

## GROSSER RAT

GR.15.77-1

### VORSTOSS

**Interpellation der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 5. Mai 2015 betreffend Auswirkung der Doppelrolle des Kantons auf die Kostenentwicklung bei den kantonalen Spitälern**

---

#### **Text und Begründung:**

Die Kantone haben im Gesundheitswesen eine problematische Mehrfachrolle zugewiesen erhalten. Der Rollenmix führt zwangsläufig zu Interessenkonflikten. Zum Beispiel ist der Kanton einerseits Leistungserbringer als Eigentümer der Kantonsspitäler (PD AG, KSA und KSB). Andererseits ist er Leistungsbesteller sowie Tarifsetzer und Regulator.

Im System der neuen Spitalfinanzierung bildet die Baserate die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen. Die Baserate meint den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise (Diagnosis Related Groups) für die Krankenhausbehandlung zugrunde gelegt wird. Zur Berechnung der Preise resp. Tarife für die Krankenhausbehandlung wird die Bewertungsrelation der DRG mit dem Basisfallwert multipliziert.

Heute hat der Kanton einerseits ein eminentes Interesse daran, die Kosten seiner Gesundheitsversorgung (per 2017: 55 Prozent Kantonsanteil) durch eine tiefere Baserate zu senken; andererseits hat derselbe Kanton kein Interesse daran, die Finanz-Ergebnisse seiner eigenen Spital-Unternehmungen durch tiefere Baserates zu verschlechtern. Er riskiert sonst nämlich als Eigner die Rentabilität seiner Häuser respektive stellt damit deren Investitions- und Erneuerungskraft in Frage, was wiederum deren Qualität verschlechtert und schliesslich zu zusätzlicher Subventionierung der Häuser (bspw. über Baukredite oder andere Zuschüsse wie GWL, wie in einigen Kantonen praktiziert) führt.

Der Preisüberwacher Stefan Meierhans lässt sich wie folgt zitieren: *"Die Kantone sind einerseits als Eigentümer der Spitälern daran interessiert, dass es den Spitälern gut geht. Es hängen ja auch Arbeitsplätze daran, und ausserdem werden Eigentümer ineffizient arbeitender Spitälern nicht darum herumkommen, die Verluste zu decken. Es gibt mithin einen manifesten geldwerten Anreiz für überhöhte Kassentarife. Andererseits sind sie Anwalt der Steuerzahler und zudem erste Entscheidungsinstanz für die Spitaltarife. Da sehe ich ein gewisses Konfliktpotenzial."*

In Bericht "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" (Bericht des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 9. Mai 2012) ist nachzulesen: *"Bei 90'000 Hospitalisierungen im Kanton Aargau und einem erwarteten CMI von 0,93 für 2013 bedeutet eine um 100 Franken tiefere Baserate einen Gegenwert von 8,37 Millionen Franken oder 4,07 Millionen Franken weniger Aufwand zulasten des Kantons (bei einem Kantonsanteil von 48,6 % im Jahr 2013). Im Sinne einer Kostensenkung muss der Kanton also eigentlich alles daran setzen, um die Baserates so tief wie möglich zu halten."*

Nach Auffassung vieler Gesundheitsökonomien könnten die Kantone aus dem Dilemma der Doppelrolle als Eigner, Leistungsbesteller, Finanzierer und Tariffestsetzer ein Stück weit befreit werden, wenn die kantonseigenen Spitälern an private Betreibergesellschaften verkauft würden: Der Anreiz

der Kantone, sich für tiefere Baserates einzusetzen, wäre dadurch eindeutig höher. Er würde aber weiterhin durch den Versorgungsauftrag limitiert: Kein Kanton hat ein Interesse daran, derart tiefe Baserates anzusetzen, dass die Qualität der leistungserbringenden Häuser infolge schlechter Löhne, veralteter Infrastrukturen oder ungenügender Medizintechnik derart sinkt, dass die Versorgung gefährdet ist oder eine steigende Zahl von Patientinnen und Patienten sich ausserkantonale behandeln lassen.

Wir bitten den Regierungsrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie beurteilt der Regierungsrat die Entwicklung der Baserates seit Beginn der Abrechnung der Spitalleistungen mittels Fallkosten? Und welche künftige Entwicklung erwartet der Regierungsrat in den nächsten vier bis sechs Jahren?
2. Welche Strategie verfolgt der Regierungsrat im Rahmen seiner Genehmigungskompetenz (Art. 46, Abs. KVG) im Bereich der Tarife resp. Baserates?
3. Weiss der Kanton, welchen EBITDA ein Spital im Durchschnitt erwirtschaften muss, um seine Mobilien und Immobilien zeitgerecht erneuern zu können? Welche aargauischen Kantonsspitäler erreichen diesen EBITDA?
4. Haben die aargauischen Kantonsspitäler aufgrund der über die Zeit sinkenden Baserates aus Sicht des Kantons ihre Effizienzpotenziale schon ausgeschöpft?
5. Sind die Verluste beim KSA nach Auffassung des Regierungsrats eher auf zu tiefe Baserates oder eher auf nicht realisierte Effizienzgewinne und damit auf betriebswirtschaftliche Gründe zurückzuführen?
6. Welche Auswirkungen hätte eine Transformation der heute kantonal beherrschten Spital-Aktiengesellschaften auf die Baserate-Entwicklung, wenn diese neu von privaten Betreibergesellschaften betrieben würden?
7. Erachtet der Regierungsrat einen Verkauf der Spitalaktiengesellschaften an private Betreiber als zielführende Massnahme, um mehr Druck auf sinkende Spitaltarife/Baserates zu erzeugen?
8. Welche Gesetzesänderungen müssten vorgenommen werden, um dies zu erreichen?
9. Sieht der Regierungsrat andere Möglichkeiten, um sich aus dem oben geschilderten Dilemma der Mehrfachrolle als Leistungsbesteller, Spitalbetreiber und damit Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer sowie als Tarifgenehmiger zu befreien?