14 Redimensionierung Masterplanungen

Die Masterplanungen haben beide Häuser mit Unterstützung der Firma UCM aus Hamburg vorgenommen. Das KSA rechnet im Vollausbau mit einer Zentralisierung der gesamten Infrastruktur, einer Neuorganisation der Zufahrt und allen Baumassnahmen über 13 Jahre unter laufendem Betrieb mit Kosten von rund 900 Millionen Franken, das KSB mit einem kompletten Ersatz des bisherigen Spitalgebäudes und einem Zeithorizont von rund 10 Jahren mit rund 640 Millionen Franken. Inzwischen hat das KSA die Planung redimensioniert. Im Zentrum der Diskussion standen (und stehen) insbesondere die Zumutbarkeit für Bau, Betrieb und die Mitarbeitenden, die Finanzierung sowie die Sorge, dass mit einem Bauvorhaben dieser Grössenordnung dringliche, vor allem räumliche Bedürfnisse, nicht in nützlicher Frist gelöst werden können. Von der Realisierung in einem einzigen Zentralgebäude wird deswegen vorerst abgesehen. An der Idee einer prozessorientierten räumlichen Gestaltung aber wird nach wie vor festgehalten. Die Umsetzung soll in verschiedenen Etappen mit unterschiedlichen Bauvorhaben erfolgen. Damit können akute räumliche Bedürfnisse schneller befriedigt und die Finanzierbarkeit auf eine tragfähigere Basis gestellt werden. Um die im Masterplan konzipierten Flächen in eine echte Raumplanung überführen zu können, wurden mit den betroffenen Nutzern die Evaluationsgespräche gestartet.

2.15 Investitionen und Weiterentwicklung der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG)

Auch das dritte Kantonsspital, die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG), stehen vor wichtigen Veränderungen. In der Psychiatrie verschieben sich die Behandlungen ebenfalls immer mehr aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Zudem werden die stationären Aufenthaltsdauern kürzer. Hinzu kommt die Aufhebung der Langzeitstationen, indem die Patientinnen und Patienten mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen neu in spezialisierten Institutionen der Langzeitpflege behandelt und betreut werden. Die Infrastruktur der PDAG ist wie jene der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler teilweise alt und verbraucht und muss im Hinblick auf eine gute Dienstleistung in der Zukunft erneuert werden. Die PDAG plant eine umfassende bauliche Sanierung und teilweise den Ersatz bestehender Gebäude durch moderne Infrastrukturen.

3. Beurteilung der Entwicklung seit der Rückweisung

3.1 Interkantonales Umfeld

Das interkantonale Umfeld hat sich im Jahr 1 der neuen Spitalfinanzierung äusserlich nicht verändert. Alle bisherigen Spitäler und Kliniken sind im Markt vertreten und kurzfristig hat es keine Verschiebungen gegeben. Diese Situation darf nicht darüber hinweg täuschen, dass sich das Spitalumfeld rasant verändern wird, sobald die neue Systematik ihre Wirkung voll entfaltet hat. Damit sind vor allem die Spitalplanungen gemeint, die teilweise deshalb noch nicht umgesetzt werden konnten, weil Rechtsmittelverfahren gegen die Entscheide anhängig gemacht wurden und die Spitäler ihre Leistungen aufgrund der aufschiebenden Wirkung wie

bisher anbieten. Damit sind aber auch die Tarife gemeint, die sich im Jahr 2012 kaum von den bisherigen Modellen unterscheiden und alle noch nicht genehmigt sind. Sollten einmal Tarife zur Anwendung kommen, welche den Vorstellungen der Preisüberwachung vollständig entsprechen und damit trotz Teuerung und Weiterentwicklung um ca. 6–13 % unter den heutigen Ansätzen liegen könnten, ist ein Erhalt der heutigen Spitalstrukturen nicht mehr gewährleistet.

Im Weiteren bestehen im Kanton Zürich Projekte zum Aufbau von Produkten in der Rehabilitation, welche die Kliniklandschaft im Kanton Aargau mittelfristig betreffen könnten. Die Patientenströme haben sich gemäss ersten Hochrechnungen bisher nicht wesentlich verändert und die neue Freizügigkeit bezüglich der Spitalwahl wird offenbar kaum genutzt.

3.2 Innerkantonales Umfeld

Im Kanton Aargau gibt es 12 Spitäler mit einem akutsomatischen stationären Angebot: die Kantonsspitäler Aarau und Baden, die Regionalspitäler Zofingen, Muri, Gesundheitszentrum Fricktal (Standorte Rheinfelden und Leuggern), Menziken und Leuggern, die Hirslanden Klinik Aarau, die Villa im Park Rothrist, die Klinik Barmelweid, das Geburtshaus Storchenäsch Othmarsingen und die Klinik für Schlafmedizin in Bad Zurzach. Alle Spitäler sind mit einem mehr oder minder umfassenden Leistungsangebot auf der Aargauer Spitalliste. Während die beiden Kantonsspitäler und die Hirslanden Klinik neben einer gut ausgebauten Grundversorgung auch ein breites Angebot im spezialisierten und teilweise hochspezialisierten Bereich haben, sind die Regionalspitäler vorwiegend in der Grundversorgung tätig. Besonders das Geburtshaus Storchenäsch Othmarsingen und die Klinik für Schlafmedizin in Bad Zurzach sind nur in Nischen des medizinischen Spektrums aktiv. 2011 wurden in den hier dargestellten Spitälern 87'279 Fälle behandelt, wovon 51,7 % und damit gut die Hälfte mit 45'054 Fällen in den beiden Kantonsspitälern. Alle Aargauer Spitäler sind privatrechtlich organisiert und befinden sich mit Ausnahme der Kantonsspitäler Aarau, Baden und Königsfelden in privatem Eigentum.

Auch innerkantonale sind bisher keine Verschiebungen feststellbar. Alle Leistungsanbieter sind mit einem Angebot am Markt, das sich gegenüber 2011 nur unwesentlich verändert hat. Es wird zu analysieren sein, wie sich die inner- und interkantonalen Patientenströme entwickeln und wie sie sich auf das Angebot im Kanton Aargau auswirken. Zu erwähnen sind in diesem Kontext auch die Zusammenarbeitsprojekte der beiden Kantonsspitäler mit Regionalspitälern und anderen Kliniken sowie weiteren Leistungserbringern, die seit Jahren bestehen und weiterhin funktionieren. Als Beispiele dienen die Zusammenarbeit im Bereich Dialyse zwischen dem KSB und dem Kreisspital Muri, der Radiologie zwischen dem KSB und dem Regionalspital Leuggern sowie die Kooperation im Bereich der pharmazeutischen Versorgung des KSA und des KSB mit verschiedenen Häusern.

3.3 Wettbewerbsfähigkeit (innerkantonale, interkantonale)

Die Wettbewerbsfähigkeit der Aargauer Spitäler darf als konstant bezeichnet werden, indem die Leistungsangebote praktisch unverändert und gut ausgelastet sind. Es besteht ein gewisser Binnenwettbewerb zwischen den Kantonsspitälern, während die Regionalspitäler sich aufgrund ihrer Positionierung nicht gegenseitig konkurrenzieren.

Es ist allerdings festzustellen, dass derzeit sichtbare Perspektiven der Kantonsspitäler, über die Kantonsgrenzen hinweg neue Versorgungs- oder gar Zentrumsaufgaben übernehmen zu wollen, weitgehend fehlen. Vielmehr konzentrieren sich die beiden Häuser auf ihre bisherige Position mit einer breiten Grundversorgung und möglichst vielen spezialmedizinischen Angeboten für die lokale Bevölkerung sowie den Erhalt von neu als hochspezialisiert eingestuftem Angeboten.

Die neue Spitalfinanzierung legt jedoch eine neue Angebotsstrategie nahe. Die Spitäler und Kliniken im Umfeld des Kantons Aargau beginnen sich augenfällig an die veränderten Wettbewerbsverhältnisse anzupassen. Sie machen sich fit, ihr Wirkungsgebiet zu vergrössern und zielen ganz klar auch auf die aargauischen Regionen ab. Daraus folgt, dass die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler Gefahr laufen, ihre Entwicklung selber zu blockieren und das Feld der (ausserkantonalen) Konkurrenz zu überlassen, wenn sie in der Angebotspolitik nicht zu einer starken Einheit werden. Neuausrichtungen von Spitälern müssen aktiv und strategisch vorgenommen werden und haben bei der Einführung von neuen Finanzierungsregeln die besseren Chancen auf Erfolg als bei einem reaktiven Nachvollzug. In Deutschland wurde die Erfahrung gemacht, dass nicht zwingend die grösseren, zum Beispiel die Universitätsspitäler, die kleineren Spitäler, sondern die schnelleren die langsameren überholen. Wachstum und Erfolg haben also nicht unbedingt mit Grösse zu tun, sondern mit unternehmerischem Denken, Flexibilität und hoher Reaktionsfähigkeit. Dies machen die deutschen Spitalgruppen Fresenius, Rhön und Ameos vor, welche defizitäre Spitäler aufkaufen und bisher in Deutschland und Österreich aus 56 unrentablen Spitälern und Kliniken profitable Betriebe gemacht haben. Dies gelang ihnen, weil sie durch ihre starke Marktposition die Sachkosten um 10-15 % senken und gleichzeitig die Erlöse mit neuen Angeboten um bis zu 33 % erhöhen konnten. Gleichzeitig haben sie konsequent Verbundlösungen für Spitäler mit unter 100 Betten umgesetzt und sich auf eine gute Grundversorgung fokussiert, während die Spezialversorgung nicht breitflächig, sondern punktuell und dort mit guten Zahlen angeboten wird. Darüber hinaus bleibt das Kantonsspital Aarau ein Zentrumsspital, welches sich im Rahmen der IVHSM-Disziplinen, des Campus Universität Basel sowie der Pädiatrie über die Kantonsgrenzen hinaus etabliert hat.

Im Wettbewerbskontext ist schliesslich zu erwähnen, dass dezidiert Abstand genommen werden sollte von einer Angebotspolitik, welche Leistungen ohne durchgehend nützliche oder notwendige Indikationen zum Inhalt hat, auch wenn genau das aus Gründen des Wettbewerbs in bestimmten Segmenten des Gesundheitswesens vorkommt. Im Gesundheitswesen herrscht ein ausgesprochener Anbietermarkt, der ein sehr emotional besetztes Gebiet beschlägt, weil die eigene Gesundheit für jeden Menschen ein persönlich hohes Gut darstellt. Die Gesundheit ist zudem gemäss übereinstimmenden Untersuchungen aus verschiedenen Ländern und verschiedenen Jahren für den Menschen das wichtigste Gut in seinem Leben. Entsprechend sind die Bürgerinnen und Bürger auch bereit, überproportional viel dafür aufzuwenden. Unter diesem Aspekt scheint es ohne weiteres möglich, mit Untersuchungen und Behandlungen Geld zu verdienen, weil trotz nicht immer notwendigen oder nützlichen Indikationen Einkünfte generiert werden können. Dies trägt unter dem Strich mehr zum Anstieg der Gesundheitskosten als zu einer optimalen Betreuung des Patienten bei, vermittelt den Behandelten aber wenigstens vordergründig Sicherheit. Der sogenannte gesunde Wettbewerb im Gesundheitswesen orientiert sich leider nicht immer am bestmöglichen Nutzen für die Betroffenen – den Patientinnen und Patienten sowie ihren Umfeldern.

3.4 Zusammenhang zwischen spezialisierter und hochspezialisierter Medizin

Spezialisierte und hochspezialisierte Medizin unterscheiden sich von der Grundversorgung durch die Notwendigkeit von besonders qualifiziertem Fachpersonal und speziellen Infrastrukturen. Die hochspezialisierte Medizin wiederum hebt sich von der spezialisierten Medizin durch ihre Seltenheit, ihr hohes Innovationspotential, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren ab, wobei für die Zuordnung immer mindestens drei der genannten Kriterien und immer das der Seltenheit erfüllt sein müssen. Hochspezialisierte Medizin ist also per definitionem praktisch immer aufwendig und kann nur geringe Behandlungszahlen aufweisen. Die Kantone haben deshalb im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination und der Konzentration der hochspezialisierten Medizin vereinbart. Zur Erreichung dieses Zwecks und in Erfüllung der einschlägigen Vorgaben des Bundes in Art. 39 KVG bekennen sich die Kantone zu einer gemeinsamen Planung und Zuteilung der hoch spezialisierten Medizin, geben also die Planungshoheit an den Bund ab.

Spezialisierte und hochspezialisierte Medizin haben gewisse Nahtstellen, indem beispielsweise Infrastrukturen mehrfach verwendet werden können. Hochspezialisierte Medizin ist in der Regel auf das Vorhandensein von spezialisierter Medizin als Basis angewiesen, damit sekundäre Leistungen wie Intensivbehandlungen als Folge einer hochspezialisierten Behandlung im gleichen Haus vorhanden sind. Sie ist explizit an ein Spital gebunden und kann nicht im Verbund angeboten werden; das heisst, Leistungsaufträge werden nicht einer Gemeinschaft von Kliniken, sondern einem einzelnen Spital erteilt. Dies erzwingt eine Konzentration von hochspezialisierten Angeboten auf wenige Spitäler. Im Licht steigender Ansprüche an die Qualität und einem zunehmenden Mangel an hochqualifizierten Fachkräften wird es dann möglich, hochspezialisierte Leistungen weiterhin innerhalb der Schweiz zu erbringen, jedoch nicht mehr unbedingt in jedem Zentrumsspital. Der Kanton Aargau mit seiner breiten Abdeckung an Spitalleistungen ist gefordert, seine grossen Spitäler zu einem gemeinsamen Auftreten zu bewegen, um weiterhin hochspezialisierte Medizin anbieten zu können beziehungsweise diese nicht an andere Kantone zu verlieren.

3.5 Vereinbarung nach Abschluss Strategieprozess

Der Regierungsrat beurteilt den Strategieprozess und die Vereinbarung insgesamt als befriedigend, auf mittlere und lange Sicht hinaus jedoch als nicht ausreichend. Zum ersten konnte dieser wie geplant durchgeführt werden, zum zweiten führte er mit der Vereinbarung zu einem konkreten Resultat. Allerdings ist gleichzeitig festzuhalten, dass der Strategieprozess mit Blick auf den Auftrag und die Aussicht auf mehrere Optionen für die Organisation der Spezialversorgung nicht alle Erwartungen erfüllen konnte. Zwar liegt mit der Vereinbarung (und der Einsetzung von Synergierat und Fachorgan) ein zählbares Ergebnis vor, jedoch nicht eines, das Gewähr dafür bietet, dass KSA und KSB innert nützlicher Frist jene synergetischen Fortschritte erzielen, die es braucht, um im Wettbewerb, der vor allem im Spitzenbereich zunehmend durch Geschwindigkeit (und Handlungsfähigkeit) statt durch Grösse (und der Haltung "too big to fail") geprägt wird, bestehen. Es herrscht unter den Teilnehmern des Strategieprozesses Konsens, dass Koordination, Konzentration und Synergienutzung im Sand verlaufen werden, wenn es nicht wenigstens gelingt, in den IVHSM-Disziplinen zu akzeptierten Aufteilungen zu kommen.

Es sind vor diesem Hintergrund weitere Massnahmen bei der Koordination, Konzentration und Synergienutzung notwendig. Das heisst, dass die angestossene Entwicklung durch

strukturelle (organisatorische) beziehungsweise institutionelle (gesetzgeberische) Eingriffe befördert werden muss. Der Vereinbarungsweg ist dabei konsequent zu beschreiten, damit der Tatbeweis von den Beteiligten in den kommenden ein, zwei Jahren kontinuierlich erbracht werden kann. Dies vor allem auch mit Blick auf die hohe Kadenz von Entscheidungen, die auf interkantonaler Ebene im Bereich der hochspezialisierten Medizin absehbar sind und erhebliche Auswirkungen auf die Positionierung von KSA und KSB beziehungsweise des Spitalstandorts Aargau haben werden.

3.6 Expertise Prof. Peter Suter

Der Präsident des Fachorgans der IVHSM, Prof. Peter Suter, der auch als externer Fachbegleiter den Strategieprozess zwischen Eigentümergebiet, KSA und KSB betreut hat, schätzt die Situation in Bezug auf die hoch spezialisierte und spezialisierte Versorgung grundsätzlich folgendermassen ein:

"Im Spitalbereich müssen eine stärkere Koordination und Konzentration ein Thema sein. Das heisst: Besinnung auf den Grundsatz, dass nicht jedes Spital (fast) alles mit einer sehr guten Qualität anbieten kann, besonders in Fachgebieten, wo hoch qualifiziertes Personal und teure Infrastrukturen notwendig sind. Die Entwicklungen in der Schweiz gehen in Richtung eines höheren Lebensalters der Menschen, auch bei chronisch kranken Personen, wo häufig mehr als ein Organ erkrankt ist. Diese und andere Patientinnen und Patienten benötigen Leistungen der spezialisierten Medizin. Gewisse dieser Leistungen werden aber eher selten beansprucht. Als Beispiele können die Chirurgie der Wirbelsäule, der Lunge oder der grosse Gefässe dienen. Diese Eingriffe müssen nicht unbedingt in mehreren Spitälern des Kantons durchgeführt werden, denn der Aufwand an Spezialisten, erfahrem Pflegepersonal und den notwendigen Infrastrukturen in der Radiologie, im Operationssaal und für die postoperative Betreuung ist enorm und kostenintensiv. Schon heute besteht ein Mangel an kompetenten Gesundheitsfachleuten, auch im Aargau, und es müssen Wege gefunden werden, bestimmte Bereiche der spezialisierten Medizin auf weniger Spitäler zu konzentrieren. Nur so können in der Zukunft Behandlungsteams mit der nötigen Expertise beibehalten werden – das Manko an gut ausgebildeten und erfahrenen Fachleuten nimmt rasch zu.

Die meisten Patientinnen und Patienten wünschen sich eine kompetente Betreuung, erfahrene Ärzte und Pflegende, und die allermeisten nehmen auch längere Wege in Kauf. Die Entfernung vom Wohn- zum Behandlungsort spielt bei der heutigen Mobilität der Bevölkerung nur noch eine untergeordnete Rolle, wenn dafür den Ansprüchen an die menschliche Zuwendung und die Qualität der Behandlung Genüge getan werden kann. Anders ist dies natürlich bei chronischen Leiden, bei betagten Mitmenschen und bei Notfällen. Es wäre aber unredlich zu behaupten, eine nachhaltig sehr gute Medizin könne im Vollservice in Aarau, Baden, Olten, Liestal, Solothurn etc. noch für Jahrzehnte angeboten werden. Dies zuallererst deswegen, weil es nicht mehr genügend gut ausgebildete Ärzte und Pflegende gibt und es morgen noch weniger davon geben wird, um rund um die Uhr nicht nur komplexe spezialisierte Abklärungen und Interventionen durchzuführen, sondern auch nachfolgende Komplikationen rasch zu erkennen und zu behandeln. Werden jedoch seltene grosse Bauchoperationen, zum Beispiel bei gewissen Krebsleiden, im Aargau nur noch in einem Spital durchgeführt, wächst die Erfahrung des Teams durch die grössere Zahl der Interventionen, nicht nur für die Operation, sondern auch für die kritischen Stunden danach. Für die öffentliche Hand spielt dies auf der Ausgabeseite finanziell keine grosse Rolle: der Kanton muss im Rahmen der Subjektfinanzierung bei jedem Patienten seinen Beitrag genau gleich entrichten, egal, ob dieser in einem inner- oder ausserkantonalen, privaten oder öffentlichen Spital behandelt wird.

Aus diesen Überlegungen heraus ist es ein Gebot der Stunde, im Spitalbereich eine stärkere Koordination und Konzentration von spezialisierten Untersuchungen und Behandlungen anzustreben. Weder

stehen Ressourcen unbeschränkt zur Verfügung, noch erhöht sich die Leistungsfähigkeit durch eine Zersplitterung der Angebote."

3.7 Planungen und Investitionen

3.7.1 Masterplanungen

Im Rahmen der Masterplanungen rechnet das KSA im Vollausbau mit einer Zentralisierung der gesamten Infrastruktur, einer Neuorganisation der Zufahrt und allen Baumassnahmen über 13 Jahre unter laufendem Betrieb mit Kosten von rund 900 Millionen Franken, das KSB mit einem kompletten Ersatz des bisherigen Spitalgebäudes und einem Zeithorizont von rund 10 Jahren mit rund 639 Millionen Franken. Die Häuser sind dabei auf eine Fremdfinanzierung angewiesen, da der normative Anlagenutzungskostenzuschlag von 10 % auf der Base-rate im Jahr 2012 für eine Eigenfinanzierung nicht ausreichte. Dieser Zuschlag wird sich 2013 nur marginal verändern. Ursprünglich war ein Anstieg auf 11 % vorgesehen, jedoch hat der Bundesrat den Zuschlag in einem Zwischenentscheid Ende Oktober 2012 auf 9 % gesenkt. Ein Rückkommen des Bundesrats auf diesen Entscheid wird erwartet, wobei das Ergebnis vorderhand offen bleibt. Eine weitere Möglichkeit wäre es, den Anlagenutzungskostenzuschlag in derselben Grössenordnung in den Tarif einzurechnen. Eine Berechnung von UCM Hamburg für die verschiedenen Varianten Status quo (Masterpläne), Variante 1 (neues Zentralspital) und Variante 2 (virtuelles Zentralspital an 2 Standorten mit Erneuerung der Anlagen) ergibt bezüglich Investitionsvolumina einen klaren Vorteil für Variante 1: Sie ist mit 1,25 Milliarden Franken günstiger als die Realisation der Masterpläne mit einem Aufwand von 1,54 Milliarden Franken und der Variante 2 mit 1,64 Milliarden Franken. Variante 1 hat zudem die grossen Vorteile einer Neuerstellung der Infrastruktur innert möglichst kurzer Zeit ohne Störung des laufenden Betriebs, der Vermeidung von Provisorien sowie je nach Lokalisation der Möglichkeit eines Ertrags durch die Veräusserung nicht mehr benötigter Landflächen.

3.7.2 Varianten Zentralspital

Der Regierungsrat hat in der (11.251) Botschaft Zentralspital einen Variantenvergleich der Optionen Weiterentwicklung des Status quo, Zentrumsversorgung Akutmedizin an einem Standort, generelle Neuorganisation an einem einzigen, zentralen Standort sowie Kantonsspital Aargau für die Spezialversorgung an den bestehenden Standorten Aarau und Baden vorgenommen. Dies unter besonderer Berücksichtigung finanz-, gesundheits- und regionalpolitischer Aspekte. Weiter wurde die Option der Schaffung eines Zentralen Logistikzentrums (ZLZ) in den Variantenvergleich einbezogen. Dabei kam der Regierungsrat zum Schluss, dass die Variante Kantonsspital Aargau für die Spezialversorgung an den zwei bestehenden Standorten Aarau und Baden) unter Berücksichtigung von finanz-, gesundheits- und regionalpolitischen Aspekten zu bevorzugen ist.

Mit Blick und Verweis auf die geschilderten Umfeldentwicklungen verzichtet der Regierungsrat darauf, seine Anträge – ausserhalb einer Festschreibung der beiden Spitalstandorte Aarau und Baden in der GGpl 2010 – an die Umsetzung einer Variante zu knüpfen. Die (11.251) Botschaft Zentralspital wurde mit dem Schwerpunkt der Investitionsplanung erstellt, was dem Auftrag der FDP-Fraktion mit ihrem (09.302)Postulat entsprach. Inzwischen hat mit dem Wechsel zur neuen Spitalfinanzierung ein neues Modell der Leistungsabgeltung Einzug gehalten, das die Spitäler nachhaltig beeinflussen wird und zwar nicht nur in Bezug auf ihre

Immobilien, sondern im gesamten Finanzierungskontext. Zudem hat der Grosse Rat die (12.107) Botschaft zur Finanzierbarkeit der Aargauer Gesundheitspolitik zur Kenntnis genommen und die GGpl um eine Strategie 25 über die Finanzierung ergänzt und den Regierungsrat beauftragt, nach Szenario A der Botschaft zu verfahren und damit eine möglichst günstige Kostenentwicklung im stationären Bereich anzustreben. Aus diesem Grund reicht die Betrachtung der Investitionen allein nicht, um die finanzielle Entwicklung der Spitäler zu beurteilen. Vielmehr spielen Faktoren wie die Positionierung im Markt, die qualitativ hochstehende Leistungserstellung unter optimalen Bedingungen zu günstigen Kosten und damit die Nutzung von Synergien eine tragende Rolle. Der Regierungsrat hält die Verwaltungsräte von KSA und KSB im Rahmen der Eigentümerstrategien sowie der Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung in der spezialisierten Versorgung deshalb dazu an, die beiden Häuser mit Blick auf die Qualität, das Patientenwohl und die Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen als auch in Bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der künftigen Organisation der Spezialversorgung weiter zu entwickeln. Dies unter Einbezug der Investitionsfähigkeit der Häuser, der Belastung der öffentlichen Hand, der Auswirkungen auf bestehende und neue Modelle der integrierten Versorgung sowie der Möglichkeiten der Personalrekrutierung in Medizin und Pflege.

4. Handlungsbedarf

4.1 Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Aargau unter verschiedenen Aspekten (finanziell, medizinisch, nicht-medizinisch, personell, infrastrukturell, Investitionen)

Der Spitalstandort Aargau liegt verkehrstechnisch optimal erschlossen in einer Ballungsregion der Nordwestschweiz. Er ist auch für Einwohnerinnen und Einwohner der umgebenden Kantone sehr gut erreichbar und eignet sich deshalb für ein kantonsübergreifendes medizinisches Angebot. Diesen Umstand nutzen vor allem das PSI in Villigen mit der Protonentherapie von Krebserkrankungen und das Kantonsspital Aarau mit seinen Angeboten in der Neurochirurgie, der Traumatologie und der Pädiatrie aus. Der Kanton Aargau ist mit seinen 624'681 Einwohnenden (Stand 30. Juni 2012) nach Zürich, Bern und der Waadt der viertgrösste Kanton der Schweiz und stellt rund 8 % der schweizerischen Wohnbevölkerung. Der Kanton Aargau wächst zudem überproportional und wird im Jahr 2020 gemäss Angaben von Statistik Aargau eine Einwohnerzahl von 668'399 Personen aufweisen, was gegenüber heute einer Zunahme von 7 % entspricht.

Bisher sind im Kanton Aargau fünf IVHSM-Disziplinen vorhanden. Vier davon sind am Kantonsspital Aarau konzentriert. Es handelt sich um das schwere Trauma, die komplexe Stroke-Behandlung, die Neurochirurgie und die Neonatologie. Die fünfte IVHSM-Disziplin ist die Protonentherapie von Krebserkrankungen am PSI in Würenlingen. Das Kantonsspital Baden wurde bisher in der Zuteilung von IVHSM-Disziplinen nicht berücksichtigt, weil ein entsprechendes Angebot fehlte oder nicht genügend Fallzahlen vorhanden waren. Bei der aktuellen Diskussion um die Viszeralchirurgie zeigt es sich, dass die Konzentration hochspezialisierter Angebote an weniger Standorten beziehungsweise im Fall des Kantons Aargau an einem einzigen Standort die Konkurrenzfähigkeit deutlich erhöht und den entsprechenden Standort befähigt, über die Kantongrenzen hinaus tätig zu sein. Dieser wichtige Pfeiler der Wettbewerbsfähigkeit lässt sich jedoch in der heutigen Organisationsform nur errichten,

wenn die Kantonsspitäler sich auf ein gemeinsames Vorgehen einigen können. Dies gilt im Übrigen auch für die bereits angekündigten Spezialgebiete, welche gemäss HSM-Beschlussorgan in einem nächsten Schritt konzentriert werden sollen. Der Anteil an IVHSM-Fällen lässt sich aus den BFS⁶-Statistiken ablesen, wobei die letzte verfügbare Publikation des BFS⁷ sich auf das Jahr 2005 bezieht. Dort wurden 21'443 HSM-Fälle gezählt, was in Relation zu den 1'461'174 Hospitalisationen in Schweizer Spitälern einen Anteil von 1,5 % bedeutet. Es wurden für diese HSM-Fälle 536,1 Millionen Franken aufgewendet, respektive Fr. 25'000.– pro Fall, während die Fallkosten eines stationären Spitalaufenthalts 2005 bei rund der Hälfte, nämlich durchschnittlich Fr. 12'520.– lagen⁸. Auch wenn sich die Definitionen seither gewandelt und vor allem verfeinert haben gibt diese Darstellung einen Eindruck von der Grössenordnung des Aufwands für die hochspezialisierte Medizin in der Schweiz.

In der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik wurde dargelegt, dass die Infrastrukturen der Spitäler sowohl beim Bau als auch im Betrieb und Unterhalt hohe Kosten verursachen. Die (11.251) Botschaft Zentralspital zeigte bereits in ihrer ersten Fassung auf, dass – rein betriebswirtschaftlich betrachtet – eine baulich-räumliche Zusammenführung beider Kantonsspitäler an einem neuen zentralen Standort die konsequenteste und damit sowohl effektivste als auch effizienteste Umsetzung der Idee einer Bündelung der Kräfte darstellt. Durch die zentrale Abbildung des kompletten Leistungsspektrums wird eine hohe betriebliche Flexibilität erreicht, wie sie in einem wachsenden Wettbewerbsmarkt zunehmend bedeutender wird und für ein Zentrumsspital angesichts des medizinischen Fortschritts auch unabdingbar ist. Die Synergien im Rahmen der medizinischen, sekundären und tertiären Leistungserbringung können optimal genutzt werden. Mit einer Vollkonzentrationslösung werden in erster Linie teure Doppelstrukturen (Nutzflächen) aufgelöst. Wenn alle Räumlichkeiten (Spezialsprechstunden, Kliniksekretariate, Operationssäle etc.) nicht mehr doppelt vorgehalten und betrieben werden müssen, um funktionsfähig zu sein, sondern durch räumliche Konzentration zeitgemässe Organisationsformen eingeführt werden können, entstehen erhebliche Einspar- und/oder Effizienzpotenziale. Die medizinische Qualität kann aufgrund der Bündelung der Kompetenzen und des Erreichens von Mindestmengen in den einzelnen Fachgebieten gesteigert werden.

Der Auftritt als einziger Anbieter bringt den Vorteil eines starken medizinischen Zentrums mit sich, welches aufgrund der fachlichen Kompetenzen und der Patientenzahlen ohne Zweifel in der obersten Kategorie der Schweizer Spitäler angesiedelt ist und deshalb ein Zentralspital für die Nordwestschweiz und nicht nur für den Kanton Aargau allein wird. Davon würde der Kanton Aargau finanziell ganz direkt profitieren, indem er weder die möglicherweise bald separat abzugeltenden Kosten für die ärztliche Aus- und Weiterbildung noch die vorhandene Infrastruktur allein tragen müsste. Denn über den Tarif, der auch einen Anteil der Anlage--nutzungskosten enthält, zahlen alle Leistungsträger und damit auch die Herkunftskantone von Patientinnen und Patienten, die von ausserhalb in den Kanton Aargau kommen, ihren Beitrag an dieses Spital. Bei den Kosten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist zudem eine direkte Beteiligung der Wohnortskantone der Patientinnen und Patienten an die Standortkantone der Spitäler vorgesehen.

⁶ Bundesamt für Statistik

⁷ StatSanté - Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz: Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005, Bundesamt für Statistik 2007

⁸ Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Bundesamt für Statistik 2007

Der Grad der Wettbewerbsfähigkeit im interkantonalen Konkurrenzkampf entscheidet sich schliesslich an der Kooperationsstrategie der beiden Kantonsspitäler: gemeinsam übernehmen die Aargauer Kantonsspitäler ohne Zweifel eine starke Zentrumsfunktion mit einem umfassenden Angebot und einer gewichtigen Marktposition in der Nordwestschweiz. Schaffen sie das nicht, bleibt ihnen eine gut ausgebaute Grund- und Spezialversorgung ohne Zentrumsfunktion. Schliesslich ist die Bündelung möglichst vieler Angebote mit hoher Qualität – aus der Sicht der Patientinnen und Patienten betrachtet – sehr attraktiv. Die Distanz vom Wohnort zum Behandlungsort spielt bei der heutigen Mobilität der Bevölkerung dabei keine wesentliche Rolle mehr. Werden die Ansprüche an die Behandlungsqualität erfüllt, haben Patientinnen und Patienten mehr von einem breiten zentralisierten Angebot als von einer Spitalversorgung in der Nähe zum Wohnort und der Notwendigkeit, spezialisierte Behandlungen nur ausserkantonale erhalten zu können. Der Zeitpunkt für eine Zusammenführung ist jetzt ideal, denn später werden die Aargauer Spitäler von der Entwicklung in den Nachbarkantonen überholt worden sein und die Diskussion über ein Zentralspital wird sich erübrigen.

Schliesslich bleibt die Frage der personellen Situation im Gesundheitsmarkt Schweiz. Schon heute zeichnet sich ein zunehmender Mangel an hochqualifizierten Fachkräften ab und die Ausbildung von Ärzten im eigenen Land ist aus quantitativer Optik ebenso ungenügend wie jene an Pflegepersonal. Dies ist zwar erkannt, jedoch fehlen auf Bundesebene wirksame Massnahmen, um dieser Entwicklung vorzubeugen und langfristig keinen Notstand in Medizin und Pflege entstehen zu lassen. Auf Kantonsebene kann dem nur durch Konzentration der Kräfte und Bündelung des Fachwissens begegnet werden wo immer dies möglich ist. Es ist Aufgabe der strategischen politischen Ebene in den Kantonen, die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zu antizipieren und entsprechend zu reagieren.

Die Diskussion der vorstehend ausgeführten Themen zeigt deutlich, dass eine auf den innerkantonalen Wettbewerb fokussierte Strategie den Kanton Aargau mit Blick auf die realen interkantonalen Herausforderungen nicht weiter bringt. Vielmehr besteht die Gefahr, dass der Spitalstandort Aargau und mit ihm das Gesundheitswesen insgesamt an Ausstrahlung und Anziehungskraft verlieren. Nur gemeinsam werden die beiden Kantonsspitäler ihre starke Position erhalten können und Aussicht darauf haben, nicht nur gute Grund- und Spezialversorger zu bleiben, sondern in ausgesuchten Disziplinen auch spitzenmedizinisch tätig sein zu können.

5. Massnahmen

5.1 Spitalliste 2015

Neben den Massnahmen der IVHSM im Bereich der hochspezialisierten Medizin auf Stufe Bund ist auf Ebene der Kantone die Gestaltung der Spitalliste das wirkungsvollste Instrument zur Steuerung der Angebote in der stationären Gesundheitsversorgung. Der Kanton Aargau hat mit der Spitalliste 2012 erste Erfahrungen sammeln können und ist derzeit mit den Vorbereitungen für die Spitalliste 2015 befasst. Es gilt, die Bedarfszahlen zu aktualisieren und die Voraussetzungen zu definieren, um im 2. Quartal 2013 ein Bewerbungsverfahren durchzuführen. Die Spitalliste 2015 wird einerseits die Versorgung der Bevölkerung garantieren und gleichzeitig nach den Vorgaben des KVG gestaltet werden sowie mit einer optimalen Zuteilung der Leistungsaufträge den Forderungen nach einer Kosten-

dämpfung in der (12.107) Botschaft Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik entsprechen müssen.

5.2 Verordnung über die Spitalliste (SpilIV)

Die Verordnung über die Spitalliste (SpilIV) wurde für die Spitalliste 2012 geschaffen und wird im Hinblick auf die Spitalliste 2015 eine Überarbeitung erfahren müssen. Dabei wird sich der Kanton Aargau wie bereits bisher mit seinen Partnerkantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn absprechen, damit wiederum eine gemeinsame Lösung entsteht. Dies erleichtert den Zugang zu stationären Leistungen über die Kantonsgrenzen hinweg und erhöht die Rechtssicherheit, wenn mehrere Kantone ihre Planung mit denselben Bedingungen (Mindestfallzahlen etc.) gemeinsam abstimmen. Namentlich wird bei den Anforderungen für die Erreichung der Mindestfallzahlen geprüft, diese neu pro Spital anstatt pro Arzt zu verlangen, bei der Rehabilitation auf die Systematik des Kantons Zürich zu wechseln und provisorische und/oder befristete Leistungsaufträge einzuführen. Unverändert wird mindestens bis zur Einführung des neuen Tarifsystems TARPSY in der Psychiatrie die Verwendung einer eigenen Systematik bleiben, welche mehrere andere Kantone ebenfalls gebrauchen.

5.3 Monitoring Nordwestschweiz

Die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben sich im Sinn von Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV auf eine gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung der stationären Versorgung ihrer Bevölkerung verständigt. Zu diesem Zweck wurden ein gemeinsamer Versorgungsbericht unter Berücksichtigung der Patientenströme (Import/Export) und ein gemeinsamer Kriterienkatalog zur Aufnahme von Spitälern auf die Spitallisten erarbeitet. Aus den Daten wurden zudem vier kantonale Versorgungsberichte sowie ein Bericht für die Region Nordwestschweiz nördlich des Juras erstellt. Überdies wird die zukünftige Zusammenarbeit im Bereich der IVHSM beleuchtet. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 findet zudem ein reger Austausch mit weiteren Kantonen statt. Zum einen sind die Gesundheitsdirektionen der Kantone in verschiedenen Arbeitsgruppen der Gesundheitsdirektorenkonferenz tätig, zum andern orientieren sich die Versorgungsberichte inhaltlich und methodisch am Versorgungsbericht der Gesundheitsdirektion Zürich. Damit soll eine Koordination, Vergleichbarkeit und Einheitlichkeit der Spitalplanungen zwischen mehreren Kantone ermöglicht werden.

Die vier Kantone haben sich nun die Aufgabe gestellt, ein Monitoring über die Patientenströme (Import/Export) für die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn zu installieren, das die Veränderungen des Patientenverhaltens aufgrund der neuen vom Krankenversicherungsgesetz definierten Freizügigkeit und Spitalfinanzierung aufzeigt. Vergleichsbasis bildet der genannte Versorgungsbericht. Das Monitoring hat vier wichtige Elemente:

1. Analyse und Dokumentation der stationären Patientenströme und die Veränderungen in den Jahren 2011, 2012 und 2013.
2. Analyse und Dokumentation der ambulanten Patientenströme und die Veränderungen in den Jahren 2011, 2012 und 2013.
3. Analyse von Angebot und Nachfrage mit Darstellung von Überangebot und Versorgungsengpässen in den einzelnen Versorgungsregionen auf Leistungsgruppenebene.
4. Die Patientenströme in und von den Kantonen Zürich, Zug und Luzern sind für die auftraggebenden Kantone aber speziell für den Kanton Aargau zu berücksichtigen. Patientenströme in und vom Kanton Bern sind für die auftraggebenden Kantone aber speziell für den Kanton Solothurn zu berücksichtigen.

Das Modell muss es zulassen, in den folgenden Jahren fortgeschrieben zu werden, damit ein aussagekräftiger statistischer Längsschnitt über die Jahre möglich wird. Aktuell läuft das Verfahren für die Vergabe des Projekts unter Federführung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft; dieses wird Mitte 2013 abgeschlossen sein.

5.4 Umsetzung Vereinbarung nach Strategieprozess

Der Umsetzung der Vereinbarung beziehungsweise der darin festgelegten Ziele kommt unabhängig von den in der vorliegenden Botschaft gestellten Anträgen eine Bedeutung an sich zu. Angesichts der Dynamik, die den IVHSM-Prozess erfasst hat, werden sich in den kommenden Monaten allein auf diesem Feld grosse Herausforderungen für KSA und KSB ergeben. Hinzu kommt der anhaltende Druck, den die neue Spitalfinanzierung auf die Leistungserbringer ausübt. Dieser äussert sich in wachsenden Anforderungen an Finanzierung und Investition sowie im zunehmenden Buhlen um die Gunst von Patientinnen und Patienten, die mit der Freizügigkeit über grosse Wahlmöglichkeiten verfügen. Umso wichtiger ist, dass die Vereinbarung nicht toter Buchstabe bleibt, sondern mit Leben gefüllt werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass die gemeinsamen Ziele keine Lippenbekenntnisse sind, sondern von allen Partnern erfüllt werden. Zentral ist deshalb der Wille der Verwaltungsräte, Koordination, Konzentration und Synergienutzung im Interesse beider Häuser sowie des Spitalstandorts Aargau entschlossen voranzutreiben. Eine wichtige Rolle kommt dabei sowohl dem Fachorgan als auch dem Synergierat zu, der seine Tätigkeit im Dezember 2012 aufgenommen hat. Letzterer wird auf der Grundlage von Erkenntnissen des Ersteren Anträge zu stellen haben, die fachlich ebenso abgestützt sind wie betrieblich und organisatorisch.

5.5 Strategische und gesetzgeberische Massnahmen

Der Regierungsrat gibt seiner Hoffnung Ausdruck, dass die Vereinbarung beziehungsweise die Instrumente, die mit ihrem Abschluss geschaffen wurden, ihren Zweck erfüllen und mit Blick auf die Optimierung der Spezialversorgung einen konkreten Beitrag leisten werden. Unabhängig davon ist der Regierungsrat der Ansicht, dass es weitere strategische und gesetzgeberische Massnahmen braucht, um die beiden grossen akutsomatischen Häuser im Eigentum des Kantons und damit den Spitalstandort Aargau insgesamt auf lange Sicht zu erhalten und zu stärken. Der ehemalige Ärztliche Direktor und Vorsitzende des Vorstands des UKE, Prof. Jörg Debatin, spricht davon, dass in der heutigen Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen nicht die Grossen die Kleinen, sondern die Schnellen die Langsamen überflügeln, sowie jene profitieren, welche das tun, was sie am besten können und nicht einfach alles anbieten. Darin liegt mit Blick auf den zwar noch nicht strukturell erkennbaren,

aber hinter den Kulissen einsetzenden Veränderungsprozess die Herausforderung auch für das KSA und das KSB. Demnach werden die Weichen für die Spitallandschaft der Zukunft offensichtlich während der Implementierung der neuen Regeln der Spitalfinanzierung und nicht erst mit der Konsolidierung derselben gestellt. Rasches und entschlossenes Handeln auf der Basis einer soliden strategischen Grundlage ist deshalb ein Gebot der Stunde.

5.5.1 Ergänzung der GGpl 2010 um eine Teilstrategie zum Spitalversorgungskonzept

Der Regierungsrat hat im Rahmen der (11.251) Botschaft Zentralspital beantragt, die Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) um folgende Teilstrategie zu ergänzen:

"Mit dem Kantonsspital Aargau, bestehend aus den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden, wird ein Zentralspital für die Akutmedizin mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten geschaffen."

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass die Stossrichtung dieser Teilstrategie richtig ist. Im Licht der geschilderten Entwicklungen seit der Rückweisung, vor allem aber auf der Grundlage des Strategieprozesses und der Vereinbarung, die diesem entsprungen ist, vertritt der Regierungsrat die Auffassung, dass die Teilstrategie inhaltlich zu erweitern und gleichzeitig zu fokussieren ist. Die Teilstrategie lautet deshalb neu:

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

Diese Teilstrategie trägt sowohl den Zielen der Vereinbarung (Koordination, Konzentration, Synergienutzung) als auch den veränderten Umfeldanforderungen Rechnung. Auf der einen Seite ist unbestritten, dass sowohl in Aarau als auch in Baden eine umfassende Grundversorgung angeboten werden muss. Auf der anderen Seite steht fest, dass der bisher geübte Binnenwettbewerb den Anforderungen an die interkantonale Konkurrenz nicht mehr zu genügen vermag. Im Gegenteil: Der innerkantonale Fokus lenkt davon ab, dass das Hauptaugenmerk der Entwicklung des interkantonalen Wettbewerbs in der spezialisierten und hoch spezialisierten Versorgung gelten muss. Dies im Interesse der beiden Häuser, die nicht nur grosse Grundversorgungsspitäler sein wollen, sondern auch im Interesse des Spitalstandorts Aargau, der gleichzeitig Wissens- und Arbeitsstandort mit entsprechenden Wertschöpfungseffekten ist.

Aufgrund der bisher geführten Diskussionen um die Schaffung eines – virtuellen oder tatsächlichen – Zentralspitals sowie unter Berücksichtigung des angepassten Antragsdispositivs erscheint dem Regierungsrat die weitere Verwendung des Begriffs nicht länger zielführend. Mit Verweis auf die in der Ergänzungsbotschaft einlässlich dargelegten Gründe für die modifizierte Strategie des Regierungsrats hält er dafür, den bezüglich der tatsächlichen Form der Zusammenführung der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler uneindeutigen Begriff Zentralspital durch die Bezeichnung "Gemeinsames Kompetenzzentrum für die Akutmedizin" abzulösen. Auf diese Art und Weise gelingt zum einen die Ablösung eines Begriffs, der in der Wahrnehmung des politischen Diskurses zunehmend erklärungsbedürftig ist, zum andern eine gleichzeitig präzise und in Bezug auf die "Zentralisierung" nicht unnötig determinierende Konkretisierung der strategischen Absichten.

5.5.2 Gesetzgeberische Massnahmen

Für den Regierungsrat steht fest, dass neben der Ergänzung der Strategie 6 um eine Teilstrategie sowie der Vereinbarung nach dem Strategieprozess weitere Massnahmen notwendig sind. Im Zentrum steht deshalb eine Teilrevision des SpiG. Dabei geht es zum einen um die Organisation der Spitäler beziehungsweise um die Möglichkeit der identischen Besetzung der Verwaltungsräte der KSA AG und der Kantonsspital Baden AG, zum andern um die Finanzierungshilfen beziehungsweise um die Voraussetzungen für deren Gewährung sowie um die Frist der Rückzahlbarkeit.

Diese gesetzgeberischen Massnahmen verfolgen das Ziel, ausserhalb der in beiden Häusern unentbehrlichen Grundversorgung die Voraussetzungen für eine Spezial- und in Teilen einer Spitzenversorgung zu schaffen, die mit Blick auf die Qualität, das Patientenwohl und die Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen als auch in Bezug auf die langfristige Finanzierbarkeit der künftigen Organisation der Spezialversorgung umsetzbar sind. Dies unter Einbezug der Investitionsfähigkeit der betroffenen Häuser, der Belastung der öffentlichen Hand, der Auswirkungen auf bestehende und neue Modelle der integrierten Versorgung sowie der Möglichkeiten der Personalrekrutierung in Medizin und Pflege.

Die beschriebenen Massnahmen sind umso dringlicher, als die neue Spitalfinanzierung schon im Jahr 1 ihrer Einführung Spuren auch in der aargauischen Spitallandschaft beziehungsweise in den Rechnungsabschlüssen der Häuser hinterlassen und deren Investitionsfähigkeit massiv beeinflussen wird.

6. Teilrevision des Spitalgesetzes

6.1 Organisation der Spitäler beziehungsweise identische Besetzung der Verwaltungsräte der KSA AG und der KSB AG

Am 25. Februar 2003 hat der Grosse Rat das neue SpiG zum Beschluss erhoben und damit den Weg für die Verselbstständigung der Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie PDAG und deren Umwandlung in Aktiengesellschaften nach Obligationenrecht (OR) frei gemacht. Eine der zentralen Fragen in den politischen Diskussionen war jene der organisatorischen Ausgestaltung, insbesondere die Anzahl Aktiengesellschaften beziehungsweise deren allfällige Unterstellung in einer Holdingstruktur. Das Ziel, insbesondere die Kantonsspitäler Aarau und Baden zu einer Zusammenarbeit, Koordination und Synergienutzung zu bewegen, war als solches zwar unbestritten. Unterschiedlich beurteilt wurde jedoch die Form der konkreten Umsetzung. Schliesslich schlug der Regierungsrat ein Modell vor, welches bei der Besetzung der Verwaltungsräte (personell identische Mehrheit) ansetzte. Der Grosse Rat entschied sich schliesslich für eine moderatere Form, die lediglich eine personell identische Minderheit in den drei Verwaltungsräten zulies.

In diesem Sinne sieht das Spitalgesetz in § 9 heute drei kantonale Spitalaktiengesellschaften vor (KSA AG, KSB AG, PDAG). § 11 Abs. 5–7 enthalten die entsprechenden Restriktionen bei der Besetzung der Verwaltungsräte.

Sie lauten:

⁵ Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Spitalaktiengesellschaften hat nach folgenden Kriterien zu erfolgen:

- a) fachliche und persönliche Kompetenz;
- b) Unabhängigkeit von den Leistungseinkäufern mit Ausnahme der Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung;
- c) Unabhängigkeit einer Mehrheit der Mitglieder von den beiden anderen Spitalaktiengesellschaften des Kantons.

⁶ Die Übernahme des Verwaltungsratspräsidiums, des -vizepräsidiums und des Amts der oder des Delegierten des Verwaltungsrats durch die Person, die den Kanton vertritt, ist ausgeschlossen.

⁷ Die gleichzeitige Übernahme von mehr als einem Verwaltungsratspräsidium, einem Vizepräsidium und einem Amt der oder des Delegierten des Verwaltungsrats der drei Spitalaktiengesellschaften durch dieselbe Person ist ausgeschlossen.

Vor dem Hintergrund der aus dem Strategieprozess hervorgegangenen Vereinbarung soll strukturell einstweilen am Status Quo mit den drei selbstständigen Spitalaktiengesellschaften festgehalten werden. Neu aufgenommen werden soll jedoch der damalige Vorschlag des Regierungsrats aus der Spitalgesetzrevision 2003 mit der Möglichkeit, die Zusammenarbeit, Koordination und Synergienutzung zwischen den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden bei Bedarf über die Besetzung der Verwaltungsräte zu steuern. Bei Bedarf heisst, dass dem Regierungsrat bei der Ausübung der Aktionärsrechte (vgl. § 11 Abs. 2 SpiG) die Möglichkeit zur Verfügung stehen soll, die Verwaltungsräte der KSA AG und der KSB AG identisch zu besetzen. Die PDAG soll von dieser Option nicht betroffen sein. In der konkreten Umsetzung führt dies zu einer Aufhebung des bisherigen § 11 Abs. 5 lit. c SpiG. Hingegen können § 11 Abs. 5 lit. a und b so beibehalten werden, wobei die Möglichkeit des Einsitzes einer Kantonsvertretung (lit. b) ebenfalls zu streichen wäre, nachdem diese nicht mehr den strategischen Überlegungen des Regierungsrats entspricht. Zu prüfen wäre in diesem Zusammenhang, ob ergänzend noch spezifische Kompetenzen, die bei der identischen Besetzung der beiden Verwaltungsräte gefragt sind, gesetzlich verankert werden sollen. Die Absätze 6 und 7 werden dadurch obsolet und können ersatzlos gestrichen werden.

Vorbehältlich einer wirkungsvollen Umsetzung der Vereinbarung über die Koordination, Konzentration und Synergienutzung innert nützlicher Frist besteht mit den skizzierten Anpassungen des Spitalgesetzes die Möglichkeit, das Ziel der Zusammenarbeit, Koordination und Synergienutzung zwischen den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden notfalls mittels identischer Besetzung der Verwaltungsräte der KSA AG und der KSB AG anzusteuern. Damit kann ohne derzeit kaum mehrheitsfähige Zusammenführung der beiden Spital-Aktiengesellschaften sichergestellt werden, dass die Führung der beiden unabhängigen Unternehmungen gemäss den strategischen Vorgaben der GGpl 2010 beziehungsweise gemäss Ergänzung der Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) und entsprechend den identischen Eigentümerstrategien für KSA AG und KSB AG erfolgt. Im Weiteren kann sichergestellt werden, dass sich die beiden Unternehmungen sowohl in Bezug auf das Leistungsportfolio als auch mit Blick auf die zu tätigen Investitionen derart abstimmen, dass ein optimaler Mitteleinsatz gewährleistet werden kann.

Grundlagen der Steuerung und der Durchsetzung der Interessen des Kantons als Alleinaktionär bilden dabei die Eigentümerstrategie des Regierungsrats sowie die Richtlinien des Regierungsrats zur Public Corporate Governance (PCG-Richtlinien) vom 15. März 2007. Die PCG-Richtlinien beschreiben ein angemessenes institutionelles Gefüge der Unternehmensführung und helfen dem Kanton, seine Eigentümerinteressen gegenüber den kantonalen Beteiligungen wahrzunehmen.

Grundlagen der Steuerung und der Durchsetzung der Interessen des Kantons als Alleinaktionär bilden dabei die Eigentümerstrategie des Regierungsrats sowie die Richtlinien des Regierungsrats zur Public Corporate Governance (PCG-Richtlinien) vom 15. März 2007. Die PCG-Richtlinien beschreiben ein angemessenes institutionelles Gefüge der Unternehmensführung und helfen dem Kanton, seine Eigentümerinteressen gegenüber den kantonalen Beteiligungen wahrzunehmen.

Der Regierungsrat überprüft eine Überarbeitung des Spitalgesetzes im Sinn der vorstehenden Ausführungen. Dabei sollen auch Umsetzungsvarianten erarbeitet werden.

6.2 Finanzierungshilfen beziehungsweise Voraussetzung für deren Gewährung und Frist der Rückzahlbarkeit

Am 10. Mai 2011 hat der Grosse Rat das Dekret über die Teilrevision des Spitalgesetzes (Übertragung der Spitalliegenschaften und Neuordnung der Spitalfinanzierung) beschlossen. Damit wurde der Regierungsrat ermächtigt, bis zum Betrag von 1 Milliarde Franken fremde Gelder für Finanzierungshilfen an die Kantonsspitäler und die übrigen Spitäler aufzunehmen.

§ 14e (neu) des Spitalgesetzes lautet:

¹ Während einer Übergangszeit von maximal 12 Jahren kann der Kanton den Spitalaktiengesellschaften und den übrigen Spitälern gemäss § 14d Finanzierungshilfen für neue Bauinvestitionen gewähren, sofern sie von der Übertragung der Liegenschaften und der Bauschulden finanziell betroffen sind.

² Diese Hilfen sind ab dem Zeitpunkt der Gewährung maximal innert 12 Jahren zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht den Refinanzierungskosten des Kantons inklusive eines Zuschlags von 0,5 % für die Verwaltung und das Risiko.

Die Kantonsspitäler und die übrigen Spitäler sind seit dem Jahr 2012 insofern mit einer neuen Situation konfrontiert, als sie die Finanzierung ihrer neuen Investitionen selber tätigen müssen. Die Mittelbeschaffung auf dem freien Kapitalmarkt dürfte für ein Spital jedoch ohne die Sicherheit eines langfristigen Leistungsauftrags mit hohen Kosten verbunden sein. Deshalb soll der Kanton für eine Übergangszeit Unterstützung gewähren und die Aufnahme von Fremdkapital erleichtern. Die Übergangszeit von 12 Jahren geht davon aus, dass nach 12 Jahren sich die Spitallandschaft in der Schweiz nach den neuen Regeln gemäss KVG vollständig etabliert hat. Ohne diese Übergangsregelung kann die Umsetzung der KVG-Revision von den Spitälern nicht vollzogen werden. Die Finanzierungshilfe an Kantonsspitäler und übrige Spitäler gemäss SpiG steht folglich in einem engen Konnex mit der Umsetzung der KVG-Revision.

Mit den Finanzierungshilfen soll den Spitälern auf einfache Art und Weise ermöglicht werden, Fremdkapital aufzunehmen. Die Hilfen sind zu befristen und dürfen nicht dazu führen, dass sie einen Vorteil gegenüber den Privatspitälern darstellen. Ebenso müssen sie innert einer maximalen Zeitperiode von 12 Jahren abgebaut werden. Selbstverständlich beschränken sich die Finanzierungshilfen nur auf die Spitäler, die von der Übertragung der Liegenschaften und der Bauschulden finanziell betroffen sind.

Der Kanton hat bei der Festlegung des Zinssatzes für die Darlehensgewährung des Kantons seine eigenen Refinanzierungskosten zugrunde gelegt. Darauf schlägt er eine Marge von 0,5 % für die Verwaltung, das Zinsänderungsrisiko und das Bonitätsrisiko der Spitäler. Bei der Darlehensgewährung sind übliche Sicherheiten wie Grundpfandverpfändungen beizubringen.

Die maximale Höhe der vom Kanton zu gewährenden Darlehen ist dem Grossen Rat als Höherschuldungsbeschluss zu unterbreiten, der gemäss § 63 Abs. 1 lit. e KV dem fakultativen Anleihensreferendum untersteht. Eine Anhörung gemäss § 66 KV ist nicht notwendig. Sie ist nur dann vorzunehmen, wenn eine materielle Beurteilung durch den Grossen Rat möglich ist. Bei Anleihensbeschlussfassungen und folglich im konkreten Fall ist dies jedoch nicht gegeben.

Wenn davon ausgegangen wird, dass sämtliche Kantons- und Regionalspitäler in den nächsten 12 Jahren einen Sanierungs- und Anpassungsbedarf in der Höhe von rund 2 Milliarden Franken haben und davon die Hälfte mit eigenen Mitteln und die andere Hälfte mit Fremdkapital finanziert werden muss, sieht der Regierungsrat einen maximalen Betrag in Höhe von 1 Milliarden Franken als Fremdverschuldung für die Spitäler vor.

Die genauen Umsetzungsmodalitäten in Bezug auf die Aufteilung der Finanzierungshilfen an die einzelnen Spitäler sind vom Regierungsrat festzulegen.

Im Rahmen der Eigentümergespräche mit KSA, KSB und PDAG hat sich gezeigt, dass die vom Grossen Rat getroffene Regelung den Bedürfnissen der Häuser, ihre Investitionen finanzieren zu können, nicht entspricht. Als problematisch empfunden wird insbesondere die Bestimmung, dass die Finanzierungshilfen maximal innert 12 Jahren zurückzuzahlen sind. Neben der ohnehin schon beschränkten Investitionsfähigkeit der Spital-Aktiengesellschaften stellen die Rückzahlungsmodalitäten ein weiteres Hindernis dar, in moderne neue Infrastrukturen zu investieren.

Aus diesem Grund sollen die Bedingungen für die Gewährung von Finanzierungshilfen in Bezug auf die Rückzahlungsfrist überprüft und gelockert werden. Gleichzeitig sollen Finanzierungshilfen für die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler an die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen geknüpft werden. Konkret soll die Beanspruchung der Finanzierungshilfen durch die im Eigentum des Kantons stehenden Spitalaktiengesellschaften sowohl an die Einhaltung der Eigentümerstrategien, die Erfüllung der Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung sowie die Leistungserbringung im Sinn der Spitalliste erfolgen. Auf diese Weise kann in erhöhtem Mass sichergestellt werden, dass die vom Kanton via Finanzierungshilfen subventionierten Investitionen im Einklang mit den strategischen Zielen des Eigentümers stehen und keine Infrastrukturen aufgebaut werden, die den Eigentümerstrategien widersprechen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass der Eigentümer erhöhte Einflussmöglichkeiten braucht, um den in seiner Rolle

angelegten Zielen gerecht werden zu können. Dabei geht es nicht nur um das ökonomische Gedeihen der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler, sondern auch und vor allem um die Erhaltung der Qualitäten des Spitalstandorts Aargau, die für die beiden Häuser essenziell ist. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass in verschiedenen Nachbarkantonen – wie wohl gegen die Intentionen des revidierten KVG – massive direkte Subventionierungen von Spitälern beziehungsweise deren Bauten stattfinden. Diesen Weg will der Kanton Aargau zwar nicht einschlagen, im Rahmen der vom Grossen Rat bereits beschlossenen Finanzierungshilfen beziehungsweise der entsprechenden Höherverschuldungskompetenz erscheint eine Erleichterung des Zugangs, kombiniert mit der Definition von verbindlichen Kriterien, jedoch angezeigt. Jedenfalls ist unzweifelhaft, dass eine vergleichsweise bescheidene indirekte Subventionierung aus Eigentümer- und Unternehmenssicht ungleich sinnvoller erscheint als eine mögliche spätere Sanierung von Kantonsspitalern, die sich aufgrund ihrer fehlenden Investitionsmöglichkeiten im sich wandelnden Markt nicht ausreichend positionieren konnten.

Der Regierungsrat überprüft eine Überarbeitung des Spitalgesetzes in diesem Sinne.

7. Fazit

Für den Regierungsrat steht fest, dass im Kanton Aargau auch unter den Regeln der neuen Spitalfinanzierung eine vollständige Grund- und Spezialversorgung für den Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Aargau angeboten werden muss. Zudem ist der Regierungsrat überzeugt, dass in ausgesuchten Bereichen auch Leistungen der IVHSM angeboten werden sollen.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Frage, unter welchen Bedingungen es dem Spitalstandort Aargau insgesamt gelingt, zum einen möglichst viele Leistungen innerkantonale anbieten zu können und somit Investitionen und Wertschöpfung innerhalb des Kantons zu erhalten und zum andern Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen durch exzellente Angebote in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin in aargauische Kliniken und Spitäler anzuziehen.

Letztlich geht es demnach sowohl um die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen als auch um die Investitionsfähigkeit der Häuser, um diese Leistungen in zeitgemässen Infrastrukturen anbieten zu können und letztlich um die Wettbewerbsfähigkeit insgesamt. Dabei ist ein Binnenwettbewerb zwar durchaus erwünscht, Erfolg und Misserfolg insbesondere der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler hängen mittel- und langfristig jedoch nicht in erster Linie von den Entwicklungen der inneraargauischen Patientenströme ab, sondern von der Fähigkeit, durch eine patientennahe und qualitativ hochstehende Medizin und Pflege den Spitalstandort Aargau gegenüber der ausserkantonalen Konkurrenz zu positionieren und damit zu verhindern, dass dem Aargau wertvolles Patientengut samt Investitionskostenpauschale abhanden kommt. Eine solche Entwicklung wäre für die betroffenen Häuser ebenso wie für den Spitalstandort Aargau fatal.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für den Regierungsrat die Frage, welche Rahmenbedingungen zu setzen sind, damit die Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Aargau im Allgemeinen und jene der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler im Besonderen erhalten und ausgebaut werden kann.

Im Vergleich zu den Rahmenbedingungen, die in Bezug auf die Finanzierungsart und die Investitionsfähigkeit, aber auch mit Blick auf das Spital- und versorgungspolitische Umfeld insgesamt vor einem Jahr geherrscht haben, präsentiert sich die Ausgangslage für den Regierungsrat zum heutigen Zeitpunkt in einem anderen Licht. Obwohl sich die Spitallandschaft real kaum verändert hat und die Dichte der Leistungsanbieter gesamtschweizerisch unverändert hoch ist, muss gleichzeitig festgestellt werden, dass sich die Ausgangslage für die einzelnen Leistungserbringer mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der je nach Kanton unterschiedlich gearteten Umsetzung derselben massiv verändert hat. Dies betrifft die Gesteuerungsfähigkeit für die medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie die Investitionsfähigkeit für die Infrastrukturen. Die mittel- und langfristigen Auswirkungen sind derzeit noch nicht abzusehen.

Unzweifelhaft ist für den Regierungsrat jedoch, dass die Kantonsspitäler Aarau und Baden insofern besondere Start- beziehungsweise Entwicklungschancen haben, als ihnen Investitionen in bedeutendem Umfang bevorstehen, damit sie im innerkantonalen Wettbewerb bestehen können. Allerdings haben die meisten Spitäler der Schweiz eine ähnliche Ausgangslage. Im Kanton Aargau sind in den letzten Jahren die Spitalimmobilien so unterhalten worden, dass die Spitalleistungen in angemessener Qualität erbracht werden konnten. Auf grosse Neu- und Ersatzbauten ist aufgrund von strategischen und bautechnischen Gründen verzichtet worden. Dadurch kann heute die Ausrichtung der Neu- und Sanierungsbauten auf die Anforderungen der neuen Spitallandschaft ohne Rücksichtnahme auf grosse, noch nicht amortisierte Spitalbauten vorgenommen werden.

Umso wichtiger sind vor diesem Hintergrund die strategischen Überlegungen über die künftige Positionierung der beiden Häuser sowie über Massnahmen, wie die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler möglichst rasch in die Lage versetzt werden können, sich mit Blick auf ein wettbewerbsfähiges Leistungsangebot mit wettbewerbsfähigen Infrastrukturen fit zu machen.

Für den Regierungsrat steht in diesem Zusammenhang fest, dass die geschilderten Probleme nicht gelöst werden sollen, indem die neue Spitalfinanzierung durch direkte oder indirekte Subventionen durch den Kanton ausgehebelt wird. Vielmehr ist der Regierungsrat überzeugt, dass die neuen Finanzierungsregeln konsequent anzuwenden und umzusetzen sind. Nur auf diese Weise wird es gelingen, den wettbewerblichen Elementen der Spitalfinanzierung zum Durchbruch zu verhelfen und auf lange Sicht eine Strukturbereinigung der Spitallandschaft zu erreichen, die Leistungsbedarf und Leistungsdichte in ein vernünftiges und angesichts der mehrheitlich durch öffentliche Mittel finanzierten stationären Akutversorgung auch volkswirtschaftlich vertretbares Verhältnis bringt. Der Kanton Aargau setzt sich in der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren denn auch vehement für dieses Prinzip ein.

Der Regierungsrat ist aufgrund der geschilderten Situation überzeugt, dass die blosser Fortschreibung des Status quo weder in Bezug auf die strategische Ausrichtung und auf die Entwicklung des medizinischen und pflegerischen Leistungsangebots noch mit Blick auf die Infrastrukturen und das institutionelle Verhältnis zwischen den beiden akutsomatischen Kantonsspitalern wettbewerbsfähig und damit zukunftstauglich ist. Daraus ergibt sich:

1. Es braucht eine strategische Festlegung über eine umfassende Grundversorgung an den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden sowie die Bildung von Behandlungsschwerpunkten für die inner- und interkantonal wettbewerbsfähige Organisation der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung.
2. Damit verbunden ist das Bekenntnis zur Idee eines Kompetenzzentrums für die Akutmedizin, die in der beschriebenen strategischen Festlegung, nicht aber in einer institutionellen und physischen Zusammenführung zum Ausdruck kommt.
3. Weiter braucht es im Bewusstsein der strategischen Festlegung sowie des Verzichts auf eine institutionelle und physische Zusammenführung jedoch eine Konkretisierung beziehungsweise Klärung des organisatorischen Beziehungsrahmens zwischen den Kantonsspitalern Aarau und Baden.

Alle drei Festlegungen korrespondieren mit den übergeordneten Zielen, die der Regierungsrat beziehungsweise die Eigentümerversammlung strategisch verfolgen, aber auch mit der Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung. Bewusst einen Schritt weiter geht der Regierungsrat da, wo es darum geht, die Beziehungen zwischen den Kantonsspitalern Aarau und Baden über die Ebene der Vereinbarung hinaus zu regeln. Der Regierungsrat verweist dabei insbesondere auf seine Ausführungen unter Kapitel 2.7 und Kapitel 3.5 der vorliegenden Ergänzungsbotschaft. Zwar ist der Regierungsrat überzeugt, dass die Vereinbarung einen Wert an sich darstellt, der sich in naher Zukunft als nützlich und wertvoll erweisen wird. Gleichzeitig steht für den Regierungsrat aber auch fest, dass es die Möglichkeit einer identischen Besetzung der Verwaltungsräte der Kantonsspitaler Aarau und Baden geben muss, um innerkantonal das notwendige Synergiepotenzial in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin nutzen zu können, ohne den elementaren Grundversorgungskarakter beider Häuser zu schmälern. Zudem ist mit gleicher Priorität und Blick auf die langfristige Sicherung der interkantonalen Wettbewerbsfähigkeit ein institutioneller und organisatorischer Rahmen zu schaffen, der sicherstellt, dass die beiden Kantonsspitaler Aarau und Baden als Kantonsspital Aargau im Raum Nordwestschweiz und darüber hinaus als Key-Player positioniert, wahrgenommen und frequentiert werden.

Der Regierungsrat verweist in diesem Zusammenhang auf die unter Kapitel 2. einlässlich geschilderten Entwicklungen seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital. Dabei macht er insbesondere auf die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung, die Entwicklung bei der Konzentration der IVHSM-Disziplinen, die ökonomische Situation der Häuser, deren Investitionsfähigkeit sowie den Strategieprozess zwischen der Eigentümerversammlung und den Kantonsspitalern Aarau und Baden aufmerksam. Gleichzeitig verweist der Regierungsrat auf die unter 3. ausgebreitete Beurteilung der Entwicklung seit der erwähnten Rückweisung. Die Synthese aus beiden Kapiteln führt den Regierungsrat zu folgendem Schluss: Die mittel- und langfristige Wettbewerbsfähigkeit der beiden akutsomatischen Kantonsspitaler ist ohne strategische und institutionelle Neuorientierung gefährdet. Dies umso mehr, als beide Spital-Aktiengesellschaften zwar vitale Selbstbehauptungskräfte manifestieren, diese jedoch zu selten in Beziehung zur Weiterentwicklung des Spitalstandorts Aargau setzen. Unter dem Strich resultiert demnach eine häuserzentrierte Optik, die in der Vergangenheit durchaus erfolgreich war, angesichts der Umfeldentwicklungen jedoch nicht zukunftsfähig erscheint und die Gefahr birgt, dass sowohl das KSA als auch das KSB in Bezug auf ihre Marktstellung und Reputation eine Nivellierung nach unten erleben. Die volks- sowie betriebswirtschaftlichen Auswirkungen sind zum heutigen Zeitpunkt zwar nicht exakt zu beziffern, die Risiken sind jedoch reell.

Das Verfolgen einer Strategie gemäss Ergänzung von Strategie 6 der GGpl 2010 in Kombination mit der Möglichkeit der identischen Besetzung der Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG bietet sich vor diesem Hintergrund geradezu an. Die Vorteile einer solchen Lösung sind augenfällig:

1. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG entscheiden nach Massgabe der strategischen Ziele des Eigentümers beziehungsweise der Eigentümervertretung unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent über die Zukunft der beiden Häuser.
2. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG treffen ihre Entscheidungen unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent sowohl im Interesse der innerkantonalen Versorgung als auch mit Blick auf die interkantonale Wettbewerbsfähigkeit.
3. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG sorgen im Rahmen des Spitallistenverfahrens unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent für die Verteilung der vom Kanton vergebenen Leistungsaufträge.
4. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG richten sich innerkantonal unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent auf die Bildung von Kooperationen mit weiteren aargauischen Leistungserbringern aus (beispielsweise bei der Schaffung von Integrierten Versorgungssystemen).
5. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG richten sich unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent auf die Bildung von Kooperationen mit ausserkantonalen und innerkantonalen Leistungserbringern aus (beispielsweise zur Erhaltung beziehungsweise Gewinnung von [Teil-]Disziplinen der IVHSM).
6. Die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG entscheiden unternehmerisch eigenständig und versorgungspolitisch konsistent über Investitionen, die sowohl in Bezug auf die Wettbewerbsfähigkeit als auch auf die Finanzierung nachhaltig sind.

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass eine solche Lösung der Weiterführung des Status quo beziehungsweise der Weiterentwicklung desselben bei weitem vorzuziehen ist. Dies insbesondere in Anbetracht der Investitionsmöglichkeiten der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler. Demgegenüber schafft die vom Regierungsrat vorgeschlagene Lösung, die ohne unnötig determinierenden Variantenentscheid auskommt, die Voraussetzungen für die Erhaltung von Versorgungsqualität und Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Aargau beziehungsweise der beiden grossen akutsomatischen Kantonsspitäler, für die beide wegweisende Investitionen in ihre Infrastrukturen bevorstehen. Diese sollen nicht isoliert getätigt werden, sondern auf sicherem strategischen und institutionellen Fundament getätigt werden können. Die Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung kann dabei als vorsteuerndes Element im Bereich der (hoch-)spezialisierten Medizin wirken.

Mit Bezug auf die in der (11.251) Botschaft Zentralspital gestellten Anträge beziehungsweise auf das geänderte Antragsdispositiv in der Ergänzungsbotschaft hält der Regierungsrat das Folgende fest:

1. Der Grundsatz, dass mit der Bildung von Behandlungsschwerpunkten die spezialisierte und im Rahmen der IVHSM die hochspezialisierte Medizin koordiniert und konzentriert wird und eine inner- und interkantonale wettbewerbsfähige Organisation der davon betroffenen Disziplinen resultiert, wird in modifizierter Art und Weise beibehalten. Eine Bekräftigung erhält für beide Häuser das Bekenntnis zur umfassenden Grundversorgung an

beiden Häusern, eine Differenzierung jenes zur spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung "im Sinn eines Kompetenzzentrums für die Akutmedizin".

2. Der Grundsatz, dass das Spitalgesetz teilrevidiert werden soll, wird beibehalten und modifiziert. Änderungen ergeben sich
 - a) in Bezug auf den Zeitplan
 - b) in Bezug auf die Festlegung auf eine Variante für das Zentralspital
 - c) in Bezug auf den Inhalt, wonach die Verwaltungsräte von KSA AG und KSB AG identisch besetzt werden können
 - d) in Bezug auf die Erweiterung der Teilrevision bezüglich Finanzierungshilfen beziehungsweise Voraussetzung für deren Gewährung und Frist der Rückzahlbarkeit.

Zu 1

Die Anpassung der beantragten Teilstrategie als Ergänzung der Strategie 6 der GGpl 2010 entspricht den in der vorliegenden Botschaft ausgebreiteten neuen Erkenntnissen und schafft in Bezug auf die Leistungsspektren der beiden Häuser sowie deren Organisation gemäss dem Kriterium der Wettbewerbsfähigkeit eine notwendige Differenzierung.

Zu 2

a)

Der Zeitplan hat sich aufgrund der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital überlebt. Er ist aufgrund des Beratungs- beziehungsweise Beschlusszeitpunkts des Grossen Rats anzupassen. Der Regierungsrat wird dem Grossen Rat im Fall der Zustimmung zu den in der Ergänzungsbotschaft gestellten Anträgen raschestmöglich den Entwurf für eine Änderung des Spitalgesetzes vorlegen. Die Inkraftsetzung ist im Jahr 2015 geplant.

b)

Auf eine Festlegung auf eine Variante wird verzichtet, weil sich die Parameter für die in der Ursprungsbotschaft dargelegte Variante 2 (Kantonsspital Aarau an den zwei bestehenden Standorten Aarau und Baden mit Logistikzentrum) sowohl in Bezug auf Grobkostenschätzung und Zeitplan als auch mit Blick auf die Investitionskosten beziehungsweise die Finanzierungsmöglichkeiten derart verändert haben, dass eine Entscheidung zwar im Grundsatz, aber nicht im Detail sinnvoll erscheint. Dies umso weniger, als der Grosse Rat keine Investitionsentscheide mehr zu fällen hat. Eine Aktualisierung des Investitionsvolumens wird im Licht der strategischen Neuorientierung sowie der Investitionsfähigkeit der Häuser beziehungsweise Investitionsmöglichkeiten via Drittmittel (Finanzierungshilfen, Bankkredite etc.) zu erfolgen haben.

c)

Die Zusammenführung der beiden Spital-Aktiengesellschaften ist nach Dafürhalten des Regierungsrats aus verschiedenen Gründen nicht reif. Zum einen sind die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf den Spitalstandort Aargau noch nicht abschliessend zu beurteilen, zum andern haben KSA AG, KSB AG und Departement Gesundheit und Soziales eine Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung abgeschlossen, deren Umsetzung derzeit noch nicht beurteilt werden kann. Die Fusion der beiden Unternehmungen ist vor diesem Hintergrund sowohl aus sachlichen als auch aus politischen Gründen nicht angezeigt. Hingegen erscheint die Möglichkeit der identischen Besetzung der Verwaltungsräte im Licht der vorstehenden Ausführungen unter den Kapiteln 3, 4 und 5 als adäquate Massnahme, um insbesondere die interkantonale Wettbewerbsfähigkeit beziehungsweise jene in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin zu stärken und den Mitteleinsatz für die Weiterentwicklung der Infrastrukturen an den Standorten Aarau und Baden abzustimmen und zu optimieren. Angesichts dieser Herausforderungen ist es ein Gebot der Stunde, Voraussetzungen zu schaffen, damit sich KSA AG und KSB AG auf der einen Seite als eigenständige Unternehmungen weiterentwickeln können, auf der anderen Seite gleichzeitig sichergestellt wird, dass der strategischen Festlegung gemäss Ergänzung von Strategie 6 (Spitalversorgungskonzept) der GGpl 2010 in einem zunehmend kompetitiven Umfeld nachgelebt werden kann. Dabei ist sowohl an die volkswirtschaftliche Dimension – Bedeutung des Spitalstandorts Aargau (Know-how, Beschäftigung, Wertschöpfung), Leistungsfinanzierung durch die öffentliche Hand etc. – als auch an die betriebswirtschaftliche Dimension – Erhaltung von Wirtschaftlichkeit und Unternehmenswert, Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit von Investitionen etc. – zu denken. Zudem ist letztlich stets die Garantierung der Versorgungsqualität für die Aargauerinnen und Aargauer der entscheidende Faktor. Keines der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler ist ohne dieses Versorgungsprimat überlebensfähig. Das bedeutet, dass erhebliche Anstrengungen notwendig sind, um dieses zu erhalten, indem die Wettbewerbsfähigkeit vor allem interkantonale gestärkt wird. Dafür braucht es ein zwischen den beiden Häusern abgestimmtes Marktverhalten, das ohne die identische Besetzung der Verwaltungsräte nicht zu haben ist, wie die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen. Kommt hinzu, dass die beiden Häuser zwar durchaus Synergien nutzen, jedoch längst nicht im tatsächlich möglichen Umfang. Dabei geht es nicht nur um medizinische Disziplinen. Als Stichworte mögen die Informatik, die Logistik und die Patienteninformationssysteme dienen. Es ist unschwer erkennbar, dass für beide Häuser identische statt mehrheitlich nicht identische Verwaltungsräte ungleich bessere Möglichkeiten haben, sowohl das synergetische Potenzial gezielt auszunutzen als auch die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken. Der organisatorische Eingriff setzt dabei punktgenau dort an, wo mit einem Minimum an Reibungsverlust ein Maximum an Wirkung erzielt werden kann. Dies zeigen im Übrigen auch die Erfahrungen bei den Zusammenschlüssen von Inselspital und Spitalnetz Bern AG sowie der Luzerner-Nidwaldner Spitalregion (in Bezug auf die identische Besetzung der Verwaltungsräte). Das "one-voice-Prinzip" erlaubt sowohl in Bezug auf die Erfüllung des strategischen und operativen Kernauftrags als auch mit Blick auf die wettbewerbliche Ausrichtung und die Etablierung des Spitalstandorts Aargau eine markante Weiterentwicklung gegenüber dem Status quo. Dies, ohne dass die beiden Unternehmungen in einem grossen Ganzen aufgehen müssen, das Ängste über die Wertschöpfung und die Eigenständigkeit einschliesst. Vielmehr wird es möglich sein, "das Beste aus zwei Welten" im Interesse der Entwicklung der beiden Häuser und des Spitalstandorts Aargau weiterzuentwickeln. Selbstredend wird bei der Zusammensetzung des identisch besetzten Verwaltungsrats der beiden Spital-

Aktiengesellschaften darauf zu achten sein, dass die jeweiligen Unternehmensinteressen ebenso wie die übergeordneten des Spitalstandorts Aargau adäquat wahrgenommen werden können. Dabei wird nicht zuletzt zu berücksichtigen sein, wie sich die bevölkerungsmässigen und demografischen Parameter entwickeln. Laut Statistik Aargau wächst die Bevölkerung im Kanton Aargau überdurchschnittlich stark und es wird eine Zunahme der Gesamtbevölkerung zwischen 2008 und dem Prognosejahr 2035 um 145'334 Personen (+24,4 %) respektive um durchschnittlich 5'383 Personen oder um 0,81 % jährlich prognostiziert. Dabei wachsen zwar die Bezirke Lenzburg und Rheinfelden mit 38,7 % beziehungsweise 35,9 % überdurchschnittlich stark, der Bezirk Baden baut jedoch seine Stellung als bevölkerungsstärkster Bezirk mit einer Zunahme von 128'000 auf 161'000 Personen im Jahr 2035 deutlich aus.⁹ Das bedeutet, dass die Versorgungsleistungen im Ostaargau zu stärken sein werden. Erstens, um der Gefahr der Abwanderung von Patientinnen und Patienten in den Grossraum Zürich vorzubeugen. Zweitens, um die Wertschöpfung im Kanton Aargau zu erhalten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass das KSB zu einem Grundversorgungsspital wird, das in der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung mittelfristig den Anschluss verliert. In diesem Zusammenhang wird auch der Entwicklung der Integrierten Versorgungssysteme im Kanton Aargau sowie den Kooperationen der beiden akutsomatischen Kantonsspitäler mit ausserkantonalen und innerkantonalen Leistungserbringern ein starkes Augenmerk zu widmen sein.

d)

Einerseits ist die Zugänglichkeit zu den Finanzierungshilfen zu erleichtern, wenn diese ihren Zweck tatsächlich erfüllen sollen. Andererseits ist mit der Definition von Voraussetzungen zum Zugang sicherzustellen, dass sie Investitionen dienen, die mit den übergeordneten strategischen Zielen konform sind.

Zusammenfassend hält der Regierungsrat fest, dass er von der Richtigkeit der strategischen und gesetzgeberischen Massnahmen im Licht der seit der Rückweisung der (11.251) Botschaft Zentralspital eingetretenen Umfeldentwicklungen, der Leistungszahlen aller Spitäler des Kantons Aargau, der prognostizierten Wachstumszahlen und der mittleren Aufenthaltsdauer auf der Basis des Versorgungsberichts und mit Blick auf ein künftiges Leistungsportfolio 2020 überzeugt ist. Der Kanton Aargau ist einer jener Kantone, die überdurchschnittlich rasch und kräftig wachsen. Dies hat Auswirkungen auf die Infrastrukturen, nicht zuletzt auf jene im Gesundheitswesen. Entsprechend ist dieser Entwicklung in Kombination mit den spezifischen Herausforderungen, die sich durch veränderte Finanzierungsregeln und Wettbewerbssituationen für die Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer und Leistungsbezüger ergeben haben, Rechnung zu tragen. Zu minimieren sind insbesondere die Risiken, dass der Kanton und seine Häuser die Zukunft der Spitallandschaft nicht länger aus einer Position der Stärke gestalten können, sondern dass der Kanton in eine Saniererrolle gedrängt wird. Es ist unschwer absehbar, dass die Kosten für eine Sanierung wesentlich höher ausfallen könnten als jene für die bescheidene "Investition" via Finanzierungshilfen.

8. Auswirkungen

⁹ Statistik Aargau, Bevölkerungsprognose 2009 (September 2009)

8.1 Auswirkungen auf den Kanton Aargau

Die strategische Festlegung, die optimierte Synergienutzung sowie die erleichterte Zugänglichkeit sorgen insgesamt für eine Stärkung des Spitalstandorts Aargau und dessen Wertschöpfung. Die Effekte schlagen sich sowohl betriebs- als auch volkswirtschaftlich positiv nieder. Weiter ist umso mehr davon auszugehen, dass das vom Kanton vorgesehene Fremdkapital (Finanzierungshilfen) von den Spitälern bei einer Verlängerung der Frist für die Rückzahlbarkeit benutzt wird. Dabei ist sowohl bei den Kantonsspitälern Aarau und Baden als auch bei den PDAG sowie bei den Regionalspitälern von Finanzbedarf auszugehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kriterien für die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler aufgrund der strategischen Festlegung andere sein werden als bei den PDAG und bei den Regionalspitälern. Die Verzinsung und Amortisation der entsprechend gewährten Finanzierungshilfen wird im Aufgaben- und Finanzplan abzubilden sein. Sie kann zum heutigen Zeitpunkt weder in Bezug auf den Umfang noch mit Blick auf den Zeitraum erfasst werden.

8.2 Auswirkungen auf die Gemeinden

Gemäss Krankenversicherungsgesetz finanzieren die Kantone ab dem Jahr 2017 mindestens 55 % und die Krankenversicherer höchstens 45 % der stationären Akutversorgung von Spitälern auf der Spitalliste. Die Gemeinden beteiligen sich derzeit im Umfang von 40 % an den Kosten für die gesamte inner- und ausserkantonale Grundversorgung. Die Beteiligung fällt gemäss § 29 des Spitalgesetzes ab dem Jahr 2014 weg. Die Modalitäten der Umsetzung werden im Rahmen der neuen Aufgaben- und Lastenverteilung geregelt.

8.3 Auswirkungen auf die Umwelt

Es sind keine direkten Auswirkungen auf die Umwelt zu erwarten. Die Ausschöpfung von Synergien schafft in der Tendenz grundsätzlich eine Entlastung.

8.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die strategische Festlegung, die optimierte Synergienutzung sowie die erleichterte Zugänglichkeit zu den Finanzierungshilfen sorgen insgesamt für eine Stärkung des Spitalstandorts Aargau und dessen Wertschöpfung. Die Effekte schlagen sich sowohl betriebs- als auch volkswirtschaftlich positiv nieder. In diesem Zusammenhang ist wiederholt darauf hinzuweisen, dass das Gesundheitswesen nicht nur Kosten produziert, sondern auch Wertschöpfung generiert. Dabei ist an das unternehmerische Wirken der Spitäler direkt, indirekt aber auch an Know-how, Beschäftigung, Steuern etc. zu denken.

Antrag:

1.

Die bestehende Strategie 6 der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010 mit dem Wortlaut "Bei der Konzeption seiner Spitalversorgung strebt der Kanton eine angemessene regionale Versorgung an. Er prüft eine Konzentration der Angebote, wo dies aus betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen oder finanzpolitischen Überlegungen sinnvoll ist. Er berücksichtigt dabei integrierte Versorgungssysteme (IVS), Mindestmengen bei den Angeboten und koordiniert bei mengenkritischen Angeboten diese nach Möglichkeit auch interkantonal" wird um eine Teilstrategie ergänzt. Diese lautet: "Die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler Aarau und Baden bieten eine umfassende Grundversorgung an. Sie koordinieren und konzentrieren mit der Bildung von unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten die spezialisierte und im Rahmen der IVHSM die hochspezialisierte Versorgung im Kanton. Resultat ist – im Sinn eines Kompetenzzentrums für die Akutmedizin – eine inner- und interkantonal wettbewerbsfähige Organisation der davon betroffenen Disziplinen."

2.

Von der vorliegenden Ergänzungsbotschaft und von der beabsichtigten Überarbeitung der Spitalgesetzgebung im Sinn der Erwägungen in Kapitel 7 wird Kenntnis genommen.

3.

Das (09.302) Postulat der FDP-Fraktion vom 10. November 2009 betreffend Entwicklung der Investitionsvolumen im Bereich der Kantonsspitäler wird abgeschrieben.

Aarau, 10. Januar 2013

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatsschreiber:

Susanne Hochuli

Dr. Peter Grünenfelder