



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

Health
Economics

Prof. Dr. Stefan Felder

Prof. Dr. Stefan Felder | Health Economics
Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel
Tel. +41 61 207 32 26 | stefan.felder@unibas.ch



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Solothurnerstrasse 94 | CH-4053 Basel
Tel. +41 61 281 21 28 | gesundheit@iwsb.ch

ANDREAS FALLER

LIC. IUR., ADVOKAT

ADVOKATUR UND BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

BOLLWERKSTRASSE 21, CH-4102 BINNINGEN

Gesundheitswesen des Kantons Aargau – Situationsanalyse und Handlungsempfehlungen

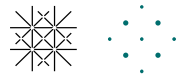
Schlussbericht

Gutachten z. Hd.

Aargauischer Gewerbeverband (AGV)

Aargauische Industrie- und Handelskammer (AIHK)

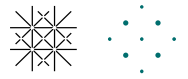
überarbeitete Fassung | Basel, 16. Oktober 2018



Auftraggeber:	Aargauischer Gewerbeverband (AGV) Gewerbehaus Entfelderstrasse 19 CH-5001 Aarau	
	Aargauische Industrie- und Handelskammer (AIHK) Entfelderstrasse 11 CH-5001 Aarau	
Begleitgruppe:	Dr. Hans-Jörg Bertschi Thierry Burkart Peter Fröhlich Ernst Hasler Peter Lüscher Dr. Fridolin Marty Kurt Schmid Marianne Wildi	
Projektleitung:	Prof. Dr. Stefan Felder	Universität Basel
Projektbearbeitung:	Dr. Stefan Meyer	Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Juristische Expertise:	Andreas Faller	Advokatur und Beratung im Gesundheitswesen
Vorgeschlagene Zitierweise:	Felder, S., Meyer, S. und Faller, A. (2018), <i>Gesundheitswesen des Kantons Aargau – Situationsanalyse und Handlungsempfehlungen</i> . Gutachten im Auftrag des Aargauischen Gewerbeverbands (AGV) und der Aargauischen Industrie- und Handelskammer (AIHK).	

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	4
TABELLENVERZEICHNIS	4
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	5
KURZFASSUNG	6
1 EINLEITUNG	10
1.1 HINTERGRUND UND AUSGANGSLAGE	10
1.2 ZIEL DES GUTACHTENS	11
2 ZEITLICHER UND INTERKANTONALER VERGLEICH DER GESUNDHEITSAUSGABEN IM KANTON AARGAU	12
2.1 ÜBERBLICK ÜBER DIE KOSTEN UND FINANZIERUNG DES SCHWEIZER GESUNDHEITSWESENS	12
2.2 INTERKANTONALER VERGLEICH DER GESUNDHEITSAUSGABEN	14
2.2.1 Gesundheitsausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.....	14
2.2.2 Gesundheitsausgaben des Kantons und seiner Gemeinden	15
2.3 ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSAUSGABEN IM KANTON AARGAU	17
3 STRUKTUR UND FUNKTIONSWEISE DES AARGAUISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	20
3.1 KOMPETENZEN DER STAATLICHEN EBENEN	20
3.2 VERSORGUNGSDICHTE NACH LEISTUNGSBEREICH	21
3.3 FINANZIERUNGSSTRÖME IM DETAIL	22
4 IDENTIFIKATION WACHSTUMSSTARKER LEISTUNGSBEREICHE IM KANTON AARGAU	26
4.1 ENTWICKLUNG DER LEISTUNGSBEREICHE IN DER OKP	26
4.2 ENTWICKLUNG DER STAATLICH FINANZIERTEN GESUNDHEITSBEREICHE GENERELL	28
4.3 ENTWICKLUNG DER BELASTUNG FÜR DEN KANTON UND DESSEN GEMEINDEN	29
4.4 KOMPONENTEN DES KOSTENWACHSTUMS IN DER LANGZEITPFLEGE.....	30
5 VORSTELLUNG UND DISKUSSION VON MASSNAHMEN	34
5.1 METHODISCHES KONZEPT	34
5.2 DIE MASSNAHMEN IM ÜBERBLICK	34
5.3 MASSNAHMEN JE GESUNDHEITSSSEKTOR	35
5.3.1 Spitalsektor	35
5.3.2 Ambulanter (Spital-) Sektor.....	47
5.3.3 Langzeitpflege.....	52
5.3.4 Individuelle Prämienverbilligung, Richtprämien und Prämienausstände	58
5.3.5 Zusätzliche Massnahmen	61
5.4 FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER EMPFOHLENE MASSNAHMEN AUF KANTONALER EBENE	63
6 LITERATURVERZEICHNIS	65
7 ANHÄNGE	67
7.1 ZUSÄTZLICHE ABBILDUNGEN UND TABELLEN	67
7.2 METHODIK DER KOMPONENTENZERLEGUNG.....	69



Abbildungsverzeichnis

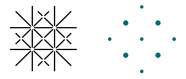
Abbildung 1	Entwicklung der Gesundheitskosten in der Schweiz 1960 – 2019	12
Abbildung 2	Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregime (2015).....	13
Abbildung 3	Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen (2015)	14
Abbildung 4	Kantonaler Vergleich der Bruttoleistungen je versicherte Person in der OKP (2016).....	15
Abbildung 5	Kantonaler Vergleich der Ausgaben der öffentlichen Hand Kantone und Gemeinden (2015).....	16
Abbildung 6	OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person 1997 – 2016.....	17
Abbildung 7	Einnahmen und Ausgaben des Kantons Aargau und seiner Gemeinden 1990 – 2015	18
Abbildung 8	Finanzierungsströme im aargauischen Gesundheitssystem (2016)	23
Abbildung 9	Entwicklung der OKP-Bruttoleistungen pro Kopf je Bereich Kanton Aargau (1997 – 2016).....	26
Abbildung 10	Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit Kanton und Gemeinden (1990 – 2015).....	28
Abbildung 11	Nettoaussgaben je Aufgabenbereich im funktionalen Bereich Gesundheit	29
Abbildung 12	Komponenten des Kostenanstiegs stationär und ambulant (2011 – 2016).....	31
Abbildung 13	Komponenten des Kostenanstiegs relativ ambulant und stationär (2011 – 2016)	32
Abbildung 14	Drei Hauptkriterien für die Wahl des Massnahmenkatalogs	34
Abbildung 15	Überblick über den Massnahmenkatalog	35
Abbildung 16	Behandlungskanton von Aargauer Patienten (2016)	37
Abbildung 17	Schematische Darstellung der Mengenausweitung ohne Preiswettbewerb	45
Abbildung 18	Kosten und Finanzierung der Heimpflege Kanton Aargau (2016)	53
Abbildung 19	Tarife für die Betreuung und Hotellerie Kanton Aargau (2018)	56
Abbildung 20	Anteil subventionierter Haushalte nach ausbezahltem Jahresbetrag AG/CH (2016).....	58
Abbildung 21	Präventionsausgaben und Gesundheitsausgaben im Vergleich Kantone und Gemeinden (2016) ...	62
Abbildung A22	Ausgaben des Kantons Aargau und seiner Gemeinden Funktionale Bereiche (2015).....	67
Abbildung A23	Pflegetage nach Pflegestufe Pflegeheime im Kanton Aargau (2011/2016).....	67
Abbildung A24	Hospitalisierungsrate in Akutspitälern (2015)	68
Abbildung A25	Prämiendeckungsgrad und Bezügerquote in den Kantonen (2016).....	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zahlen zur OKP im Zeitvergleich Kanton Aargau (2002/2016)	19
Tabelle 2	Versorgungsdichte nach Leistungsbereich Pro 10'000 Kantonseinwohner (2016).....	22
Tabelle 3	Treiber des Kostenwachstums in ausgesuchten OKP-Bereichen (2010 – 2016).....	27
Tabelle 4	Anzahl Pflegetage nach Pflegeintensitätsstufe Pflegeheime des Kantons Aargau (2011/2016).....	32
Tabelle 5	Ertragssituation der aargauischen Spitäler (2016).....	36
Tabelle 6	Marktanteil stationär von Privatspitälern Kanton Aargau (2016)	36
Tabelle 7	Herkunft und Versicherung der Patienten nach Trägerschaft des Spitals (2016)	37
Tabelle 8	Kosten im akutstationären Bereich Spitäler im Kanton Aargau (2016)	38
Tabelle 9	Kosten im ambulanten Akutbereich Spitäler im Kanton Aargau (2016)	47
Tabelle 10	Übersicht über die kantonal umsetzbaren Massnahmen Berechnung des Sparpotenzials	63
Tabelle A11	Hospitalisierungen nach Wohnort der Patienten Kanton Aargau (2013)	69

Verwendete Abkürzungen

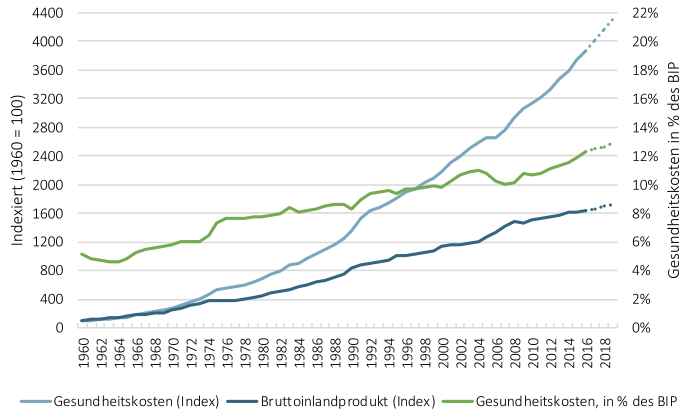
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ASPS	"Association Spitex privée Suisse"
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungs-System
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BöB	Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen
CMI	"Casemix-Index" (dt. Fallschwere-Index)
DRG	"Diagnosis-related Groups" (dt. Diagnosebezogene Fallgruppen)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EL	Ergänzungsleistungen
FMCH	Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HMO	"Health Maintenance Organisation" (sinngemäss: Organisation zur Gesundheitserhaltung)
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
IV	Invalidenversicherung
K9	9 Vergleichskantone (BL, BE, FR, LU, SG, SO, TG, ZG, ZH)
KLv	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVGG	Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Kanton Aargau)
KZSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
MOKKE	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
n.a.g.	nicht anderweitig genannt
PfIV	Pflegeverordnung Kanton Aargau
REKOLE	Revision Kostenrechnung und Leistungserfassung (Kostenrechnung in den Spitälern)
SAR	Systematische Sammlung des Aargauischen Rechts
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
SubmD	Submissionsdekret Kanton Aargau
TARMED	"Tarif médical" (Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz)
UV	Unfallversicherung
WEKO	Wettbewerbskommission
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit



Kurzfassung

"Entkopplung der Basisversicherung OKP von der einkommensgetriebenen Gesundheitsnachfrage"

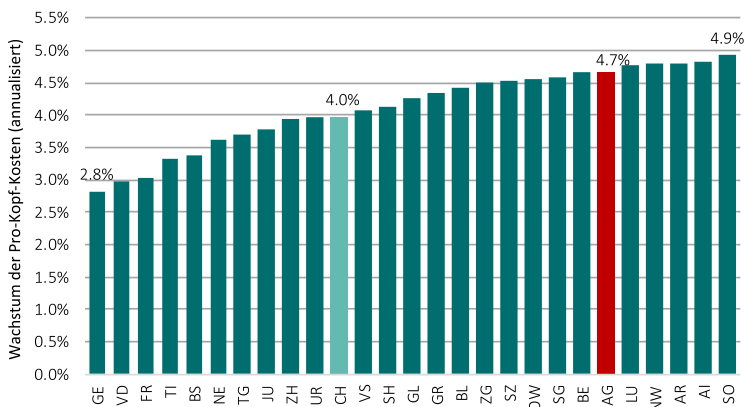
Die Gesundheitsausgaben belaufen sich in der Schweiz aktuell auf rund CHF 80 Mrd. oder CHF 10'000 pro Einwohner. Seit 1960 hat sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am Volkseinkommen von 5.2 % auf 11.9 % (2015) mehr als verdoppelt (vgl. *Abbildung rechts*). Verantwortlich hierfür ist vor allem die **Einkommensentwicklung, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stetig erhöht hat**. Die demografische Alterung spielt demgegenüber, wenn überhaupt, nur eine untergeordnete Rolle. Kostensparmassnahmen, wie sie jüngst die Expertenkommission des Eidgenössischen Departments des Innern (Expertengruppe EDI, 2017) vorgeschlagen hat, können an der Gesetzmässigkeit "Gesundheitsausgaben wachsen deutlich stärker als das Einkommen" wenig ändern. Vielmehr muss es gelingen, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) als **Basisversicherung** auszugestalten und die mit dem Einkommen stetig steigende Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für Gesundheit in den Bereich der privaten Zusatzversicherung zu lenken.



ENTWICKLUNG DER SCHWEIZER GESUNDHEITSAUSGABEN (1960 – 2019)
ABSOLUT UND IM VERHÄLTNIS ZUR WIRTSCHAFTSLEISTUNG

"Der Kanton Aargau weist unterdurchschnittliche Kosten auf – die Tendenz ist jedoch stark steigend"

Für die kantonale Ebene gibt es keine verlässlichen Angaben über die gesamten Gesundheitsausgaben. Daher stützt man sich in der Regel auf einen Vergleich der **OKP-Ausgaben**, die landesweit etwas mehr als ein Drittel (35.4 %, exkl. Selbstbeteiligung der Versicherten und Kantonsanteile bei der Vergütung) der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen. Im kantonalen Vergleich der OKP-Ausgaben (Bruttoleistungen) liegt der Aargau mit CHF 3'484 pro Jahr (CHF 290 pro Monat) und Einwohner im Mittelfeld, **8 % weniger als im Landesdurchschnitt**. Im



WACHSTUM DER PRO-KOPF-AUSGABEN IN DER OKP IN DEN 26 KANTONEN
DURCHSCHNITTICHE WACHSTUMSRATE PRO JAHR (1997 – 2016)

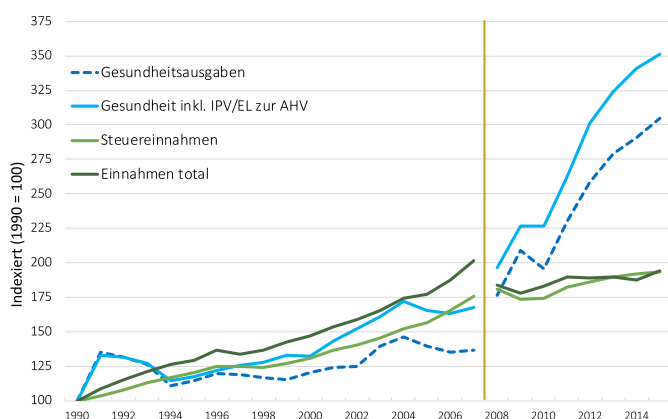
seit 1997 jährlich nur um 2.1 % zugenommen, d.h. auch im Aargau laufen die Gesundheitsausgaben der Einkommensentwicklung davon. Statt nur nach der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau zu fragen (vgl. Telsler u.a., 2018), ist es vordringlich, die steigenden Ausgaben des Kantons und der Gemeinden zu beleuchten und das Verhältnis von privater und staatlicher Verantwortung in diesem Bereich zu klären.

Vergleich zu neun ähnlich strukturierten Kantonen (K9: BL, BE, FR, LU, SO, SG, TG, ZG und ZH) liegen die Aargauer mit CHF 16 weniger Ausgaben im Monat im Vorteil. Weniger gut präsentiert sich das Bild in der zeitlichen Rückblende. Während die OKP seit ihrer Einführung 1997 insgesamt jährlich um knapp 4 % wuchs, betrug das Wachstum der OKP-Ausgaben im Aargau über den gleichen Zeitraum **4.7 % pro Jahr** (vgl. *Abbildung links*). Unter den K9-Kantonen verzeichneten nur gerade die Kantone Solothurn und Luzern ein stärkeres Wachstum. Die Einnahmen des Kantons Aargau haben

"Steigende Spitalkosten und die Langzeitpflege belasten den öffentlichen Haushalt stark"

Im interkantonalen Vergleich sind im Aargau die Ausgaben von Kanton und Gemeinden für die Gesundheit der Bevölkerung gering: CHF 1'144 pro Einwohner, gegenüber CHF 1'686 landesweit und CHF 1'555 in den K9-Kantonen. **Auf niedrigem Niveau** haben allerdings seit 1990 die staatlichen Ausgaben für Gesundheit **stark zugenommen** (s. *Abbildung unten*). Verliefe deren Entwicklung bis 2007 noch im Gleichschritt mit den Steuereinnahmen, ist dies in den letzten Jahren nicht mehr der Fall gewesen. Innerhalb von nur sieben Jahren sind die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (inkl. Individuelle Prämienverbilligung (IPV) und Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV) um 79 % auf CHF 944 Mio. angestiegen und machen **23.1 % der gesamten Steuereinnahmen** des Kantons aus. 2007 betrug dieser Anteil noch 12.1 %. Das ist eine massive Erhöhung der staatlichen Gesundheitsausgaben, die den **kantonalen Finanzhaushalt stark strapaziert**.

Die relative Belastung der öffentlichen Hand lässt sich getrennt für den Kanton Aargau und seine 212 politischen Gemeinden untersuchen. Verglichen mit 2008 hat die **Belastung des Kantons** im funktionalen Aufgabenbereich Gesundheit merklich **zugenommen**, während die **Gemeinden** insgesamt etwas **entlastet** wurden. Auf kantonaler Ebene haben sich die bereinigten öffentlichen Ausgaben von CHF 728 pro Einwohner auf CHF 1'306 erhöht



ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN UND DER (STEUER-)EINNAHMEN DER ÖFFENTLICHEN HAND IM KANTON AARGAU (1990 – 2015)

(+79.5 %). Die kommunal getragenen Kosten sind im selben Zeitraum dagegen marginal zurückgegangen (von CHF 172.8 im Jahr 2008 auf CHF 172.5 im Jahr 2015). Die finanzielle Situation hat sich in den letzten sieben Jahren in den Gemeinden verbessert, während sie sich beim Kanton verschlechtert hat.

Für den **Kanton** haben sich in jüngster Zeit vor allem die **stationären Spitalkosten** stark auf das Budget ausgewirkt. Die Mehrkosten sind einerseits auf die erhöhte Beteiligung des Kantons an der Vergütung im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen. Geändert haben

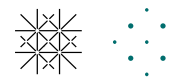
sich gleichzeitig aber auch die Zuständigkeiten. So trugen die Gemeinden bis ins Jahr 2014 einen Teil der Spitalkosten selbst. Kantonal schlägt auch die **individuelle Prämienverbilligung** zu Buche. Pro Einwohner flossen im Jahr 2015 rund CHF 166 an die IPV, CHF 60 mehr als noch 2008 (+56 %). Noch deutlicher erhöht haben sich die **Ergänzungsleistungsbeiträge zur AHV** von ursprünglich CHF 72 auf CHF 159 pro Einwohner (+120 %). Angewachsen, wenn auch in einem weitaus geringeren Mass, sind die Ergänzungsleistungen zur Invalidenversicherung (+13 %).

Für die **Gemeinden** hat die **neue Pflegefinanzierung** einige Änderungen gebracht. Die Restfinanzierung der Pflegekosten hat dazu geführt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für die Langzeitpflege in nur sieben Jahren von CHF 33 auf CHF 171 angestiegen sind (Pflegeheime und Spitex). Damit haben sich die Kosten je Einwohner mehr als verfünffacht. Zurückgegangen sind die Ausgaben für die Heime für Behinderte, wobei diese heute zu einem grösseren Teil vom Kanton getragen werden.

"Der Kanton kann handeln – dies vornehmlich im Spitalbereich und bei der Langzeitpflege"

Dieses Gutachten identifiziert jene Bereiche der Gesundheitsversorgung, die in den letzten Jahren stark gewachsen sind und insbesondere die öffentliche Hand belasten. Dies führt zu Massnahmen, die der Kanton alleine oder konzertiert mit den anderen Kantonen unternehmen kann. Darüber hinaus gibt es auch auf Bundesebene einen Handlungsbedarf in der Gesundheitspolitik. Insgesamt wurden 16 Massnahmen evaluiert. Die untenstehende Tabelle gibt einen Überblick auf die **acht kantonal umsetzbaren Massnahmen**.

Wir schlagen für den stationären Sektor eine konsequente **Privatisierung** der öffentlich getragenen Spitäler vor und empfehlen eine Ausschreibung der **gemeinwirtschaftlichen Leistungen**. In der Pflege stehen eine **Ausschreibung** von Versorgungsgebieten, die Übertragung der **Tarifkompetenz** auf die Gemeinden sowie eine Senkung der **Ergänzungsleistungen** im Vordergrund.



"Entkopplung der Mehrfachrollen des Kantons in der stationären Versorgung als oberstes Ziel"

Der grösste Block aus Sicht des Kantons sind die Beiträge an die fallpauschalierte Vergütung der Spitäler von rund CHF 605 Mio. (2016), die durch die Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen in der Höhe von ca. CHF 27 Mio. ergänzt werden. Die SwissDRG Beiträge bemessen sich nach dem gesetzlich vorgegebenen 55 %-Anteil der Kantone für stationäre Leistungen von Listenspitälern. Die Kantonsbeiträge gehen zu einem weit überwiegenden Anteil an Spitäler, die der Kanton oder die Gemeinden betreiben oder über das gezeichnete Aktienkapital kontrollieren. Diese Einrichtungen weisen im Vergleich zu privaten Kliniken deutlich **höhere** schweregradbereinigte **Fallkosten** auf. Die aktuelle **Ertragsituation** ist insbesondere in den Kantonsspitälern Aarau und Baden **unbefriedigend**. Gleichzeitig stehen grosse Investitionen an, die für den Kanton ein hohes Kostenrisiko darstellen. Aus unserer Sicht drängen sich auf der kantonalen Ebene zwei Massnahmen auf.

Der Kanton und die Gemeinden **verabschieden** sich aus ihrer **Rolle als Spitalbetreiber** (Massnahme **M.S1**). Im Grossen Rat des Kantons Aargau wurden bereits Vorstösse zu diesem Thema eingereicht. Diese zielen darauf ab, die Eigentümerstrategie des Kantons zu überdenken. Ganz konkret wird der Wunsch geäussert, die kantonale Gesetzgebung so anzupassen, dass der Kanton Aargau seine Kantonsspitäler mittelfristig veräussern kann. Die Regierung hat im Zuge der Revision des Spitalgesetzes durchblicken lassen, die parlamentarischen Vorstösse bei der Gesetzesrevision zu berücksichtigen. Das **finanzielle Potenzial** einer konsequenten Privatisierung ist **beträchtlich**. Wenn die Fallkosten der Kantonsspitäler Aarau und Baden um nur 5 % oder gut CHF 500 pro Fall gesenkt werden, führt dies zu systemweiten Einsparungen von rund CHF 26 Mio.

#	Kantonale Massnahmen	Einspareffekt	Einsparpotenzial (statisch)	Empfehlung
M.S1	Rückzug des Kantons und der Gemeinden aus der Trägerschaft der Spitäler	<i>mittel- bis langfristig</i>	> 20 Mio. CHF	●
M.S4	Ausschreibung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Spitalbereich	<i>kurzfristig</i>	> 5 Mio. CHF	●
M.P1	Freie Tarifgestaltung der Gemeinden in der Langzeitpflege	<i>mittel- bis langfristig</i>	> 10 Mio. CHF	●
M.P2	Senkung der kantonalen Höchstattarife im Heim bei den Ergänzungsleistungen zur AHV	<i>kurzfristig</i>	> 10 Mio. CHF	●
M.P3	Ausschreibung der Versorgungspflicht (Spitex) mit vorgängiger Prüfung der Notwendigkeit	<i>mittelfristig</i>	> 10 Mio. CHF	●
M.R2	Kommunales Case Management und Ausbau der Datenbasis bei säumigen Prämienzahlern	<i>kurz- bis mittelfristig</i>	> 1 Mio. CHF	●
M.Z1	Integrative Präventionsstrategie mit Krankenkassenbeteiligung	<i>langfristig</i>	keine Schätzung	●
M.S6	Globalbudgets für die Spitäler im Kanton AG	<i>kurzfristig</i>	> 1 Mio. CHF	●

Eine Privatisierung der Spitäler könnte durch Beschlüsse und Gesetzesänderungen auf kantonalen Ebene vollzogen werden. Anzupassen wären §§ 9-12 des Spitalgesetzes, insbesondere in Abs. 1 und 3 in § 11: "*Der Kanton hält mindestens 70 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen jeder Spitalaktiengesellschaft. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf der Zustimmung des Grossen Rats*" und "*Änderungen der Statuten einer Spitalaktiengesellschaft, die ein qualifiziertes Mehr gemäss Art. 704 OR verlangen, bedürfen vorgängig einer Instruktion durch den Grossen Rat*".

Eine weitere Massnahme betrifft die **Ausschreibung gemeinwirtschaftlicher Leistungen** (Massnahme **M.S4**). Der Kanton hat die Möglichkeit, klare Anforderungen in Bezug auf den Umfang und die Qualität der geforderten Leistung zu stellen und diese danach öffentlich auszuschreiben. Submissionsverfahren im Bereich der Erbringung von Gesundheitsleistungen dem Beschaffungsrecht zu unterstellen, ist nach einer vorangehenden Beurteilung im Einzelfall möglich. Eine entsprechende Regelung mit Kriterien zur Beurteilung, ob eine Unterstellung erfolgen muss oder nicht, kann im kantonalen Submissionsdekret verankert werden.

Die Ausschreibung von Leistungen als alleinstehende Massnahme ist hinsichtlich ihrer **finanziellen Wirkung beschränkt, weil gegenwärtig** "nur" knapp CHF 30 Mio. pro Jahr an die kantonalen akutstationären Einrichtungen

fließen. Allerdings würde es sich um jährlich wiederkehrende Einsparungen handeln, welche letztlich zu einem Effizienzgewinn in der stationären Versorgung beitragen.

"Stärkere Gemeindeautonomie bei der Pflegefinanzierung und korrekte Anreize bei den EL zur AHV"

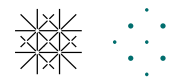
Die Spitexausgaben haben durch die neue Pflegefinanzierung seit 2011 um 70.1 % oder CHF 40.3 Mio. zugenommen. Der stationäre Pflegebereich ist insgesamt deutlich weniger schnell gewachsen als die Hilfe und Pflege zuhause. Der gesamte Kostenanstieg betrug 21.7 % oder CHF 109.5 Mio. Die Gemeinden tragen im aktuellen System zwar die gesamten Restkosten der Pflege, haben jedoch auf die Festsetzung des Tarifs keinen Einfluss. Der Kanton setzt die Normkosten für Pflegeheime und Spitexanbieter ohne Leistungsvereinbarung in Eigenregie fest. Dies widerspricht dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, wonach die Entscheidungs- und Finanzierungskompetenz auf die gleiche staatliche Ebene gehören. Heute haben die Gemeinden zu wenig Anreize an einer effizienten Leistungserbringung.

Neben der Finanzierung sollten die Gemeinden die Entscheidungskompetenz auch bei den Tarifen haben (Massnahme M.P1). Zusätzlich sollten die Gemeinden die Versorgungspflicht in Zukunft (falls notwendig) ausschreiben und damit von potenziell günstigeren Privatanbietern profitieren (Massnahme M.P3). Damit würde sich auf Seiten der Leistungserbringer ein wirksamer Preiswettbewerb einstellen. Diese Massnahme könnte auf Stufe des kantonalen Rechts abschliessend geregelt werden. § 41 der Verfassung des Kantons Aargau hält in Abs. 1 ausdrücklich fest, dass der Kanton die Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens im Zusammenwirken mit den Gemeinden erledigt. Eine veränderte Tarifgestaltung könnte somit im Pflegegesetz und in der Pflegeverordnung verankert werden.

Der grösste Kostenblock des stationären Pflegebereichs betrifft die Betreuung und die Hotellerie. Das Einkommen der Pflegebedürftigen reicht oft nicht aus, die Kosten von durchschnittlich CHF 163 pro Tag zu decken, so dass diese auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind. Die maximal anrechenbaren Kosten für den Pflegeheimaufenthalt inkl. Hotellerie betragen aktuell CHF 160 pro Tag. Problematisch ist, dass sich diese am Durchschnitt der Kosten in den Heimen orientieren. Die EL-Zahlungen sollten sich grundsätzlich an jenen Heimen orientieren, welche die Unterkunft und Betreuung kostengünstig und effizient erbringen. Hinzu kommt, dass sich die EL zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterscheiden. Ergänzungsleistungen zur AHV für stationäre Pflege können gut und gerne doppelt so hoch wie in der ambulanten Pflege ausfallen. Für Personen mit einem Anspruch auf Ergänzungsleistungen ist ein Heimaufenthalt daher im Vergleich zum Verbleib zuhause relativ günstig.

Ökonomisch ist es nicht sinnvoll, zwischen den anrechenbaren Kosten zuhause und im Heim zu differenzieren. Ein Festmachen der EL-Zahlungen an den Miet- und Lebenshaltungskosten zuhause brächte den Vorteil, dass damit der finanzielle Anreiz reduziert wird, sogar ohne Pflegebedarf in ein Heim einzutreten (Massnahme M.P2). Eine Reduktion der anrechenbaren Kosten auf das Niveau der zuhause lebenden AHV-Bezüger ist im Sinne der Strategie "ambulant vor stationär". Die potenziellen Einsparungen des Kantons bei den EL zur AHV sind beträchtlich. Eine Senkung der Kosten schlägt sich im Verhältnis 1 zu 1 im kantonalen Haushalt nieder. Demgegenüber entstehen höhere Kosten bei den Gemeinden, weil eine Senkung der Ergänzungsleistungen für Pflegebedürftige in Pflegeheimen eine Sozialhilfe begründen kann.

Änderungen bei den Höchstarifen bei den EL im Heim könnten abschliessend im kantonalen Recht geregelt werden. Dazu müsste zwingend § 42 der Pflegeverordnung durch den Regierungsrat angepasst werden. Ferner wäre eine Anpassung von § 2 Abs.1 lit. a Ziff. 1 des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV im Kanton Aargau zu prüfen.



1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Während die Staatsrechnung des Kantons Aargau in den 2000er-Jahren noch regelmässig Überschüsse verbuchen konnte, hat sich die **Finanzlage** des Kantons in den letzten Jahren zusehends **verschlechtert**. Im Jahr 2016 resultierte ein Defizit von CHF 105 Mio., welches ohne einmalige Sondereffekte sogar bei rund CHF 220 Mio. gelegen hätte. Ohne tiefgreifende Haushaltssanierung, so zeigt es der Aufgaben- und Finanzplan des Kantons, würde sich die strukturelle Finanzierungslücke noch weiter öffnen und auf diese Weise die künftige finanzielle Handlungsfähigkeit des Kantons gefährden.

Ausgabenseitig bildet die kantonale **Gesundheitsversorgung** einen **wesentlichen Kostenblock** im Budget des Kantons. Gemäss seiner Jahresrechnung betrug der Aufwand für das Gesundheitswesen im Jahr 2016 CHF 733 Mio., wobei im Vergleich zum Vorjahr ein Wachstum von CHF 39 Mio. oder rund 6 % resultierte. Gemessen am Gesamtaufwand des Kantons ergibt sich für das Jahr 2016 somit ein Anteil der Gesundheitskosten von 14 %, wobei darin der kantonale Aufwand für die Prämienverbilligung noch nicht enthalten ist.

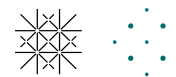
Aufgrund der **Neuordnung der Pflegefinanzierung** im Jahr 2011 hat sich die **finanzielle Belastung der Gemeinden** im Bereich der Langzeitpflege markant **erhöht**. Seit nunmehr sieben Jahren sind die Kommunen verantwortlich für die sogenannte Restfinanzierung von Pflegeleistungen (ambulant und stationär). Gleichzeitig wurden die Gemeinden aus der Pflicht zur Mitfinanzierung der Spitäler entlassen. Da die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und die Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen fixiert sind, werden Tarifierhöhungen im Pflegebereich automatisch auf die Gemeinden überwälzt. Alleine im stationären Bereich rechnete der Kanton für das vergangene Jahr mit Kosten für die Gemeinden im Umfang von rund CHF 76 Mio. Zusätzlich leisten Kanton und Gemeinden ihre Anteile an den Ergänzungsleistungen zur AHV, die bei Pflegebedürftigkeit häufig in Anspruch genommen werden.

Die **finanzielle Belastung des Gesundheitssystems** trifft nicht nur den Staat, sondern auch ganz direkt über die **Krankenversicherungsprämie** die **Versicherten**. Seit Jahren steigen die Prämien mit ungefähr 4 % pro Jahr mehr als doppelt so stark wie die Wirtschaft. Dies führt zu einer steigenden finanziellen Belastung der Bevölkerung und überfordert diese teilweise. Ohne eine finanzielle Unterstützung durch den Staat könnten viele Familien und Geringverdiener für ihre monatlichen Krankenkassenprämien nicht oder kaum mehr selbst aufkommen. Der Mittelstand spürt ebenfalls die jährliche Prämienerrhöhung immer deutlicher. Gleichzeitig befindet sich der Kanton aufgrund der angespannten Finanzlage in einem Dilemma. Ihm fehlen die Mittel, um die steigenden Prämien mit der **kantonalen Prämienverbilligung** abzufedern. Im Jahr 2015 hat der Grosse Rat des Kantons Aargau deshalb die Voraussetzungen zum Bezug von Prämienverbilligungen angepasst, indem Steuerabzüge, welche die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Haushaltes nicht tangieren, beim massgebenden Einkommen dazugerechnet werden müssen. Zusätzliche wurden bei der Festlegung der Richtprämie stärker die Prämien von Managed Care-Verträgen berücksichtigt. Diese Änderungen führten zu Einsparungen bei den Prämienverbilligungen.

Auch künftig wird sich die finanzielle **Situation** des Kantons ohne Gegenmassnahmen **nicht verbessern**, denn die Gesundheitskosten dürften in den kommenden Jahren weiterhin kontinuierlich ansteigen. Da gleichzeitig ertragsseitig die **Steuereinnahmen** des Kantons **rückläufig** sind und die Steuervorlage 17 zu weiteren Ausfällen führen wird, ist es fraglich, ob die staatliche Gesundheitsversorgung in der heutigen Form für den Kanton Aargau langfristig überhaupt noch tragbar ist.

1.2 Ziel des Gutachtens

Im Zuge dieser Studie wird die **aktuelle Situation** des Kantons Aargau im Bereich Gesundheit eingeschätzt und im **interkantonalen Kontext** eingeordnet (Kap. 2). Danach folgt eine Erläuterung der **Funktionsweise des Gesundheitssystems** und eine **Analyse dessen wichtigster Akteure** (Kap. 3). Auf Basis einer Identifikation wichtiger **Kostentreiber** (Kap. 4) werden schliesslich **konkrete Massnahmen** erarbeitet (Kap. 5), welche die Gesundheitskosten senken (oder ihr Wachstum bremsen) können, ohne dabei die Kosten lediglich in andere Versorgungsbereiche zu verschieben oder andere Kostenträger gegeneinander auszuspielen. Damit soll die finanzielle Tragbarkeit der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Kanton Aargau langfristig gesichert werden.



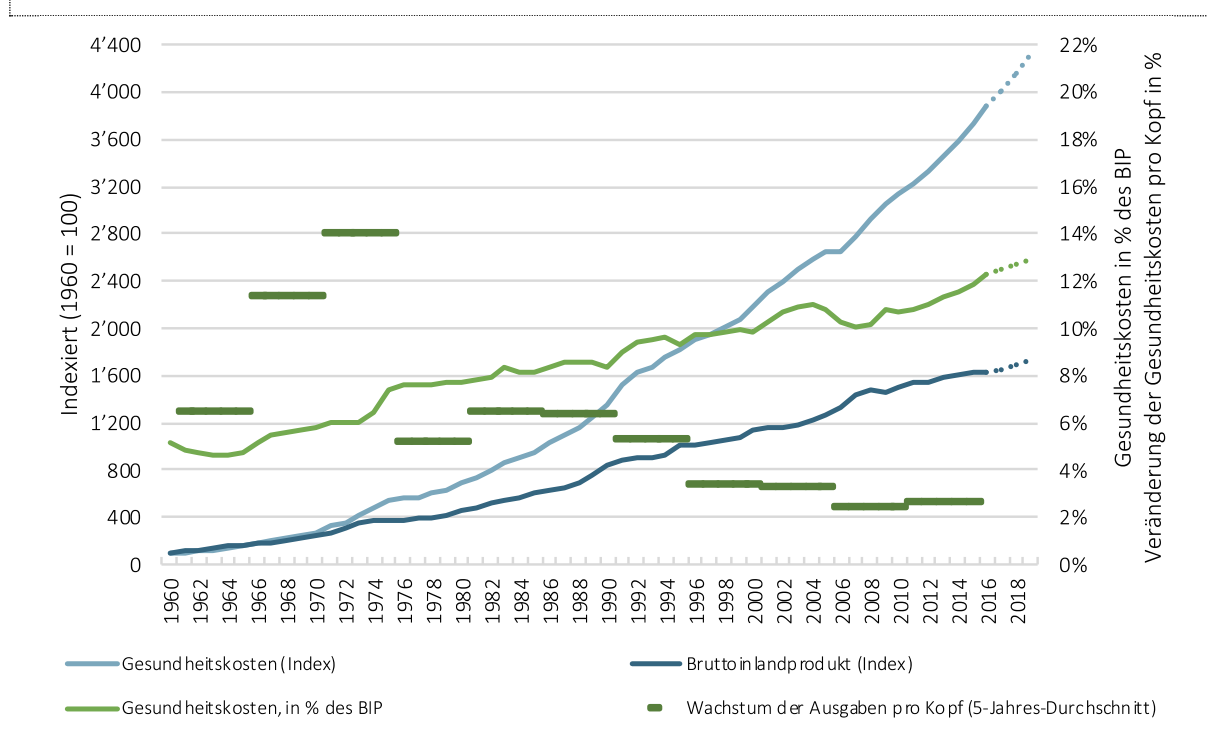
2 Zeitlicher und interkantonaler Vergleich der Gesundheitsausgaben im Kanton Aargau

2.1 Überblick über die Kosten und Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens

Die öffentlich zugänglichen Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) reichen bis ins Jahr 1960 zurück und lassen eine Analyse der Gesundheitskosten im direkten Vergleich zur Wirtschaftsentwicklung zu (vgl. Abbildung 1). Die indextierten Werte machen deutlich, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz seit Mitte der 1960er-Jahre kontinuierlich und jeweils stärker gewachsen sind als das Bruttoinlandprodukt (BIP) im selben Zeitraum. Seit dem Jahr 2000 liegen die jährlichen nominellen Wachstumsraten bei den Gesundheitskosten im Mittel bei +3.65 %. Im selben Zeitraum wuchs die Wirtschaft nominell jährlich nur gerade um durchschnittlich +2.54 %. Pro Kopf sind die Zunahmen bei den Gesundheitskosten aufgrund der wachsenden Bevölkerung etwas weniger ausgeprägt. Seit der Jahrtausendwende beträgt die Pro-Kopf-Zunahme rund 2.8 % pro Jahr.

Gemessen am BIP haben sich die Gesundheitsausgaben damit von ursprünglich rund 5 % anfangs der 1960er Jahre auf 11.9 % im Jahr 2015 erhöht. Das überproportionale Wachstum der Gesundheitsausgaben war dabei erstaunlich stabil. Der einzig nennenswerte Rückgang der Gesundheitsausgaben gemessen an der Wirtschaftskraft erfolgte Mitte der 2000er Jahre. Der Grund hierfür ist in erster Linie im starken Wirtschaftswachstum zu suchen (nominell, 2006: +6.2 %, 2007: +6.6 %).

ABBILDUNG 1 ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN IN DER SCHWEIZ | 1960 – 2019



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (2015, revidiertes Modell 2017); KOF/ETHZ, Prognose der Gesundheitsausgaben Frühjahr 2018; SECO, Expertengruppe Konjunkturprognosen des Bundes (2018). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

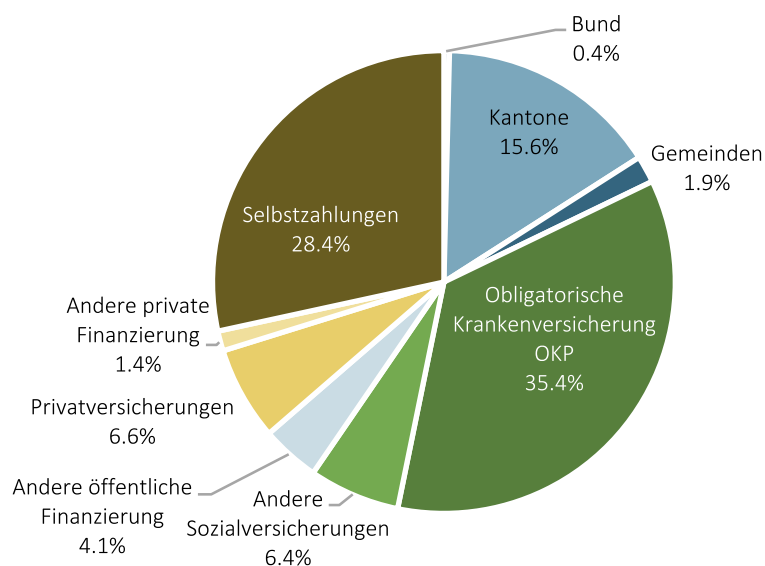
Für die nahe Zukunft ist nicht zuletzt aufgrund weiterhin steigender Einkommen damit zu rechnen, dass sich der Trend überproportional steigender Gesundheitsausgaben fortsetzen wird. Damit rechnet auch die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich in ihrer aktuellen Prognose (KOF, 2018). Die Forscher sagen für die kommenden Jahre stabile Wachstumsraten von 3.5 % (2017), 3.8 % (2018) und 3.9 % (2019) voraus. In Abbildung 1 sind die prognostizierten Werte als Punkte abgebildet. Nimmt man die BIP-Prognosen des Staatssekretariats für Wirtschaft

(SECO) hinzu, so werden die Gesundheitskosten bereits im Jahr 2019 rund 13 % der gesamten Wirtschaftsleistung ausmachen.

Die heutigen Gesundheitsausgaben der Schweiz von CHF 77.75 Mrd. werden zu überwiegenden Teilen durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die Kantone (und Gemeinden) und Selbstzahlungen der Patienten resp. der Versicherten finanziert. Ein gutes Drittel der Gesamtausgaben wird über die OKP abgerechnet (vgl. Abbildung 2). Damit sind die Nettoleistungen gemeint. Nicht berücksichtigt sind dabei die Selbstzahlungen der Versicherten und die Kantonsanteile an den stationären Tarifen (55 %)¹.

Bereits an zweiter Stelle der Kostenträger folgen die Versicherten. Diese beteiligen sich nicht nur über die Franchisen und Selbstbehalte in den Grund- und Zusatzversicherungen direkt an den Ausgaben, sie kommen auch für all jene Kosten auf, die weder von einer Versicherung noch durch Dritte gedeckt sind (z.B. zahnärztliche Leistungen, Hotelleriekosten in Pflegeheimen, nicht rezeptpflichtige Medikamente). Die Kantone, welche zusammen mit den Gemeinden 17.5 % der Gesundheitsausgaben finanzieren, zahlen einen Grossteil ihrer Beiträge an die stationäre Leistungserbringung und die Langzeitpflege in Form von Tarifen und einer Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) an Spitäler, Pflegeheime, andere sozialmedizinische Institutionen und die Spitex. Einen relativ bescheidenen Anteil machen in der Schweiz die Zusatzversicherungen als Kostenträger aus (6.6 %). Früher, als die Halb- und Privatversicherungen im Gegensatz zu heute teilweise auch die Leistungen der Grundversicherung deckten, war dieser Anteil höher.

ABBILDUNG 2 KOSTEN DES GESUNDHEITSWESENS NACH FINANZIERUNGSREGIME² (2015)



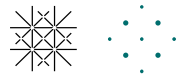
Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (2015, revidiertes Modell 2017). **Darstellung und Berechnung:** Universität Basel/IWSB.

Anmerkungen: Andere Sozialversicherungen = AHV/IV/UV/MV; Andere öffentliche Finanzierung = EL AHV/EL IV/Kant. Alters- und Pflegehilfe; Andere private Finanzierung = Stiftungen, Finanzierung durch Leistungserbringer, Finanzierung des Staates durch Dritte.

Die Finanzierungsströme können auf der Ebene der einzelnen Leistungen ausgewertet werden und offenbaren damit, in welche Leistungsbereiche das Geld aus den unterschiedlichen Finanzierungsregimen fließt (vgl. Abbildung 3). Diese Sichtweise ist etwas transparenter als die Auswertung je Leistungserbringer, da beispielsweise auch

¹ Addiert man zu den OKP-Nettoleistungen die Franchisen und Selbstbehalte sowie die Kantons- und Gemeindebeiträge an die Tarife hinzu, liegt der "Fussabdruck" der OKP bei über 50%.

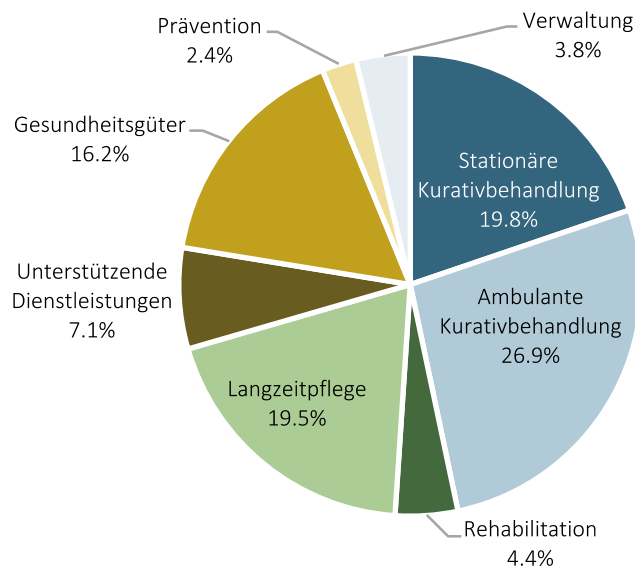
² Das Finanzierungsregime sagt aus, über welchen Kanal eine Finanzierung von Gesundheit letztlich stattfindet. Beispielsweise werden die Zuschüsse des Bundes an die Prämienverbilligung der OKP zugeordnet und nicht dem Bund, da in dieser Sichtweise nicht von Interesse ist, woher die finanziellen Mittel der OKP kommen. Verfolgt man die Finanzflüsse weiter zurück, sind es letztlich immer die privaten Haushalte, welche die Kosten durch Steuern, Abgaben, Prämien oder Beiträge finanzieren.



Spitäler ambulante Behandlungen anbieten und allgemein ein Trend in Richtung einer integrierten Versorgung auszumachen ist.

Ursprünglich führte die Finanzierung der akutstationären Behandlung die Leistungsstatistik an. Seit den 1990er-Jahren kam es durch die starke Ausweitung des ambulanten Sektors jedoch zu einem Wechsel an der Spitze der Leistungsbereiche. Mit fast 47 % bildet die ambulante und stationäre Kurativbehandlung zusammen aber immer noch den finanziell wichtigsten Leistungsbereich ab. Bereits an dritter Stelle reiht sich die Langzeitpflege ein, welche in erster Linie durch Pflegeheime (stationär) und die Spitex (ambulant) erbracht wird. Schliesslich sind die Medikamente und sämtliche therapeutischen Apparate sowie das Verbrauchsmaterial zu nennen. Diese "Vorleistungsgüter" der medizinischen Behandlung steuern rund 16 % an die Ausgaben bei. Der gesamte Verwaltungsaufwand der öffentlichen Hand und der Sozial- und Privatversicherungen beläuft sich auf 3.8 % des Kostentotals oder CHF 2.9 Mrd.

ABBILDUNG 3 KOSTEN DES GESUNDHEITSWESENS NACH LEISTUNGEN (2015)



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (2015, revidiertes Modell 2017). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkungen: Unterstützende Dienstleistungen = Labor, Transport und Rettung, Radiologie, GWL; Gesundheitsgüter = Medikamente (ambulant und stationär), Verbrauchsprodukte, therapeutische Apparate.

2.2 Interkantonaler Vergleich der Gesundheitsausgaben

Die Ausgaben für medizinische und Gesundheitsgüter unterscheiden sich je nach Region stark. Daher lohnt es sich, die relative Position des Kantons Aargau in einer Art landesweitem Quervergleich zu untersuchen. Der Vergleich wird einerseits über sämtliche 26 Kantone vorgenommen. Um zusätzlich aufzudecken, wie der Kanton Aargau im Vergleich zu seinen Nachbarn und strukturell vergleichbaren Kantonen abschneidet, wird zusätzlich zum Schweizer Mittelwert jeweils ein Mittelwert der neun Vergleichskantone ("K9") Basel-Landschaft, Bern, Freiburg, Luzern, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Zug und Zürich berechnet.

2.2.1 Gesundheitsausgaben der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung

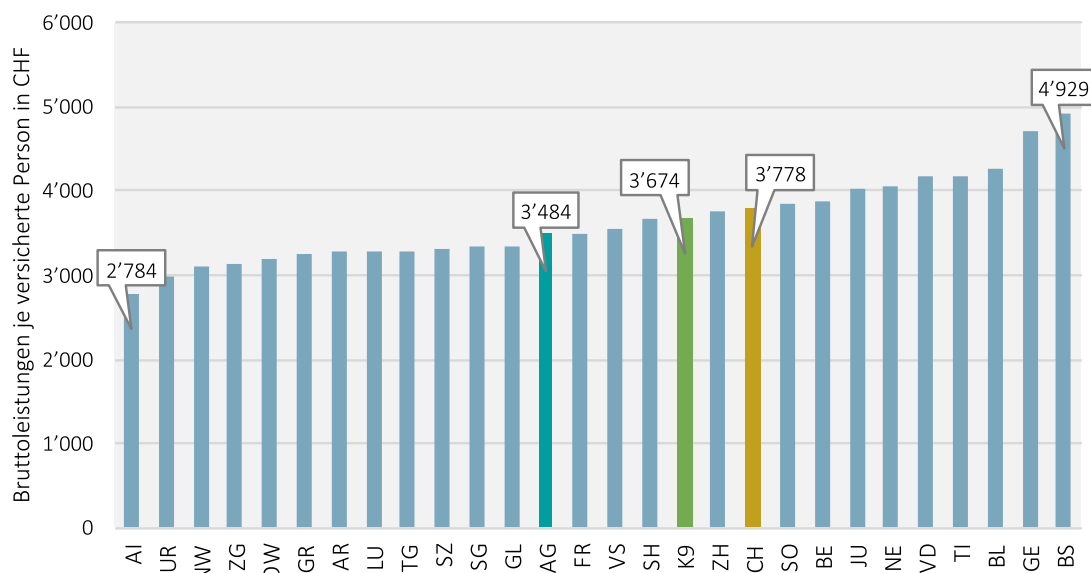
Die Kosten im Rahmen der OKP bilden naturgemäss einen guten Startpunkt für die Analyse der Gesundheitsausgaben. In der folgenden Abbildung 4 sind die Bruttoleistungen je versicherte Person für die genannten Vergleichs-

regionen aufgezeigt. Die Leistungen umfassen dabei die durch die OKP gedeckten Pflichtleistungen inkl. aller Franchisen und Selbstbehalte der Versicherten (sogenannte Bruttoleistungen). Damit werden rund 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz bestritten.

Landesweit beliefen sich diese Kosten 2016 pro versicherte Person und Jahr auf CHF 3'778 oder rund CHF 315 pro Monat. Etwa CHF 100 tiefer sind mit CHF 3'674 die Kosten in den 9 Vergleichskantonen. Der Kanton Aargau reiht sich mit CHF 3'484 ca. 8 % unterhalb des schweizweiten Durchschnitts ein.

Es fällt auf, dass vor allem bevölkerungsarme Kantone relativ geringe Pro-Kopf-Kosten aufweisen (z.B. AI, UR, NW, ZG, OW). Demgegenüber zeigt sich bei den beiden Stadtkantonen Basel-Stadt und Genf ein gegenteiliges Bild. Auch das Tessin und einige Westschweizer Kantone haben OKP-Kosten oberhalb des landesweiten Durchschnitts. Die Diskrepanz ist über alle Kantone betrachtet markant; die OKP-Bruttoleistungen pro Kopf im Kanton Basel-Stadt liegen mit knapp CHF 5'000 um 77 % höher als in Appenzell-Innerrhoden.

ABBILDUNG 4 KANTONALER VERGLEICH DER BRUTTOLEISTUNGEN JE VERSICHERTE PERSON IN DER OKP (2016)



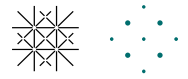
Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB
Anmerkung: Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer in der OKP mit Kostenbeteiligung durch die Versicherten.

2.2.2 Gesundheitsausgaben des Kantons und seiner Gemeinden

Richtet man den Blick auf die Finanzierung durch die öffentliche Hand – d.h. auf die Kantone und deren Gemeinden – ändern sich zwar die Grössenordnungen, jedoch kaum die obigen vergleichenden Aussagen. Auch hier sind es eher die kleinen und oft auch ländlichen Kantone, welche unterdurchschnittliche Kosten aufweisen. Die Romandie und der Kanton Basel-Stadt befinden sich wiederum auf der gegenüberliegenden Seite (vgl. Abbildung 5).

Dass es einen Zusammenhang zwischen den OKP-Kosten und den öffentlich getragenen Kosten gibt, hat unterschiedliche Erklärungen. Eine naheliegende Verbindung existiert über die geteilte Finanzierung von stationären Leistungen zwischen der Grundversicherung und dem Kanton (OKP: 45 %, Kanton: 55 %). Viele Spitalaufenthalte der Kantonsbevölkerung führen daher nicht nur zu einem Anstieg der Prämien, sondern belasten gleichzeitig den öffentlichen Haushalt.

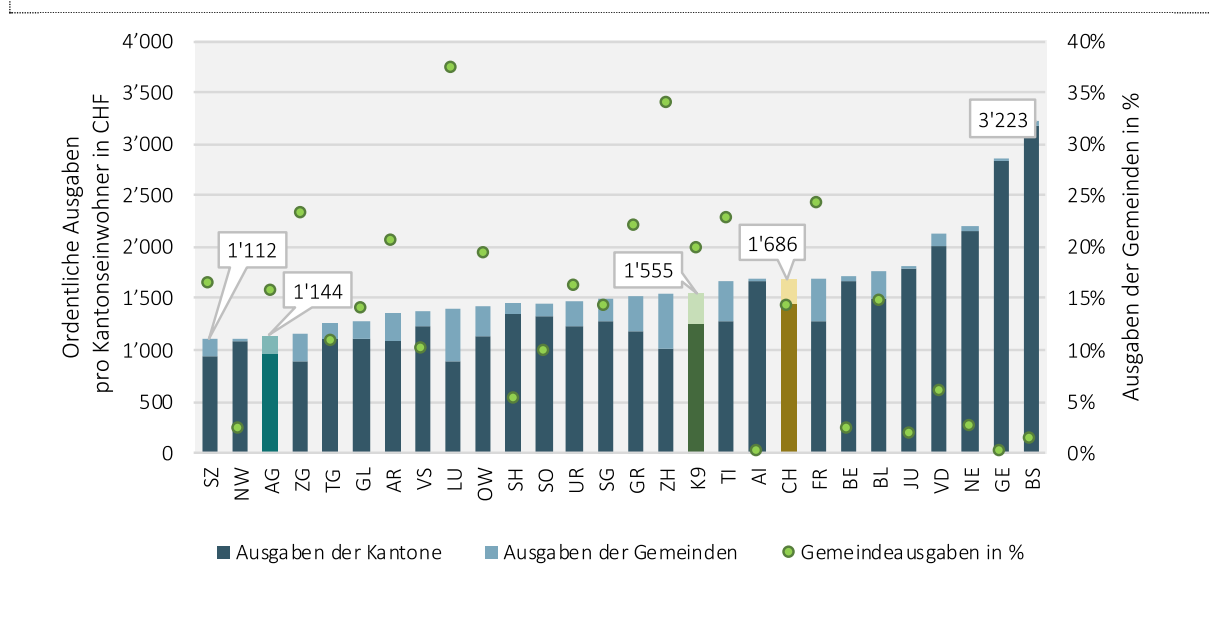
Auffällig ist jedoch die **Position des Kantons Aargau** in dieser Statistik. Mit CHF 1'144 pro Kantonseinwohner fällt der Aufwand hier deutlich niedriger aus als im landesweiten Durchschnitt und im Vergleich zu den K9 Kantonen. Der Abstand vom Kanton Aargau zum günstigsten Kanton Schwyz ist nur unwesentlich. In Zahlen ausgedrückt steuert die öffentliche Hand im Kanton Aargau pro Kopf ca. 32 % weniger an das Gesundheitswesen als ein



hypothetischer Durchschnittskanton. Noch viel deutlicher als bei den OKP-Ausgaben kommt die grosse Varianz zwischen den Kantonen zum Vorschein. Der Kanton Basel-Stadt und seine Gemeinden investieren pro Kopf 91 % mehr in das Gesundheitswesen als der landesweite Durchschnitt und beinahe dreimal so viel der Kanton Schwyz.

Die Aufschlüsselung der Säulen nach den **Kantons- und Gemeindeausgaben** zeigt die starke Heterogenität in der Schweiz. Zentralistische Kantone, eine Mehrheit der Westschweizer Kantone und die traditionellen Stadtkantone Genf und Basel-Stadt vereinen einen grösseren Anteil ihrer Kosten auf der kantonalen Ebene. Die Anteile sind deutlich davon abhängig, welchen Beitrag die Gemeinden an die Pflegekosten leisten müssen und wie hoch die Kantonsausgaben absolut ausfallen. Der Kanton Aargau liegt mit einem Gemeindeanteil von 15.6 % etwas über dem landesweiten Durchschnitt, allerdings unterhalb der K9 Kantone. Oben aus schwingen die beiden Kantone Luzern und Zürich. Dort liegt der Gemeindeanteil jeweils deutlich über einem Drittel der öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen.

ABBILDUNG 5 KANTONALER VERGLEICH DER AUSGABEN DER ÖFFENTLICHEN HAND | KANTONE UND GEMEINDEN (2015)

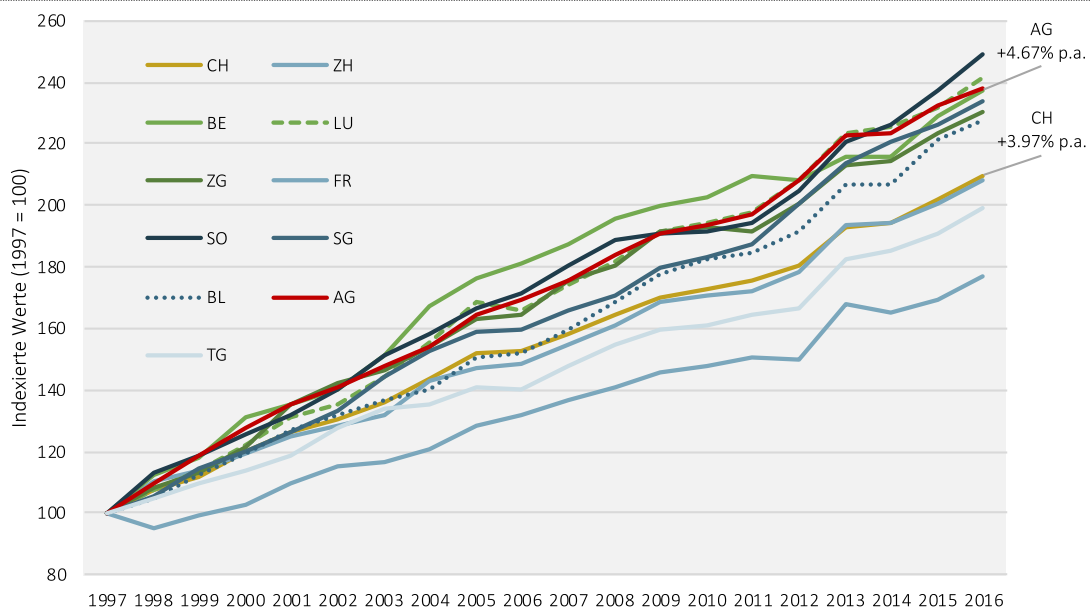


Quelle: EFV, Finanzstatistik (2015, FS-Modell). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB
 Anmerkung: Ohne Berücksichtigung der Prämienverbilligung. Diese ist funktional der Aufgabe "Soziale Sicherheit" zugeordnet.

Der ausschliessliche Quervergleich über die Kantone täuscht darüber hinweg, dass die Gesundheitsausgaben im Kanton Aargau im Vergleich zu den K9 Kantonen über die vergangenen Jahre relativ stark angestiegen sind. Dies zeigen zumindest die Auswertungen der OKP-Daten (vgl. Abbildung 6).

Demnach haben die Kosten pro Kopf in der Schweiz während der letzten 20 Jahre jährlich um ca. 4 % pro Jahr zugenommen. Mit 4.67 % jährlichem Wachstum reiht sich der Kanton Aargau im Kantonsvergleich weit vorne ein. Von den K9 Kantonen verzeichnen in dieser Zeitperiode nur gerade die Kantone Solothurn und Luzern ein stärkeres Wachstum. Wesentlich niedrigere Wachstumsraten weisen die Kantone Freiburg und Thurgau auf. Vor allem der Kanton Freiburg bewegt sich erstaunlich weit unterhalb des CH-Durchschnitts. Das deutlich stärkere Kostenwachstum des Kantons Aargau hat dazu beigetragen, dass sich die beiden Kantone heute auf ungefähr demselben Niveau bewegen. Vor 20 Jahren waren die Pro-Kopf-Ausgaben im Kanton Freiburg noch ein Drittel höher als im Kanton Aargau.

ABBILDUNG 6 OKP-BRUTTOLEISTUNGEN PRO VERSICHERTE PERSON | 1997 – 2016



Quelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (1997-2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB

2.3 Zeitliche Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Kanton Aargau

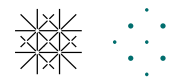
Die Finanzstatistik des Bundes erlaubt eine vertiefte Beschreibung der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Kantons Aargau (Abbildung 7). Bei den Ausgaben ist es wichtig zu verstehen, dass nur eine Betrachtung der **Netto-Ausgaben** (= Ausgaben – Einnahmen) sinnvoll ist. Diese ist unter anderem deshalb einer Brutto-Betrachtung vorzuziehen, weil beispielsweise der Bund den Kantonen einen Teil der Ausgaben erstattet (z.B. die Prämienverbilligung). Die kantonalen Spitäler waren lange Zeit auch Teil des kantonalen Verwaltungsvermögens. Konsequenterweise wurde während dieser Zeit die gesamte Aufwandseite des Spitals in der Kantonsrechnung berücksichtigt (d.h. auch jene Kosten, welche durch die OKP und IV/UV/MV vergütet wurden). Dadurch liesse eine ausschliessliche Brutto-Betrachtung der Ausgabenseite im zeitlichen Vergleich keine tragfähigen Schlüsse zu.

Die Betrachtungsperiode wird aufgrund einer konzeptionellen Neuerung bei der Finanzstatistik des Bundes im Jahr 2008 in zwei Zeitperioden aufgeteilt (vgl. Fussnote 4). Dieser Schritt ist angezeigt, da sich die Werte vor und nach dieser Änderung nicht vollständig vergleichen lassen.

Die **Gesamteinnahmen** des Kantons Aargau und seiner Gemeinden haben sich seit 1990 um 94 % erhöht. Allerdings sind die jährlichen Zugewinne seit dem Jahr 2008 deutlich geringer. Diese Entwicklung zeigt sich auch bei den jährlichen Wachstumsraten der Steuereinnahmen; zwischen 1990 und 2007 wuchsen die Fiskalerträge im Schnitt um 3.4 % pro Jahr. Zwischen 2008 und 2015 waren es dagegen jährlich nur noch 1.0 %.

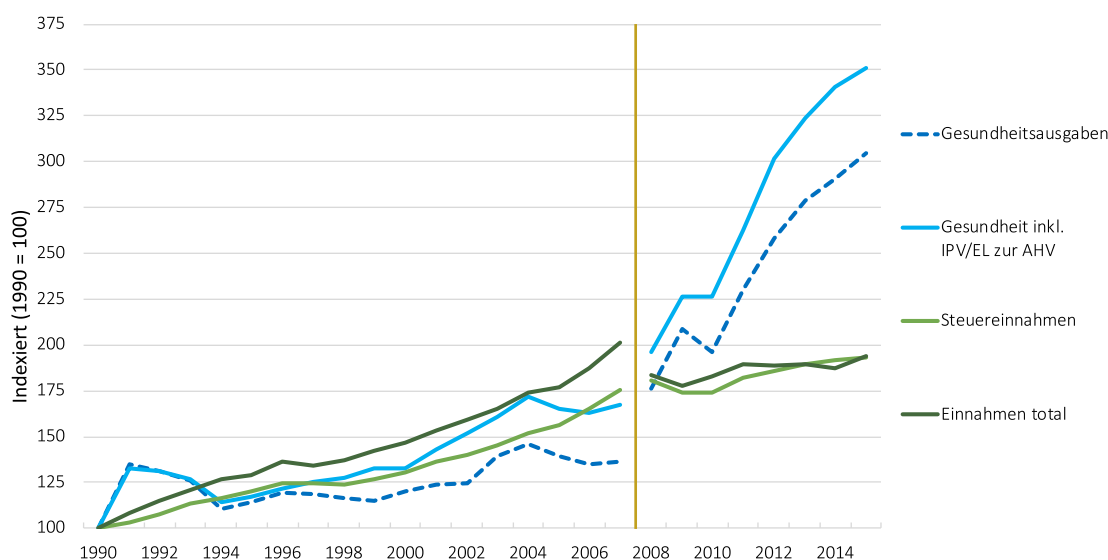
Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben seit 1990, ist es interessant, den ersten mit dem zweiten Zeitschnitt zu vergleichen. Die **Gesundheitsausgaben** haben sich über den langen ersten Zeitraum (1990-2007) weniger dynamisch entwickelt als die Einnahmenseite der öffentlichen Hand. Demgegenüber zeigten die Ausgaben für die IPV und die EL zur AHV einen stark positiven Trend. Diese beiden Konten sind der Funktion "soziale Sicherheit" zugeordnet und daher nicht in den Gesundheitsausgaben enthalten.³ Zählt man die zwei Ausgabenposten zu den Gesundheitsausgaben hinzu, ergeben sich bis 2007 jedoch keine wesentlichen Unterschiede im Quervergleich mit

³ Die kantonale Beteiligung an den Prämienausständen ist dem Sammelkonto "Fürsorge n.a.g." zugeordnet und kann daher nicht gesondert ausgewiesen werden.



den Einnahmen des Kantons und der Gemeinden. Die Ausgaben haben sich faktisch im Gleichschritt mit den Steuereinnahmen entwickelt.

ABBILDUNG 7 EINNAHMEN UND AUSGABEN DES KANTONS AARGAU UND SEINER GEMEINDEN | 1990 – 2015⁴



Quelle: EFV, Finanzstatistik (2016, FS-Modell). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Ab dem Jahr 2007 setzt allerdings ein Wandel ein. Dies betrifft nicht nur die Einnahmenseite; vielmehr ergibt sich auch bei der Gesundheit eine deutliche Zunahme bei den Kosten, bei weiterhin stark steigenden Ausgaben für die Prämienverbilligung und die EL zur AHV. Seit 2008 sind die Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich (inkl. IPV und EL zur AHV) um 79 % gestiegen, von CHF 528 Mio. auf netto CHF 944 Mio. (Jahr 2015). Weil die Steuereinnahmen seit diesem Zeitpunkt aber stagniert haben (und zum Teil sogar leicht rückläufig waren), ist die finanzielle Belastung für die öffentliche Hand stetig angestiegen. Zwischen 1990 und 2007 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen an den Steuereinnahmen durchschnittlich 13.4 %. Dieser Wert war über eine längere Zeitperiode erstaunlich stabil und ging bis ins Jahr 2007 sogar leicht zurück auf 12.1 %. Danach setzte aber ein Wandel ein und die Quote stieg kontinuierlich an. Im Jahr 2015 flossen bereits 23.1 % der Steuereinnahmen in diesen Bereich.

Die finanzielle Situation bei den öffentlichen Haushalten hat sich in den letzten sieben Jahren in den Gemeinden verbessert, während sie sich beim Kanton verschlechtert hat. 2008 wies der Kanton einen Überschuss von CHF 1'132 pro Einwohner in seiner Rechnung aus. Dieses hat sich bis 2015 in ein Defizit von CHF -39 verkehrt. Die Gemeinden wiesen 2008 im Durchschnitt ein Defizit von CHF -403 pro Einwohner auf. Dieses hat sich bis 2015 auf CHF -157 verkleinert. Pro Einwohner haben sich auf Gemeindeebene die Gesamtausgaben um CHF 359 (-7.1 %) reduziert, während die Fiskaleinnahmen nur um CHF 38 (-1.4 %) zurückgegangen sind. Beim Kanton hingegen sind die Ausgaben um CHF 751 (+10.6 %) gestiegen und die Steuereinnahmen um CHF 188 (-5.0 %) zurückgegangen.

Die stetige Zunahme bei den **Gesundheitskosten** widerspiegelt sich auch in der **OKP**. Innerhalb von 14 Jahren haben sich die OKP-finanzierten Kosten von Versicherten mit Wohnsitz im Kanton Aargau mehr als verdoppelt.

⁴ Die Revision der Finanzstatistik auf das Rechnungsjahr 2008 hin brachte einige konzeptionelle Neuerungen mit sich. Obwohl die Daten 1990 bis 2007 so weit wie möglich an die Änderungen angepasst wurden, kommt es zwischen den Jahren 2007 und 2008 aufgrund überarbeiteter Methoden, neuer Rechnungslegungsvorschriften und Ähnlichem zu einem Bruch in den Datenreihen. Nebst zahlreicher Neuerungen gilt ab 2008 auch ein neuer Kontenrahmen und eine neue funktionale Gliederung. Bei den Gesundheitsausgaben ergeben sich per 2008 zusätzliche Ausgaben bei den Spitälern (+ CHF 80 Mio.). Die Gründe für diesen Anstieg in den Netto-Ausgaben sind nicht ganz klar; fest steht allerdings, dass die Spitäler ab 2008 nicht mehr zu den staatlichen Haushalten zählen. Ebenfalls ausgebucht wurden die Leistungen der AHV. Dies erklärt den markanten Rückgang bei der sozialen Sicherheit per 2008 (- CHF 102 Mio.).

2016 flossen auf diese Weise CHF 2.3 Mrd. von den Versicherern an die Leistungserbringer. Aufgrund des Bevölkerungswachstums fiel die Entwicklung pro Kopf etwas weniger stark aus (+73.1 %). Durch die Deckelung des Selbstbehalts stieg die Kostenbeteiligung der Patienten mit +64.9 % nicht im gleichen Ausmass wie das Total der OKP-Ausgaben an.

TABELLE 1 ZAHLEN ZUR OKP IM ZEITVERGLEICH | KANTON AARGAU (2002/2016)

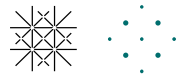
Kenngrosse	2002	2016	Differenz in %
Absolute Werte			
Bruttoleistungen	1'132'377'870	2'304'850'560	+103.5 %
<i>davon Nettoleistungen</i>	<i>963'629'558</i>	<i>1'977'684'301</i>	<i>+105.2 %</i>
<i>davon Kostenbeteiligung</i>	<i>168'748'312</i>	<i>327'166'259</i>	<i>+93.9 %</i>
Kostenbeteiligung in %	14.90 %	14.19 %	-4.7 %
Angaben je versicherte Person			
Bruttoleistungen	2'013	3'484	+73.1 %
<i>davon Nettoleistungen</i>	<i>1'713</i>	<i>2'989</i>	<i>+74.5 %</i>
<i>davon Kostenbeteiligung</i>	<i>300</i>	<i>494</i>	<i>+64.9 %</i>
Standardprämie für Erwachsene ab 26 J.*	212	403	+89.9 %
<i>Versichertenbestand</i>	<i>562'630</i>	<i>661'641</i>	<i>+17.6 %</i>

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2002, 2016), Prämienwegweiser OKP (2002, 2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Anmerkungen: * Ausgewiesen wird die geschätzte monatliche Durchschnittsprämie OKP in Franken; die Berechnungen beruhen auf den Prämientarifen inklusive Unfalldeckung der ordentlichen Franchise und auf den Versichertenbeständen.

Markant haben sich folglich auch die **Krankenversicherungsprämien** entwickelt. Im Jahr 2016 betrug die Standardprämie für Erwachsene im Kanton Aargau monatlich CHF 403. Dies sind 90 % mehr als noch im Jahr 2002. Dass sich die Standardprämien stärker erhöht haben als die Nettoleistungen mag einerseits daran liegen, dass in dieser Zeitspanne viele Versicherte in Verträge mit höherer Franchise wechselten oder einen **Managed Care-Vertrag** abschlossen. Denn die Prämien dieser Verträge sind günstiger, da die Versicherten einen grösseren Teil der Kosten selbst zahlen (höhere Franchisen) und ihre Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt ist (z.B. Hausarztmodell, HMO-Modell). Tatsächlich nutzen heute im Kanton Aargau nur noch gerade 20 % der erwachsenen Versicherten das Standardversicherungsmodell. 2002 war es mit 48.5 % dagegen noch fast die Hälfte der Erwachsenen. Während eine Minderheit Verträge mit wählbarer Franchise aufweist (13.1 %), sind bereits **über zwei Drittel der Bevölkerung** in einem **Modell mit eingeschränkter Wahl** eingeschrieben.⁵

⁵ Bei den Versicherten ab 19 Jahren nutzen 20.0 % das Standardmodell mit einer Franchise von CHF 300. 13.1 % haben eine höhere Franchise gewählt. Alle anderen Versicherten haben entweder ein Hausarztmodell (39.0 %), ein HMO-Modell (8.4 %) oder eine andere Versorgungsform wie beispielsweise mit telefonischer Vorabklärung (19.4 %) (vgl. BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016).



3 Struktur und Funktionsweise des aargauischen Gesundheitssystems

3.1 Kompetenzen der staatlichen Ebenen

Im Schweizer Gesundheitssystem liegen die Gesetzgebung und der Vollzug grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Relativiert wird der föderalistische Ansatz aber durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG), welches wichtige Fragen der Gesundheitsversorgung auf der nationalen Ebene regelt (vgl. Sax, 2015).

Im Kern des KVG steht das Versicherungsobligatorium, welches alle in der Schweiz wohnhaften Personen betrifft. Der Bund ist für die Durchsetzung des Obligatoriums verantwortlich und legt in einer Verordnung fest, welche Leistungen durch die OKP vergütet werden (**Leistungskatalog**). Neben medizinischen und pflegerischen Leistungen (z.B. Arztbesuche, Spitalaufenthalte) umfasst der Katalog sogenannte Positivlisten bei Arzneimitteln (Spezialitätenliste), Analysen (Analysenliste) und Medizinalprodukten (Mittel- und Gegenständeliste). Der Bund hat zudem dafür zu sorgen, dass die in der Grundversicherung vergüteten Leistungen den "**WZW-Kriterien**" genügen; die OKP-finanzierten Leistungen müssen *wirksam*, *zweckmässig* und *wirtschaftlich* sein. Der Bund bestimmt aber nicht nur den Inhalt des gesetzlichen Leistungskatalogs, er regelt u.a. auch die Zulassung der Leistungserbringer und Arzneimittel, die Ausgestaltung der Prämien und die nationalen Grundsätze der Tarifgestaltung.

Als Grundregel kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Bereiche, welche nicht in der Verantwortung des Bundes sind, durch die Kantone und deren Gemeinden geregelt werden können. Eine zentrale Rolle spielen die Kantone bei der **Planung und dem Betrieb von Spitälern und Pflegeheimen**. Darüber hinaus finanzieren und subventionieren sie verschiedene Institutionen, fungieren als Aufsichtsinstanz über Berufszulassungen und Praxisbewilligungen, kümmern sich um die Gesundheitsprävention und verbilligen – zusammen mit Bundesgeldern – die Prämien von wirtschaftlich schwachen Personen.

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen des Kantons Aargau in Bezug auf den vorliegenden Bericht sind das Gesundheitsgesetz vom 20.01.2009 (GesG, Ziffer 301.100 der Systematischen Sammlung SAR) mit der dazugehörigen Verordnung vom 11.11.2009 (GesV, 301.111), das Pflegegesetz vom 26.06.2007 (PflG, 301.200) mit Verordnung vom 21.11.2012 (PflV, 301.215) sowie das Spitalgesetz vom 25.02.2003 (SpiG, 331.200) mit Verordnung vom 02.11.2011 (SpiV, 331.212) und Anhang 1 zur SpiV "Förderung von ambulanten Eingriffen in der Akutsomatik" vom 01.01.2018, Verordnung über die Spitalliste vom 06.03.2013 (SpilIV, 331.215) sowie das Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG, 837.200) mit der Verordnung (VKVGG, 837.211).

Mittels Anhang 1 zur Spitalverordnung wurde per 1. Januar 2018 der Anteil stationärer Leistungserbringung bei 13 Eingriffen durch einen jeweiligen Prozentsatz limitiert.

Das Spitalgesetz befindet sich in Totalrevision, ein Entwurf soll noch dieses Jahr (voraussichtliche Herbst 2018) in die Vernehmlassung gehen. Dabei sind die Hauptstossrichtungen der geplanten Revision bereits bekannt:

- Das Bewilligungswesen für Spitäler soll vereinfacht und transparenter ausgestaltet werden.
- Im Bereich der Spitalplanung sollen die bisher alle vier Jahre im Rahmen von Bewerbungsverfahren erneuerten Leistungsaufträge neu unbefristet erteilt werden. Anstelle der Erneuerung alle vier Jahre soll ein regelmässiges Monitoring treten, beispielsweise in Bezug auf Mengenentwicklung, Qualität und Einhaltung von Auflagen. Damit soll die Rechts- und Planungssicherheit für die Leistungserbringer erhöht werden.
- Mittels geeigneter Massnahmen soll die Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich stärker gefördert werden.
- Die Einführung von Globalbudgets ist nicht geplant, dafür aber die Limitierung des Wachstums mittels einer "Escape-Klausel": Der Kanton will eingreifen, falls das Wachstum eine festgelegte Rate überschreitet.
- Eine sogenannte "Pilotnorm" soll es beispielsweise ermöglichen, neue Versorgungsmodelle zu testen und zu evaluieren.

- Das Rettungswesen soll weiterhin liberal gehandhabt werden und in der Verantwortung der Spitäler verbleiben mit einer subsidiären Eingriffskompetenz des Kantons.
- Die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen sollen neu geregelt werden.

Vorstösse im Grossen Rat des Kantons Aargau (Postulat Dr. Martin Sigg vom 15. März 2015 und Motion der FDP-Fraktion vom 21. März 2017) fordern die Prüfung der Mehrfachrolle des Kantons im Bereich der Spitalversorgung und die Ausgliederung der Spitäler im Eigentum des Kantons (Privatisierung). Seitens Regierungsrat wurde zugesichert, das Thema Privatisierung der kantonalen Spitäler im Rahmen der Revision des Spitalgesetzes zu bearbeiten.

Die **Mehrfachrolle seitens Kanton** ist auch in anderen Kantonen in letzter Zeit vermehrt thematisiert worden. Denn die Kantone verabschieden nicht nur die Spitalliste und bestellen damit das stationäre Angebot, sie betreiben gleichzeitig eigene Einrichtungen (d.h. Kantons- und Universitätsspitäler), vergüten einen Teil der Leistungserbringung über OKP-Tarife (55 %), sprechen Subventionen für die Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) aus und legen die Spitaltarife bei Fehlen eines Tarifvertrags erstinstanzlich fest.

Die Verantwortung der **Gemeinden** in der Gesundheitsversorgung betrifft in erster Linie die **Langzeitpflege**. Wie in den meisten Kantonen sind auch im Kanton Aargau die Gemeinden verantwortlich für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege (vgl. § 11 PflG). Die Gemeinden finanzieren jenen Teil der Pflegekosten, welcher weder von der OKP, den Versicherten, noch von anderen Dritten gedeckt wird.

3.2 Versorgungsdichte nach Leistungsbereich

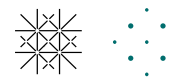
Dass der Kanton Aargau trotz steigender Gesundheitsausgaben im kantonalen Vergleich unterdurchschnittliche Kosten aufweist, liegt zu grossen Teilen in der Struktur und der Dichte des Angebots begründet, die ihrerseits Ausdruck der Präferenzen der Bevölkerung für medizinische Versorgung sind. Tabelle 2 gibt einen detaillierten Überblick über die Versorgungsdichte nach Leistungsbereich im Direktvergleich mit den K9 Kantonen und der Gesamtschweiz. Die Angaben beziehen sich jeweils auf 10'000 Kantonseinwohner.

Vor allem im ambulanten Bereich, also bei Arztpraxen, Zahnärzten, Apotheken und der Spitex, scheint die Versorgungsdichte im Kanton Aargau deutlich geringer zu sein als im landesweiten Durchschnitt. Äusserst ausgeprägt ist die Diskrepanz bei den ambulant tätigen **Ärzten** und der **Spitex**. Im Schweizer Durchschnitt kommen rund 22 Ärzte und 25 Spitex-Vollzeitstellen auf 10'000 Personen. Im Kanton Aargau sind es lediglich knapp 17 Ärzte und rund 18 Vollzeitstellen in der Spitex und damit etwa ein Viertel bzw. beinahe ein Drittel weniger als im nationalen Durchschnitt. An dieser Beobachtung ändert sich wenig, wenn als Vergleich das Mittel der K9 Kantone herangezogen wird.

Bei der **Apothekendichte** liegt der Kanton Aargau mit 1.85 Apotheken zwar deutlich über dem Niveau der K9 Kantone (1.48), allerdings klar unter dem landesweiten Mittel von 2.14 Apotheken pro 10'000 Einwohner. Dies hat damit zu tun, dass eine Mehrheit der Vergleichskantone K9 das System der Selbstdispensation kennt.⁶ Dort dürfen ambulant tätige Ärzte eine Praxisapothek führen und somit selbst Medikamente an die Patienten abgeben. In diesen Kantonen ist daher die Dichte an Apotheken in der Regel geringer.

Im **stationären Sektor** sind auf den ersten Blick keine grossen Unterschiede auszumachen. Dies gilt vor allem dann, wenn man das Total der Spitalbetten oder der Plätze der **sozialmedizinischen Institutionen** betrachtet. Innerhalb der Kategorien bestehen aber wiederum grosse Unterschiede. Die Dichte an Pflegeheimen ist im Kanton Aargau wesentlich geringer als der Mittelwert der Kantone. Hingegen kommen hier auf jenen Kantonseinwohner gerechnet deutlich mehr Plätze für Behinderte. Die höhere Dichte bei den Behinderteninstitutionen kann nicht mit der

⁶ Selbstdispensation: BL, LU, SO, SG, TG, ZG, ZH; Mischsysteme: BE; Rezeptursysteme: FR (vgl. Bradke, 2015).



Patientenwanderung erklärt werden. 2015 waren sogar mehr Personen aus dem Kanton AG in einem ausserkantonalen Heim untergebracht als umgekehrt (s. SOMED, 2015). Bei den Pflegeheimen ist die interkantonale Wanderung vernachlässigbar klein.

Auch bei den **Spitalbetten** zeigen sich zwischen den drei Aktivitätstypen merkbare Unterschiede. Zwar sind im Kanton Aargau weniger Akutbetten pro Person vorhanden als anderswo, hingegen ist die **Bettendichte in der Rehabilitation und Geriatrie** wesentlich höher als im nationalen Durchschnitt. Im Vergleich mit den K9 Kantonen stehen im Kanton Aargau eineinhalb Mal mehr Rehabilitations- und Geriatriebetten pro Einwohner zur Verfügung. Diese Beobachtung ist ein starkes Indiz dafür, dass der Kanton in diesem Bereich Leistungen in andere Kantone exportiert (d.h. Patienten aus anderen Kantonen oder dem Ausland fragen entsprechende Leistungen im Kanton Aargau nach).⁷ Detaillierte Daten zu dieser These sind bei den Massnahmen in Kapitel 5.3.1 auf Seite 35 zu finden.

TABELLE 2 VERSORGUNGSDICHTE NACH LEISTUNGSBEREICH | PRO 10'000 KANTONSEINWOHNER (2016)

Leistungserbringer	AG	K9	CH	AG/K9 Diff. in %	AG/CH Diff. in %
Ärzte im ambulanten Sektor	16.87	21.36	22.06	-21 %	-24 %
<i>Allgemeinmediziner</i>	5.36	7.16	7.07	-25 %	-24 %
Zahnärzte	4.31	4.98	5.04	-13 %	-14 %
Apotheken	1.85	1.48	2.14	+25 %	-13 %
Spitex (Vollzeitstellen)	17.63	22.35	25.39	-21 %	-31 %
Sozialmed. Institutionen (Anzahl Plätze)*	187.64	198.65	186.30	-6 %	+1 %
<i>Pflegeheime</i>	97.74	123.11	116.14	-21 %	-16 %
<i>Inst. für Behinderte</i>	81.02	65.82	60.35	+23 %	+34 %
<i>Inst. für Suchtkranke</i>	0.95	3.05	3.23	-69 %	-70 %
<i>Inst für Pers. mit psychosoz. Problemen</i>	7.93	6.66	6.13	+19 %	+29 %
Spitäler (Anzahl Betten)	45.48	42.46	45.45	+7 %	+0 %
<i>Akutpflege/Geburtshaus</i>	21.91	27.11	27.82	-19 %	-21 %
<i>Psychiatrie</i>	9.20	9.83	9.04	-6 %	+2 %
<i>Rehabilitation/Geriatrie</i>	14.36	5.52	8.59	+160 %	+67 %

Quelle: BFS, Spitex-Statistik (2016), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2015), Krankenhausstatistik (2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Anmerkungen: * Daten aus dem Jahr 2015, da aktuell für den Kanton ZH keine detaillierten Daten für 2016 vorliegen; das BFS erhält die Daten für den ambulanten Bereich (Ärzte und Apotheken) durch die FMH, die SSO und pharmaSuisse.

3.3 Finanzierungsströme im Detail

Das Gesundheitswesen in der Schweiz gleicht in der Ausgestaltung seiner Finanzierung einem Flickenteppich. Verschiedene Leistungsbereiche wie die Langzeitpflege, die ambulante ärztliche Versorgung und die stationäre Akutpflege werden durch zahlreiche Regime finanziert (z.B. OKP, AHV/IV/UV/MV, EL, Privatversicherungen, Selbstzahlungen). Das Geld der Regime stammt wiederum von unterschiedlichen staatlichen und privaten Quellen. Selbst das BAG, welches eine jährliche Analyse der Finanzierungsflüsse durchführt, ist für die Quantifizierung einzelner Finanzströme auf Schätzwerte und Interpolationen angewiesen. Bei der kantonalen Perspektive kommt das Prob-

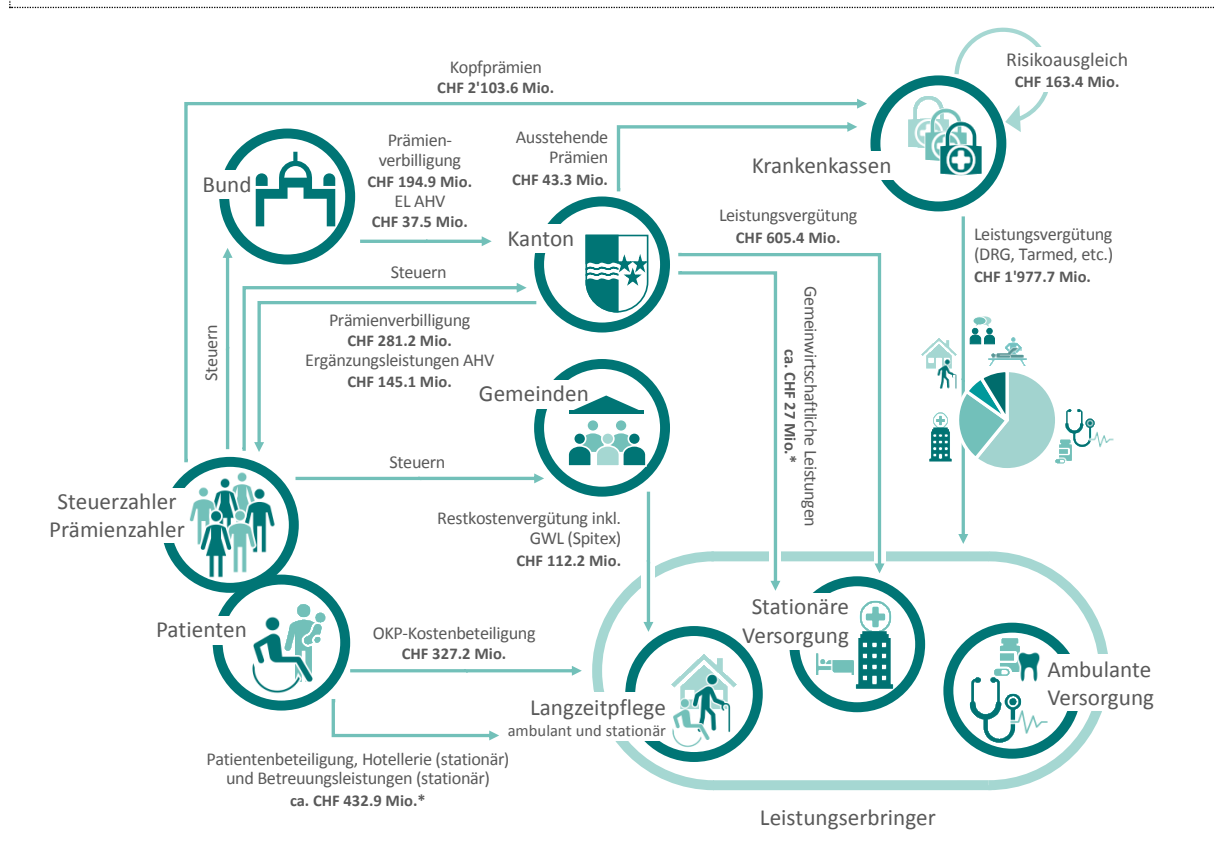
⁷ Dieser Vermutung wird von den Daten des Statistikamts Aargau bestätigt. Im Jahr 2013 stammten 89.8 % der Fälle in Akutspitälern aus dem Kanton Aargau. Bei den Rehabilitationskliniken waren es nur gerade 33.6 % (s. Statistik Aargau, 2013). Umgekehrt gibt es auch ausserkantonale Inanspruchnahme von Personen, die im Kanton Aargau wohnen. Bei der akut-stationären Versorgung 2016 beträgt deren Anteil 21.5 %, wovon 8.6 % und 3.8 % auf die Kantone Zürich und Basel-Stadt fallen (s. MS, 2016).

lem der Patientenwanderung hinzu, denn nicht alle Einwohner lassen sich in ihrem Kanton behandeln. Eine weitere Problematik ergibt sich aus den unterschiedlichen statistischen Quellen, die für die Berechnung herangezogen werden müssen und sich teilweise widersprechen.

Nichtsdestotrotz ist es zumindest möglich, eine Übersicht der Finanzierungsströme für jene Leistungsbereiche zusammenzustellen, welche durch die OKP finanziert werden (vgl. Abbildung 8). Wir sprechen hier von OKP-pflichtigen Leistungen, welche ganz (z.B. Arztbesuch) oder teilweise (z.B. Spitex) durch vereinbarte oder amtlich festgelegte Tarife über die Grundversicherung abgerechnet werden.

Bei den Leistungen kann man grob zwischen stationärer Kurativbehandlung und Rehabilitation, ambulanter Behandlung sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege unterscheiden. Alle diese Bereiche werden zumindest teilweise durch die OKP finanziert. Im Jahr 2016 flossen von den Grundversicherern netto CHF 1.98 Mrd. an die Leistungserbringer (s. OKP-Statistik, 2016). Rund 60 % davon können der ambulanten Versorgung zugerechnet werden. Hinzu kommen CHF 327 Mio., welche die Patienten über ihre Kostenbeteiligung aufgrund von Franchisen und proportionalen Selbstbehalten beisteuern.

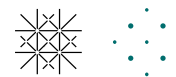
ABBILDUNG 8 FINANZIERUNGSSTRÖME IM AARGAUISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (2016)



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2016), Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (2016), Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2016); BFS, Spitex-Statistik (2016), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2015); EFV, Finanzstatistik (2016, FS-Modell, Detailauswertung 3-Steller); Regierungsrat des Kantons Aargau (2017). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkung: *Es handelt sich bei dieser Zahl um eine Schätzung, welche naturgemäss mit einer Unsicherheit behaftet ist. Die GWL der Spitäler wurden anhand von spitaleigenen Angaben für das Jahr 2016 geschätzt (s. KZSS, 2016). Es sind dies das Kantonsspital Aarau, das Kantonsspital Baden, das Spital Zofingen und die Psychiatrischen Dienste Aargau.

Die OKP finanziert sich über Kopfprämien. Gemäss OKP-Statistik betrug das Prämiensoll im Jahr 2016 für den Kanton Aargau CHF 2.15 Mrd. Der Risikoausgleich zwischen den Kassen führt auf kantonaler Ebene dazu, dass rund



CHF 163 Mio. zwischen den Versicherern umverteilt werden. Bei ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen, welche trotz Betreuung nicht bezahlt werden, muss der Kanton gemäss heutiger Regelung für 85 % der Forderungen aufkommen. Laut Jahresbericht 2016 des Kantons Aargau waren dies etwas mehr als CHF 43 Mio.

In der **stationären Versorgung** bezahlt die OKP höchstens 45 % der **Tarife**. Die restliche Leistungsvergütung erfolgt durch die Kantone. Der Kantonsanteil im Aargau betrug im Jahr 2016 53 % der Kosten. Dies steht im Zusammenhang mit der Übergangsfrist, welche vorsah, dass der Kantonsanteil schrittweise von 47 % in 2012 auf 55 % in 2017 angehoben wird (vgl. GDK, 2017). Nimmt man die Beiträge an die Akutspitäler, die psychiatrischen Kliniken und die Rehabilitation zusammen, so beträgt der Kantonsanteil absolut CHF 605.4 Mio. (vgl. Regierungsrat des Kantons Aargau, 2017). Abseits der reinen Leistungsvergütung finanziert der Kanton Aargau seine Spitäler zusätzlich über eine Abgeltung **gemeinwirtschaftlicher Leistungen** in Form von Lehre, Forschung und weiteren nicht OKP-pflichtigen Leistungen. Schätzungsweise belaufen sich diese jährlich auf rund CHF 27 Mio. (s. KZSS, 2016). Dieser Betrag ist im schweizweiten Vergleich als relativ gering einzustufen.⁸ Unklar bleibt, inwieweit die Gemeinden, welche ebenfalls an Spitälern beteiligt sind, solche Beiträge ausrichten.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich bei der **Langzeitpflege**, welche traditionell entweder in Pflegeheimen oder zuhause durch die öffentliche Spitex oder eine private Pflegefachperson erbracht wird. Hier kommt, ähnlich wie in der akutstationären Vergütung, eine Mischfinanzierung zur Anwendung. Der Kanton Aargau überträgt den Gemeinden die Finanzierung der sogenannten Restkosten der Langzeitpflege. Jene Kosten pro Stunde oder Tag also, welche weder durch die OKP, noch durch die Patientenbeteiligung gedeckt werden. Rund CHF 70 Mio. werden im Kanton Aargau über die kantonale Clearingstelle abgerechnet und den Gemeinden belastet (vgl. Regierungsrat des Kantons Aargau, 2017). Dies gilt für die Pflegeheime (CHF 68.6 Mio.) und die Spitex *ohne* Leistungsvereinbarung (CHF 2.2 Mio.).

Bei den Spitex-Organisationen kommen, ähnlich wie im stationären Kurativbereich, gemeinwirtschaftliche Leistungen hinzu, welche die Gemeinden für die Erbringung einer Versorgungspflicht (Sicherstellung des Mindestangebots) finanzieren. Bei Spitex-Organisationen *mit* einer sogenannten Leistungsvereinbarung erfolgt die Abrechnung direkt zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Da die Gemeinden den gesamten Rest der Vollkosten übernehmen, ist es bei den Spitex-Unternehmen mit Leistungsvereinbarung unmöglich, den finanziellen Beitrag der Gemeinde in die eigentlichen GWL und die Vergütung der Leistungserbringung (Tarife) aufzuteilen. Für das Jahr 2016 liegt die Finanzstatistik auf Ebene der Gemeinden noch nicht vor. Im Jahr 2015 weist die Statistik allerdings ambulante Pflegekosten zulasten der Gemeinden von CHF 28.8 Mio. aus. Zusammen mit den stationären Pflegekosten gemäss Finanzstatistik (CHF 83.3 Mio.) ergibt sich für die Aargauer Gemeinden insgesamt eine Belastung von CHF 112 Mio. (s. Finanzstatistik, 2015).

Nebst der normalen Selbstbeteiligung in Form von Franchisen und Selbstbehalten für medizinische Leistungen beteiligen sich die Patienten in der Langzeitpflege an den Kosten der pflegerischen Leistungen (ambulant: max. CHF 15.95 pro Tag, stationär: max. CHF 21.60 pro Tag). Diese Selbstzahlung entspricht 20 % des maximalen OKP-Tarifs für die erbrachte Leistung. Der weitaus grössere Posten fällt allerdings für die Bewohner von Pflegeheimen an. Denn für den Aufenthalt im Pflegeheim wird nicht nur die eigentliche (KVG-pflichtige) Pflege in Rechnung gestellt. Zusätzlich entstehen Kosten für die Betreuung und die Hotellerie. Diese wird weder durch die OKP noch (direkt) vom Staat finanziert. Rechnet man diese Posten zur Patientenbeteiligung hinzu, fliessen schätzungsweise kantonsweit rund CHF 433 Mio. pro Jahr von den Pflegebedürftigen an die Institutionen der Langzeitpflege.

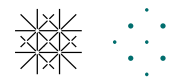
Bei vielen Heimbewohnern reichen Einkommen und Vermögen nicht aus, um die Heimkosten finanzieren zu können. In diesem Fall kommen die **Ergänzungsleistungen** (EL) zur AHV ins Spiel. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa die Hälfte der Personen in Heimen auf Ergänzungsleistungen angewiesen ist. Schweizweit ist etwa ein Viertel der EL-Bezüger zur AHV in Heimen untergebracht (s. BSV, 2017). Sie erhalten aufgrund der hohen Lebenshaltungskosten in den Heimen pro Kopf einen wesentlich höheren Betrag ausgezahlt als die zuhause lebenden pflegebe-

⁸ Für detaillierte Daten zu den GWL siehe Felder u.a. (2017b).

dürftigen Personen; so flossen 2016 schweizweit ca. **64 % der EL-Auszahlungen an Personen in Alters- und Pflegeheimen**.⁹ Überträgt man diese Zahlen auf den Kanton AG, ist davon auszugehen, dass zwischen CHF 90 Mio. und CHF 100 Mio. der Ergänzungsleistungen zur AHV jährlich für die Finanzierung der Pflegeheimkosten aufgewendet werden (geschätzter Betrag).

Das hauptsächliche soziale Instrument zur Abfederung der Gesundheitskosten ist aber die **Prämienverbilligung**. Total flossen im Jahr 2016 CHF 281 Mio. über den Kanton zu Personen mit einem tiefen bis mittleren Einkommen (vgl. Regierungsrat des Kantons Aargau, 2017). Dies entspricht 13.1 % des gesamten Prämiensolls der Krankenkassen. Ein Grossteil dieses Betrags erhält der Kanton vom Bund rückvergütet. Der Betrag des Bundes wird pro Kopf ausgerichtet und ist unabhängig von der kantonalen Prämienlast. Er macht beim Kanton Aargau 69 % der gesamten Prämienverbilligung aus. Die restlichen 31 % oder CHF 86.3 Mio. steuert der Kanton bei. In Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Prämienlast erhöht sich der Kantonsanteil entsprechend. Beispielsweise liegt im Kanton Basel-Stadt der Anteil des Kantons an der Prämienverbilligung bei mehr als 67 %.

⁹ Gemäss EL-Statistik 2016 beträgt der durchschnittliche EL-Bezug zur AHV bei Personen zuhause CHF 6'415, bei Personen im Heim sind es hingegen CHF 36'585 pro Jahr (vgl. BSV, 2017).

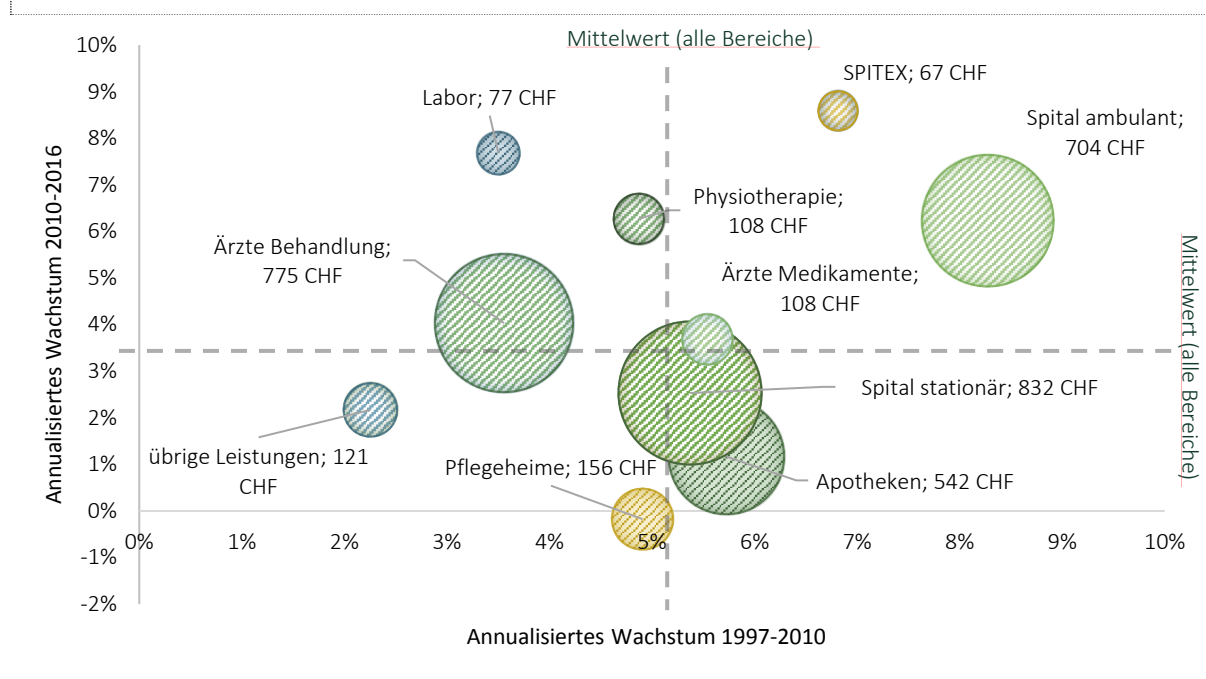


4 Identifikation wachstumstarker Leistungsbereiche im Kanton Aargau

4.1 Entwicklung der Leistungsbereiche in der OKP

Eine Möglichkeit, bestimmte Bereiche mit einem überdurchschnittlichen Kostenwachstum zu identifizieren, führt wiederum über die OKP-Statistik und die Finanzstatistik des Bundes. Das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) weist seit 1997 die **Bruttoleistungen je Leistungsbereich** und pro versicherte Person aus. In der unteren Abbildung 9 sind insgesamt zehn Leistungsbereiche abgebildet. Die Grösse der Kreise repräsentiert die Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben der OKP im entsprechenden Leistungsbereich für das Jahr 2016. Ins Auge springen dabei die momentan bedeutendsten Posten *Spital stationär* (CHF 832), *Ärzte Behandlung* (CHF 775) und *Spital ambulant* (CHF 704). Dahinter folgen die abgerechneten Leistungen der Apotheken.

ABBILDUNG 9 ENTWICKLUNG DER OKP-BRUTTOLEISTUNGEN PRO KOPF JE BEREICH | KANTON AARGAU (1997 – 2016)



Quelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (1997-2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkung: Die Statistik weist die Laboranalysen von Ärzten bis 2003 als Teil von "Ärzte Behandlungen" aus. Um eine zeitliche Konsistenz zu erreichen, wurden die ärztlichen Laboranalysen auch für die Folgejahre zum Leistungsbereich "Ärzte Behandlungen" hinzugezählt; übrige Leistungen = Chiropraktik, Mittel und Gegenstände, Komplementärmedizin, Logopädie, Ergotherapie, Heilbäder, KVG-Leistungen von Zahnärzten etc.

Lesebeispiel: Die OKP-Ausgaben pro Kopf für Pflegeheime wuchsen zwischen 1997 und 2010 jährlich im Durchschnitt um 5 %. Zwischen 2010 und 2016 sind die Kosten in etwa stabil. Im aktuellen Jahr (2016) kamen die OKP-Kosten in diesem Bereich auf CHF 156 pro versicherte Person.

Die Grafik zeigt zusätzlich zur absoluten Grösse der Leistungsbereiche die **zeitliche Entwicklung** je Bereich auf. Auf der horizontalen Achse ist das jährliche Wachstum zwischen 1997 und 2010 abgebildet, die vertikale Achse gibt das Wachstum über die letzten sechs Jahre wieder. Die gestrichelte, graue Linie beschreibt das durchschnittliche Wachstum über alle Leistungsbereiche.

In beiden Zeitperioden **überdurchschnittliche Wachstumsraten** verzeichneten der ambulante Spitalsektor und die Spitex-Leistungen. Da der ambulante Spitalbereich im Vergleich zur Spitex wesentlich grösser ist, fällt dieses Wachstum natürlich mehr ins Gewicht. Ausschlaggebend dafür dürfte der technologische Fortschritt in der stationären Akutversorgung sein. Ehemals stationär durchgeführte Operationen werden teilweise oder ganz in den ambulanten Bereich verlagert. Trotzdem ist anzumerken, dass die **stationäre Hospitalisierungsrate** im Kanton Aargau **noch immer überdurchschnittlich** ist. Auf 1'000 Personen kamen 2015 152 Akutbehandlungen im Spital.

Schweizweit werden pro 1'000 Einwohner 145.5 Hospitalisierungen registriert. Im Kanton Luzern sind es beispielsweise nur 130.8.¹⁰

Bei der spitalexternen Pflege hat sicherlich die demografische Alterung dazu beigetragen, dass über die vergangenen Dekaden ein substantielles Wachstum resultierte. In der Langzeitpflege wird wie in der Akutversorgung vermehrt der "ambulant vor stationär"-Ansatz verfolgt. Der Ausbau des Spitex-Angebots war in den Kantonen über die letzten Jahre mitunter beträchtlich. Pflegebedürftige Personen werden heute lange zuhause betreut und gepflegt und treten im Vergleich zu früher später ins Heim ein (vgl. Höpflinger u.a., 2011). Diese Entwicklung ist ebenfalls bei den Pflegeheimen zu beobachten. Dort haben die OKP-Kosten pro Kopf in den vergangenen Jahren nicht mehr zugenommen. Wir gehen weiter unten näher auf die Entwicklung von Mengen und Preisen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege ein.

In den vergangenen Jahren (2010 – 2016) stark zugenommen haben hingegen Laboruntersuchungen, die Physiotherapie und die ambulante ärztliche Behandlung. Vor allem die praxisambulanten Leistungen, welche mit CHF 775 pro Person den zweitgrössten Kostenblock innerhalb der OKP bilden, fallen mit ihrem Wachstum hier stark ins Gewicht. Der (noch) grösste Kostenblock, der stationäre Spitalbereich, ist trotz der vermehrten Verlagerung in den ambulanten Bereich weiter, wenn auch moderat, gewachsen.

Zumindest teilweise kann das Kostenwachstum in der OKP durch das Bevölkerungswachstum und die Demografie erklärt werden (vgl. Tabelle 3). Beispielsweise sind die Ausgaben für die stationäre Spitalbehandlung seit 2010 jährlich um knapp 4 % gewachsen. Alleine das Bevölkerungswachstum in diesem Zeitraum erklärt einen Kostenanstieg von 1.37 %. Hinzu kommt der demografische Wandel, welcher dazu führt, dass sich die Zusammensetzung der Altersklassen ändert. 0.79 % des Kostenwachstums bei den Spitälern sind auf diesen Effekt zurückzuführen. Letztlich ist das Preisniveau zu berücksichtigen, welches im stationären Sektor gemäss Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) über die betrachteten sechs Jahre leicht zurückgegangen ist (-0.58 % p.a.). Übrig bleibt ein **unerklärtes Kostenwachstum** von rund 2.4 % pro Jahr. Dieses Wachstum kommt zustande, da sich – gegeben die Altersstruktur, das Bevölkerungswachstum und die Preise – die Leistungsanspruchnahme pro versicherte Person über die Zeit erhöht hat.

TABELLE 3 TREIBER DES KOSTENWACHSTUMS IN AUSGESUCHTEN OKP-BEREICHEN (2010 – 2016)

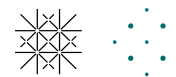
Leistungsbereich	Kosten	Bevölkerung	Altersstruktur	Preis ¹	Unerklärt	Anteil unerklärt
Ärzte ambulant	5.91 % p.a.	1.37 % p.a.	0.41 % p.a.	0.58 % p.a.	3.55 % p.a.	60 %
Spital ambulant	6.94 % p.a.	1.37 % p.a.	0.51 % p.a.	0.58 % p.a.	4.48 % p.a.	65 %
Spital stationär	3.97 % p.a.	1.37 % p.a.	0.79 % p.a.	-0.58 % p.a.	2.38 % p.a.	60 %

Anmerkungen: ¹Die Preisentwicklung stützt sich auf die Angaben gemäss LIK und die Preisreihen 6030 ("Ambulante Dienstleistungen") und 6059 ("Stationäre Dienstleistungen").

Quelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE (2010-2016); BFS, Landesindex der Konsumentenpreise LIK (2010-2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Der unerklärte Anteil liegt in allen drei Bereichen bei etwa zwei Dritteln des Gesamtanstiegs. Der grösste Kostenanstieg pro Jahr verbucht allerdings der spitalambulante Leistungsbereich. Über die betrachteten sechs Jahre bleibt bei einem Kostenanstieg von rund 7 % p.a. ein Anteil von knapp 4.5 % p.a. übrig, welcher nicht durch die hier genannten Faktoren erklärt werden kann.

¹⁰ Bei den Werten handelt es sich um standardisierte Werte, welche die Alters- und Geschlechterstruktur in der Bevölkerung berücksichtigen. Die Hospitalisierungsrate aller Kantone ist in Abbildung A24 im Anhang zu finden.

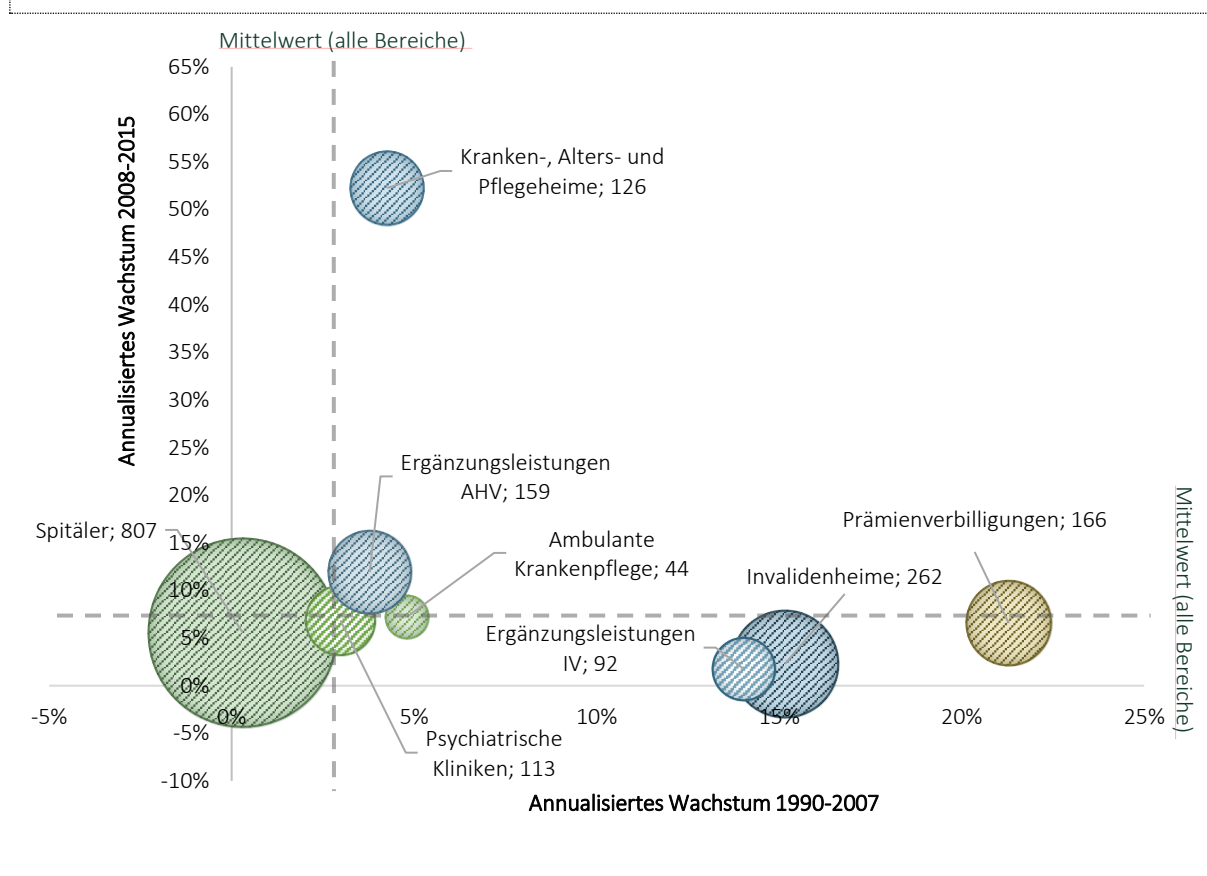


4.2 Entwicklung der staatlich finanzierten Gesundheitsbereiche generell

Die steigende Belastung der Gesundheitsversorgung für die öffentliche Hand des Kantons Aargau wird von mehreren Seiten getrieben. Dies zeigt eine Auswertung der kantonalen und kommunalen Ausgaben je Aufgabengebiet.¹¹ Abbildung 10 stellt die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben in Anlehnung an Abbildung 9 dar.

Auf den ersten Blick stehen die Ausgaben für die **Spitäler** hervor. Mit CHF 524 Mio. oder CHF 807 pro Einwohner stellen die Akutspitäler und die Rehabilitationseinrichtungen den grössten Kostenblock für die öffentliche Hand dar. Dabei ist zu beachten, dass die **psychiatrischen Einrichtungen** separat ausgewiesen werden. Zusammengekommen ergeben sich wiederkehrende Kosten von knapp CHF 600 Mio. im Jahr. Seit 2008 wächst dieser Ausgabenblock zwar nur durchschnittlich, die absolute Bedeutung der Kosten führt aber trotzdem dazu, dass die Belastung in jedem Jahr im Mittel um rund CHF 30 Mio. ansteigt.

ABBILDUNG 10 ENTWICKLUNG DER PRO-KOPF-AUSGABEN FÜR GESUNDHEIT | KANTON UND GEMEINDEN (1990 – 2015)



Quelle: EFV, Finanzstatistik (1990-2015, FS-Modell, Detailauswertung 3-Steller). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.
 Anmerkung: Die Statistik enthält aufgrund der Übersichtlichkeit nur jene Ausgabenbereiche, welche im Jahr 2015 mehr als CHF 10 Mio. zu den Gesamtausgaben beitragen; da die Methodik der Finanzstatistik im Jahr 2008 geändert hat, sind die Zahlen vor und nach dieser Periode nicht direkt vergleichbar. Aus diesem Grund wurden die beiden Zeitperioden entsprechend festgelegt; die Netto-Ausgaben sind in Tausend CHF ausgewiesen.

Während die finanzielle Belastung durch den stationären Bereich stabil wächst, fallen als Zweites die teils sehr hohen Wachstumsraten in den anderen Aufgabengebieten auf. In den 1990er-Jahren und der ersten Hälfte der 2000er-Jahre war dies primär bei der **Prämienverbilligung**, den **Invalidenheimen**¹² und den **Ergänzungsleistungen zur Invalidenversicherung (IV)** der Fall. Während die Prämienverbilligung Sache des Kantons und des Bundes ist,

¹¹ Ein Überblick über die Ausgabenstruktur des Kantons und der Gemeinden in den funktionalen Bereichen *Gesundheit* und *soziale Sicherheit* ist in Abbildung A22 im Anhang zu finden.

¹² Die Bezeichnung der funktionellen Aufgabengebiete richtet sich nach der funktionalen Gliederung gemäss harmonisiertem Rechnungslegungsmodell der Kantone und Gemeinden (HRM2).

stehen die Gemeinden bei den Institutionen für Menschen mit einer Behinderung finanziell in der Pflicht. Die übrigen Aufwände werden zu grossen Teilen durch die EL zur IV finanziert und daher wiederum anteilmässig durch die kantonale Ebene.

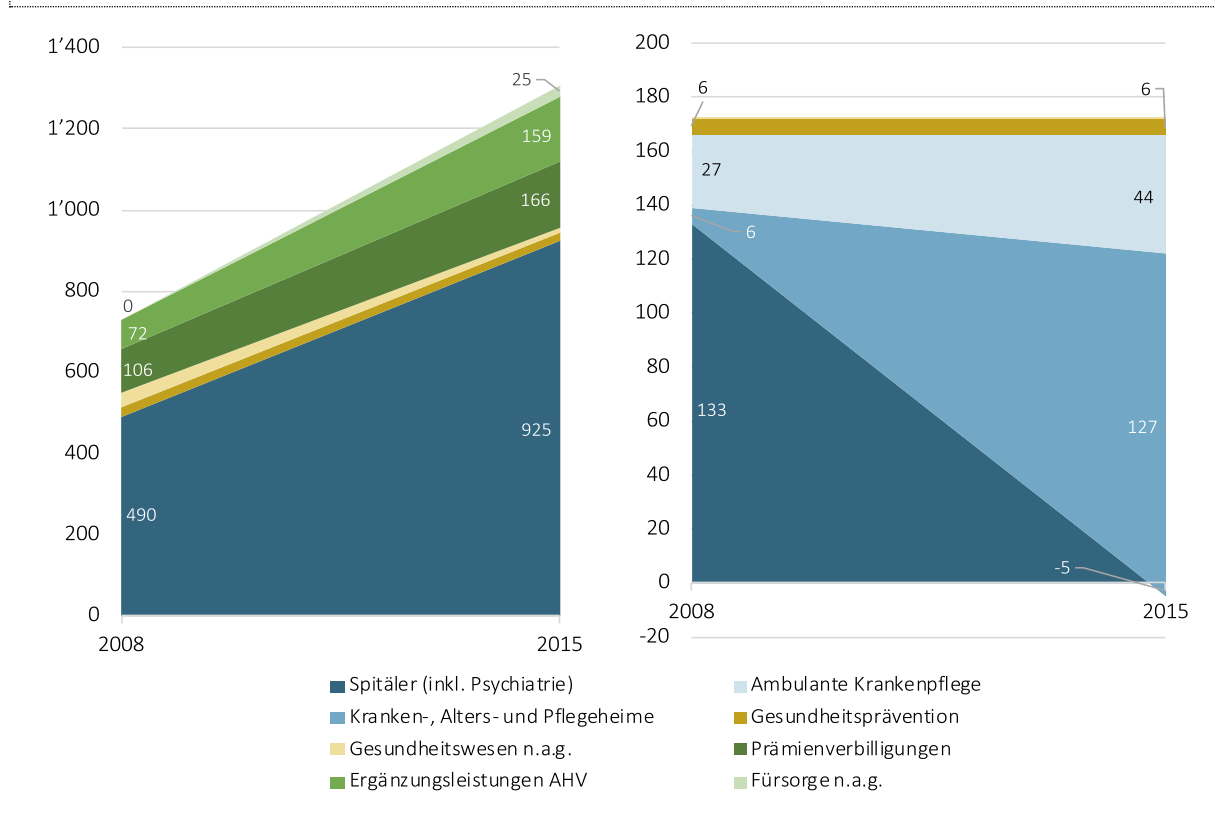
In den vergangenen Jahren hat sich die Kostenentwicklung in andere Bereiche verschoben. Mit der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wurden die Kantone und ihre Gemeinden vom Bund in die Pflicht genommen, die Restkosten in der **Langzeitpflege** zu decken. Heute tragen die Aargauer Gemeinden gemäss Finanzstatistik rund CHF 82 Mio. oder CHF 126 pro Einwohner und Jahr an die Heimpflege bei (Jahr 2015). Hinzu kommt, wie im Falle der Invalidität, auch bei der Langzeitpflege das EL-Regime zur Anwendung. Die **Ergänzungsleistungen zur AHV**, welche von zahlreichen Heimbewohnern in Anspruch genommen werden, sind durch den Bund und die Kantone mitfinanziert. In absoluten Zahlen ist die Belastung der EL zur AHV (CHF 103.5 Mio.) für die öffentliche Hand höher als die reine Restfinanzierung der Pflegekosten für die stationäre Heimpflege (CHF 81.9 Mio.).

Trotz des Wachstums sind die Kosten der **ambulanten Langzeitpflege** im Vergleich zu den weiteren Aufgabenbereichen für die gesamte öffentliche Hand überschaubar. Betrachtet man allerdings nur die Gemeinden, stellt die Spitex dennoch einen wesentlichen Kostenblock dar (vgl. Kapitel 4.3).

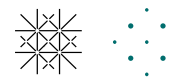
4.3 Entwicklung der Belastung für den Kanton und dessen Gemeinden

Die relative Belastung der öffentlichen Hand lässt sich für den Kanton Aargau und seine 212 politischen Gemeinden getrennt untersuchen. Unten abgebildet sind die Pro-Kopf-Ausgaben (netto) des Kantons (links) und jene der Gemeinden (rechts) gegliedert nach Funktionsbereich für die Jahre 2008 und 2015 ersichtlich (vgl. Abbildung 11).

ABBILDUNG 11 NETTOAUSGABEN JE AUFGABENBEREICH IM FUNKTIONALEN BEREICH GESUNDHEIT (INKL. IPV UND EL ZUR AHV) | KANTON UND GEMEINDEN, CHF PRO EINWOHNER (2008/2015)



Quelle: EFV, Finanzstatistik (1990-2015, FS-Modell, Detailauswertung 3-Steller). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.
Anmerkung: n.a.g. = nicht anderweitig genannt



Die **Analyse der Pro-Kopf-Werte** ist in Bezug auf die finanzielle Belastung aussagekräftiger, da dieser Ansatz dafür kontrolliert, dass ein Wachstum der Bevölkerung in der Regel auch mehr Einnahmen bedeutet. Der Zeitraum wurde so gewählt, da die Daten ab 2008 zeitlich vergleichbar sind.

Verglichen mit 2008 hat die Belastung des Kantons im Funktionsbereich Gesundheit (inkl. IPV und EL zur AHV) merklich zugenommen, während die Gemeinden insgesamt gesehen keine Mehrbelastung erfahren haben. Auf kantonaler Ebene haben sich die Netto-Ausgaben von CHF 728 pro Einwohner auf CHF 1'306.4 erhöht (+79.5 %). Die kommunal getragenen Kosten sind im selben Zeitraum unmerklich von CHF 172.8 auf CHF 172.5 zurückgegangen (-0.0 %).

Für den Kanton haben sich in jüngster Zeit vor allem die **Spitalkosten** massiv auf das Budget ausgewirkt. Die Mehrkosten sind einerseits auf die erhöhte Beteiligung des Kantons im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen. Geändert haben sich gleichzeitig aber auch die Zuständigkeiten. So trugen die Gemeinden bis ins Jahr 2014 einen Teil der Spitalkosten selbst. Dieser Umverteilungseffekt ist bei den Gemeinden im Posten *Spitäler* zu sehen.

Kantonal schlägt aber auch die Prämienverbilligung zu Buche. Pro Einwohner flossen im Jahr 2015 rund CHF 60 mehr an die IPV als noch 2008. Dies entspricht einer Zunahme von +56 %. Noch deutlicher erhöht haben sich die EL-Beiträge zur AHV von ursprünglich CHF 72 auf CHF 159 pro Einwohner (+120 %). Angewachsen, wenn auch in einem weitaus geringeren Mass, sind die Ausgaben im Bereich *Fürsorge n.a.g.* Dies mag auch darauf zurückzuführen sein, dass die Prämienausstände während dieser Zeit zugenommen haben.

Für die **Gemeinden** hat die neue Pflegefinanzierung einige Änderungen gebracht. Die Restfinanzierung der Pflegekosten hat dazu geführt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für die Langzeitpflege in nur sieben Jahren von CHF 33 auf CHF 171 angestiegen sind (Pflegeheime und Spitex). Damit haben sich die Kosten je Einwohner mehr als verfünffacht. Ein Grossteil der Restfinanzierung fliesst noch immer in den stationären Pflegebereich (74 %). Die restlichen 24 % der Pflegekosten sind ambulanten Leistungserbringern zuzurechnen.

4.4 Komponenten des Kostenwachstums in der Langzeitpflege

Kosten sind das **Produkt** aus **Menge** und **Preis**. Deshalb ist die Entwicklung der Kosten über die Zeit gekoppelt an die Entwicklung von Mengen und Preisen. So steigen die Gesundheitskosten beispielsweise dann, wenn das Lohnniveau bei den Pflegefachkräften oder den Ärzten ansteigt. Ähnlich führen mehr Arztbesuche oder mehr Spitalaufenthalte zu höheren Kosten. Auf Basis dieser Überlegung kann eine Kostenentwicklung in ihre **Komponenten** zerlegt werden. Aus Gründen der Relevanz der Langzeitpflege und der Datenverfügbarkeit wird im Folgenden eine Komponentenzerlegung für die ambulante und stationäre Pflege vorgenommen.¹³ Zusammengenommen sind die Kosten in den beiden Leistungsbereichen seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung um CHF 150 Mio. oder CHF 30 Mio. pro Jahr gestiegen (s. Spitex Statistik, 2011/2016; SOMED, 2011/2016).

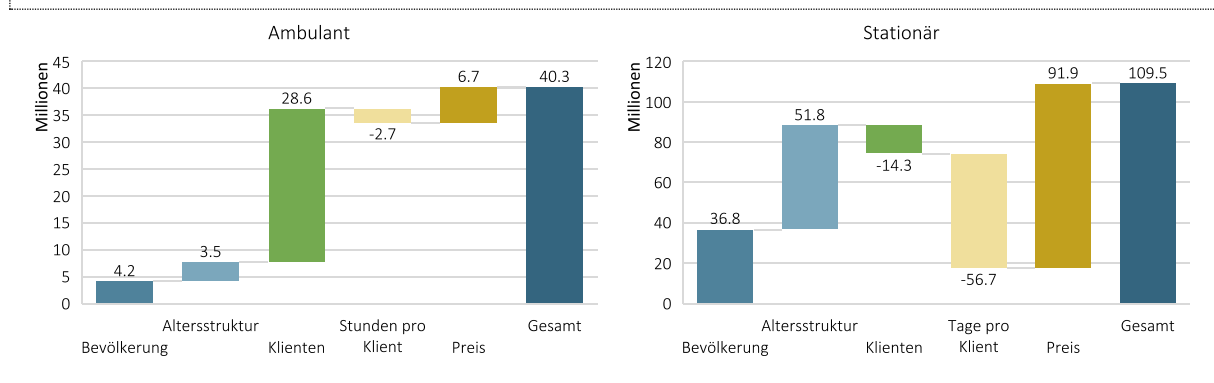
Rechnet man die Abgeltung der GWL hinzu, welche die gemeinnützige **Spitex** für die Erbringung der Versorgungspflicht erhält, ergibt sich seit 2011 für das Kostenwachstum ein Wert von +70.1 % oder CHF 40.3 Mio. (vgl. Abbildung 12, links). Während dieses Zeitraums wuchs die Bevölkerung im Kanton um 7.3 %. Unter ansonsten gleichen Voraussetzungen hätten die Kosten nur in diesem Ausmass zugenommen (Balken "Bevölkerung"). Gleichzeitig hat sich jedoch die Alterspyramide nach oben verschoben. Da die ältere Bevölkerung die Spitex am stärksten nutzt, erhöhen sich dadurch die Nachfrage und somit die Kosten (Balken "Altersstruktur"). Ungleich grösser war in den vergangenen fünf Jahren jedoch der Einfluss einer erhöhten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Der Anteil jener Personen, welche während des Jahres mindestens eine Stunde Langzeitpflege in Anspruch genommen hat, hat sich markant erhöht (Balken "Klienten"). Alleine durch diese Zunahme der Prävalenz von ambulanten Pflegebedürftigkeit hätte bereits ein Kostenwachstum von CHF 28.5 Mio. oder 43.8 % resultiert. Pro pflegebedürftige Person wurden allerdings etwas weniger Stunden in Anspruch genommen als noch 2011 (Balken "Stunden pro

¹³ Auf die verwendete Methodik wird im Anhang näher eingegangen (vgl. Kap. 7.2). Zudem sei auf die Studie von Felder u.a. (2015) verwiesen.

Klient¹⁴). Schliesslich haben sich während der Beobachtungszeit auch die Kosten pro geleistete Stunde moderat erhöht. Die Kosten stiegen von CHF 107.78 pro Stunde auf CHF 115.75 im Jahr 2016 (inkl. GWL).

Der stationäre Pflegebereich ist insgesamt deutlich weniger schnell gewachsen als die Hilfe und Pflege zuhause. Der gesamte Kostenanstieg betrug 21.7 % oder CHF 109.5 Mio. (vgl. Abbildung 12, rechts). Zusätzlich lässt sich bei den Pflegeheimen ein sogenannter Kompositionseffekt isolieren. Dieser gibt an, für welchen Teil des Kostenanstiegs die Veränderung des täglichen Pflegebedarfs verantwortlich ist. Da die Menschen heute tendenziell später in ein Alters- oder Pflegeheim eintreten als noch vor 10 bis 15 Jahren, ist anzunehmen, dass der durchschnittliche Pflegebedarf im Heim steigt. Dies aus dem einfachen Grund, weil der Gesundheitszustand beim Eintritt schlechter ist als noch vor einigen Jahren.

ABBILDUNG 12 KOMPONENTEN DES KOSTENANSTIEGS | STATIONÄR UND AMBULANT (2011 – 2016)



Quelle: BFS, Spitex-Statistik (2011/2016), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2011/2016), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP (2011/2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkungen: *Bevölkerung* = Effekt des Bevölkerungswachstums, *Altersstruktur* = Effekt der Verschiebung der Bevölkerungspyramide auf Altersklassen mit einer höheren Inanspruchnahme, *Klienten* = Effekt der Veränderung des Prozentsatzes der Bevölkerung, welche Pflege in Anspruch nimmt (Jahresprävalenz), *Stunden/Tage pro Klient* = Effekt der Veränderung der Regelmässigkeit/Länge der Inanspruchnahme der Klienten, *Pflegestufen* = Effekt der Verteilung von Klienten über die 12 Pflegestufen, *Preis* = Effekt der Veränderung des Preises pro erbrachte Pflegestunde oder Pfl egetag.

Mehrere Beobachtungen weisen auf diesen Effekt hin. Einerseits ist die Komponente *Klient* negativ, die Prävalenz stationärer Pflegebedürftigkeit war also rückläufig. Gleichzeitig hat die ambulante Pflegebedürftigkeit zugenommen. Pflegebedürftige Personen werden vermehrt zuhause und weniger stationär gepflegt. Zudem bleiben die Menschen immer länger gesund. Eine 80-jährige Person heute ist im Durchschnitt wesentlich weniger gebrechlich als eine gleichaltrige Person vor 50 Jahren.

Dass die Heimaufenthalte deutlich kürzer werden, zeigt die Komponente *Tage pro Klient*. Isoliert betrachtet trug diese Komponente am meisten zur Dämpfung der Pflegekosten bei. Gerade in die andere Richtung zeigt allerdings die Komponente *Pflegestufen*. Die Verteilung der Heimbewohner über die Pflegestufen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich zugunsten der höheren Pflegestufen verschoben. Diese Beobachtung ist auch in Tabelle 4 zu sehen. Innerhalb von nur fünf Jahren wurden 24 % weniger Pfl egetage registriert bei Personen mit einem Pflegebedarf von bis zu einer Stunde.¹⁴ Der stärkste Anstieg ist in der Kategorie mit einem Pflegebedarf von über 2 Stunden zu verorten. Durch diese Umlagerung werden heute in den Pflegeheimen des Kantons Aargau mehr Tage mit intensiver Pflege erbracht (min. 120 Minuten) als Tage mit geringem Pflegebedarf (max. 60 Minuten). Nichtsdestotrotz erstaunt etwas, dass noch immer 31.5 % der Pfl egetage Personen betreffen, welche wenig oder gar keine Pflege benötigen.

¹⁴ Eine genaue Aufschlüsselung der Pfl egetage je Pflegeintensitätsstufe ist in Abbildung A23 im Anhang zu finden.

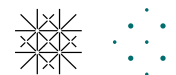


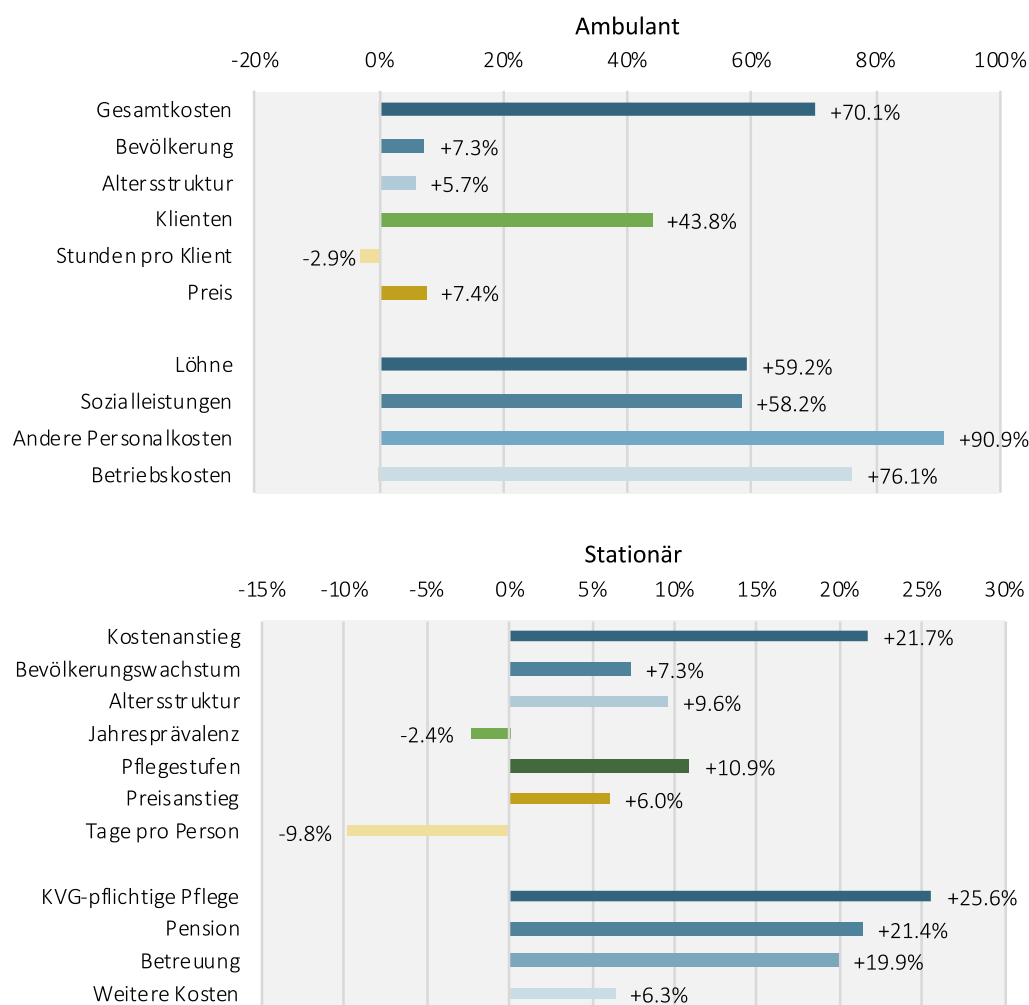
TABELLE 4 ANZAHL PFLEGETAGE NACH PFLEGEINTENSITÄTSSTUFE | PFLEGEHEIME DES KANTONS AARGAU (2011/2016)

Pflegebedarf	2011	2016	Veränderung in %
bis 60 Minuten (Stufen 0 – 3)	907'593	688'486	-24.1 %
bis 120 Minuten (Stufen 4 – 6)	610'213	747'413	+22.5 %
mehr als 120 Minuten (Stufen 7 – 12)	467'754	732'865	+56.7 %
Person nicht beurteilt	55'602	17'504	-68.5 %
Total	2'041'162	2'186'268	+7.1 %

Quelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2011/2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Überproportional stark gewachsen sind die Heimkosten bei der KVG-pflichtigen Pflege (vgl. Abbildung 13). Die gesamten Kosten in diesem Bereich sind um mehr als ein Viertel höher als noch 5 Jahre zuvor.

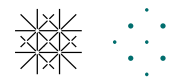
ABBILDUNG 13 KOMPONENTEN DES KOSTENANSTIEGS RELATIV | AMBULANT UND STATIONÄR (2011 – 2016)



Quelle: BFS, Spitex-Statistik (2011/2016), Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2011/2016), Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP (2011/2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Die Kosten für die Betreuung und die Pension haben sich im selben Zeitraum um rund 20 % erhöht. Dass die Pflegekosten stärker angestiegen sind als die weiteren Kostenblöcke, ist auch auf den Kompositionseffekt zurückzuführen. Personen mit einem erhöhten Pflegeaufwand verursachen zwar mehr Pflegekosten, die Kosten für die Hotellerie sowie die Betreuung sind in der Regel aber unabhängig vom Pflegebedarf und werden von den Heimen auch pauschal verrechnet.

Bei der Spitex haben sich die Betriebskosten etwas dynamischer entwickelt als die Löhne. Dies zeigt eine Auswertung der Aufwandkonten der Spitex im Kanton Aargau. Generell kann jedoch gesagt werden, dass der Arbeitseinsatz bei weitem der wichtigste Kostenfaktor ist. Nimmt man die Sozialleistungen und die anderen Personalkosten zu den Löhnen hinzu, ergibt sich ein relativer Kostenanteil am gesamten Spitex-Aufwand von 85 %.



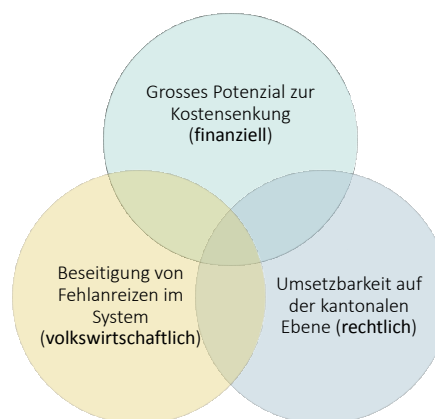
5 Vorstellung und Diskussion von Massnahmen

5.1 Methodisches Konzept

In Kapitel 4 wurden jene Leistungsbereiche identifiziert, welche in den vergangenen Jahren einem starken Kostenwachstum unterworfen waren. Mit Blick auf die Handlungsempfehlungen stehen drei Hauptkriterien für die zu erarbeitenden Massnahmen im Vordergrund.

ABBILDUNG 14 DREI HAUPTKRITERIEN FÜR DIE WAHL DES MASSNAHMENKATALOGS

- Massnahmen sind **volkswirtschaftlich** geboten, wenn dadurch positive Anreize bei den Akteuren geschaffen werden und somit Effizienzgewinne resultieren.
- Massnahmen sind **finanziell** von Interesse, wenn die potenziellen Einsparungen substanzial und widerkehrend sind.
- Massnahmen sind **rechtlich** umsetzbar, wenn der Kanton AG diese weitgehend souverän (oder in Absprache mit anderen Kantonen) implementieren kann.



Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Es versteht sich von selbst, dass die Massnahmen ein bestehendes **Potenzial für Kosteneinsparungen** angehen müssen, um dementsprechend finanziell relevant zu sein. Ein existierendes Sparpotenzial alleine ist allerdings kein hinreichendes Kriterium für eine nachhaltige Massnahme. Möchte man keinen Leistungs- oder Qualitätsabbau in Kauf nehmen, sollte das zentrale Ziel der Strategie sein, ein im System vorhandenes **Effizienzpotenzial** zu nutzen und so die Kosten zu senken. Dies geschieht insbesondere dann, wenn Fehlanreize bei den Leistungserbringern, den Krankenversicherern, den Kantonen und Gemeinden, aber auch bei den Versicherten und den Patienten beseitigt werden. Ein Problem im öffentlichen Bereich ist insbesondere die zuweilen fehlende **fiskalische Äquivalenz** zwischen Entscheidungskompetenz und Finanzierung entlang der Ebenen der Gebietskörperschaften. Das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz ist eng verknüpft mit der institutionellen Kongruenz (vgl. Blankart, 2017). Damit sollen ineffiziente Entscheidungen vermieden werden, die daraus resultieren, dass eine Gebietskörperschaft autonom entscheiden kann, selbst aber die dadurch entstandenen Kosten gar nicht oder nur teilweise trägt.

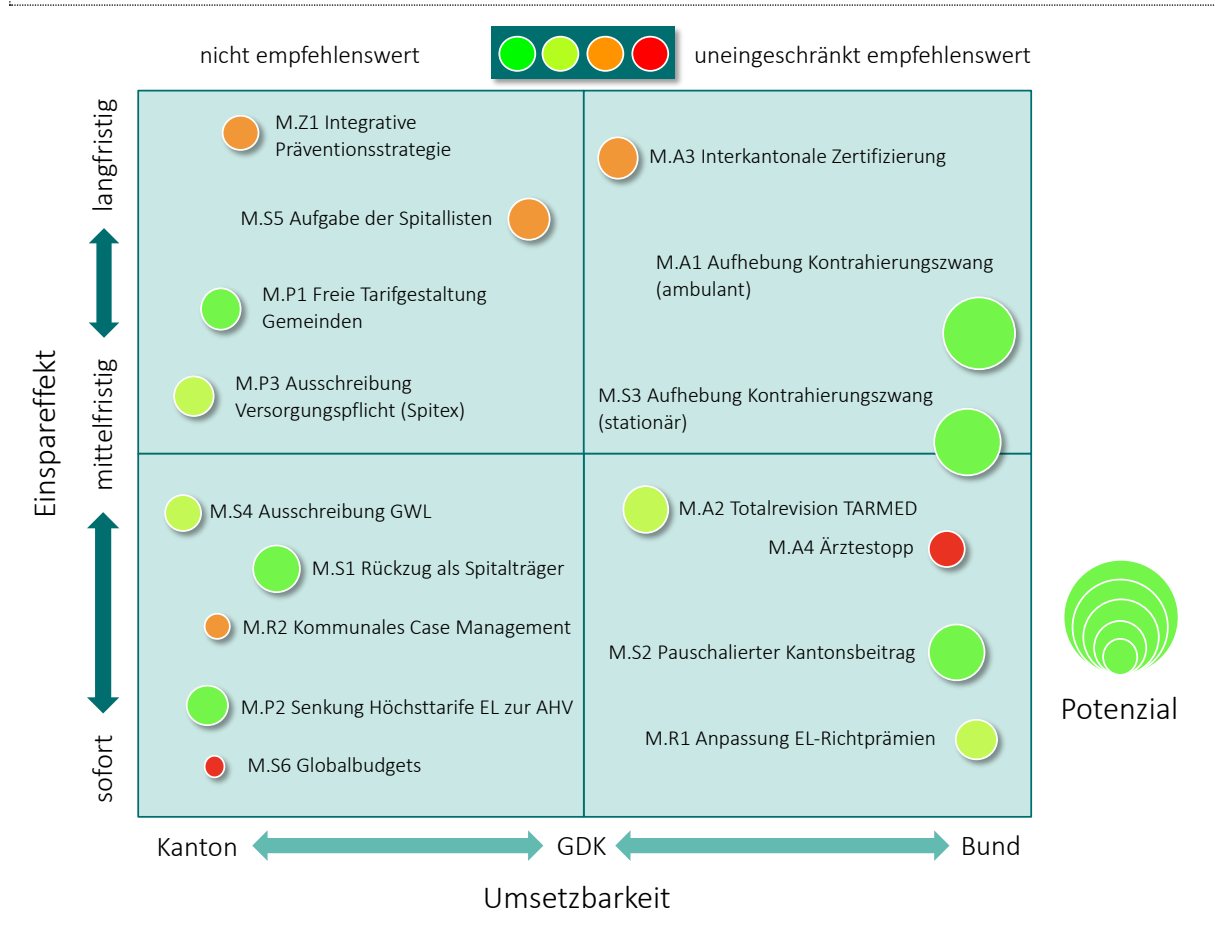
Es stehen Massnahmen im Vordergrund, die vollständig oder weitgehend auf der **kantonalen Ebene umgesetzt** werden können. Sie werden losgelöst von der politischen Machbarkeit und Akzeptanz erarbeitet. Wir ziehen dabei allerdings den rechtlichen Status quo mit ein und weisen darauf hin, welche gesetzlichen Anpassungen je nach Massnahme notwendig werden.

5.2 Die Massnahmen im Überblick

Die Massnahmen werden in den folgenden Kapiteln nach Sektor getrennt betrachtet und im Detail diskutiert. Eine Zusammenstellung aller in Frage kommenden Massnahmen ist in Abbildung 15 zu finden. Dort sind die insgesamt 16 Massnahmen aufgeführt, sortiert und eingefärbt nach unterschiedlichen Merkmalen. Die horizontalen und vertikalen Achsen geben jeweils Auskunft darüber, auf **welcher staatlichen Ebene** eine Umsetzung erfolgen kann (x-Achse) und mit **welcher Fristigkeit die Einsparungen wirken** (y-Achse). Die Grösse der einzelnen Punkte entspricht einer **Schätzung des Sparpotenzials**. Schliesslich zeigt die **Farbe der Punkte** im Ampelsystem, inwieweit das Projektteam die Umsetzung der Massnahme empfiehlt. Während die grünen Punkte ohne Vorbehalt empfohlen wer-

den, ist bei den roten Punkten äusserste Zurückhaltung angezeigt. Der Entscheid, inwiefern eine Massnahme empfohlen wird, hängt, wie vorgängig erwähnt, von den finanziellen, volkswirtschaftlichen und rechtlichen Komponenten ab.

ABBILDUNG 15 ÜBERBLICK ÜBER DEN MASSNAHMENKATALOG



Darstellung: Universität Basel/IWSB

Ganz allgemein haben die Auswertungen gezeigt, dass der Kanton Aargau alleine und in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen einige Möglichkeiten besitzt, den steigenden Gesundheitskosten zu begegnen. Insgesamt sind 10 Massnahmen *empfehlenswert* bzw. *uneingeschränkt empfehlenswert*; davon kann die Hälfte mehrheitlich kantonal umgesetzt werden. Die kantonalen Massnahmen sind dabei allerdings stark auf den **Spitalsektor** und die **Langzeitpflege** beschränkt. Grundsätzliche Anpassungen am Finanzierungs- und Vertragssystem müssen dagegen auf der nationalen Ebene geregelt werden.

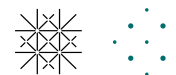
5.3 Massnahmen je Gesundheitssektor

5.3.1 Spitalsektor

5.3.1.1 Aktuelle Situation

Die 23 Spitäler im Kanton Aargau verteilen ihre Aktivitäten auf insgesamt 52 Standorte.¹⁵ In erster Linie finanzieren sich die Einrichtungen über Zahlungen von Versicherern und des Kantons (vgl. Tabelle 5). Ein beachtlicher Teil

¹⁵ Vgl. BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2016)



davon fällt auf die **stationäre Behandlung** von Krankheiten und Unfällen. Von den Erträgen aus medizinischer Leistung steuert der Kanton CHF 568.7 Mio. an die Deckung der Kosten der stationären Versorgung bei. Dies entspricht 28.4 % der Gesamterträge der Spitäler.

TABELLE 5 ERTRAGSSITUATION DER AARGAUISCHEN SPITÄLER (2016)

Ertragsart	Wert 2016	Anteil in %
Erträge aus medizinischer Leistung	1'835'576'357	91.6 %
davon Erlöse ambulant (OKP)*	294'249'808	14.7 %
davon Erlöse stationär (OKP)	1'120'846'157	55.9 %
<i>Anteil Kanton</i>	<i>568'74'055</i>	<i>28.4 %</i>
Beiträge der öffentlichen Hand (GWL)*	31'242'407	1.6 %
Sonstige Erträge	137'372'792	6.9 %
Erträge total	2'004'191'556	100 %

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler KZSS (2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkungen: * Der Wert ist offensichtlich viel zu tief angesetzt. Einige Spitäler haben in ihrer Statistik zwar ambulante Fälle registriert, bei den ambulanten Erträgen OKP aber eine null eingesetzt (Kantonsspital Baden AG, Asana Gruppe AG); * Beinhaltet auch Gönnerbeiträge.

Spitäler und Kliniken in **privater Trägerschaft** trugen im Jahr 2016 34.4 % an die insgesamt erbrachten Pflegetage und 21.9 % der Austritte im Kanton Aargau bei (vgl. Tabelle 6). Dieser **Marktanteil** bei den Pflegetagen von rund einem Drittel scheint insgesamt zwar hoch, die Unterschiede sind jedoch je nach Aktivitätstyp des Spitals beträchtlich. So werden im Akutbereich nur gerade 13 % der Pflegetage von privaten Institutionen erbracht. Etwa im Durchschnitt liegen die psychiatrischen Kliniken. Private Einrichtungen vereinigen dort etwas mehr als 31 % der Pflegetage auf sich.

Einen deutlichen Vorsprung gegenüber öffentlichen Trägern weisen die Privatkliniken im Bereich der **stationären Rehabilitation** auf. Mehr als 7 von 10 Patienten werden im Kanton Aargau in einer Klinik in privater Trägerschaft behandelt. Dies ist auch der Grund für die Diskrepanz zwischen den Pflegetagen und den Austritten beim kantonalen Marktanteil der Privaten. Aufenthalte in der stationären Rehabilitation dauern im Mittel deutlich länger als in einem Akutspital. Da die privaten Träger in der Rehabilitation stark vertreten sind, weisen sie im Verhältnis zu den Austritten überproportional viele Pflegetage auf.

TABELLE 6 MARKTANTEIL STATIONÄR VON PRIVATSPITÄLERN | KANTON AARGAU (2016)

Indikator	Total	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Pflege tage	34.4 %	13.0 %	31.3 %	69.1 %
Austritte	21.9 %	15.1 %	20.7 %	71.7 %
Betten	34.1 %	12.9 %	33.7 %	66.7 %

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler KZSS (2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Da der Export von Spitalleistungen in andere Kantone primär im **Rehabilitationsbereich** stattfindet, sind es ebenfalls private Träger, welche viele Patienten aus den umliegenden Kantonen behandeln (vgl. Tabelle 7). Im Jahr 2016 stammten gut 38 von 100 Patienten in privaten Kliniken aus anderen Kantonen. Deutlich höher als bei den öffentlichen Einrichtungen ist ebenfalls der Anteil der halbprivat und privat versicherten Patienten in den Privatkliniken.

Über alle Spitäler hinweg ist in 92.6 % der Fälle die OKP der Hauptgarant für die Kosten einer Behandlung. Dies schliesst die Behandlung der Versicherten mit Zusatzversicherung mit ein, soweit es sich um Leistungen der Grundversicherung handelt. Dass der Anteil der OKP finanzierten Fälle bei den öffentlichen Häusern etwas niedriger ausfällt, hat womöglich damit zu tun, dass in den vorwiegend öffentlich getragenen Akutspitalern je nach Zuständigkeit auch die Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung für die Kosten der Behandlung aufkommt.

TABELLE 7 HERKUNFT UND VERSICHERUNG DER PATIENTEN | NACH TRÄGERSCHAFT DES SPITALS (2016)

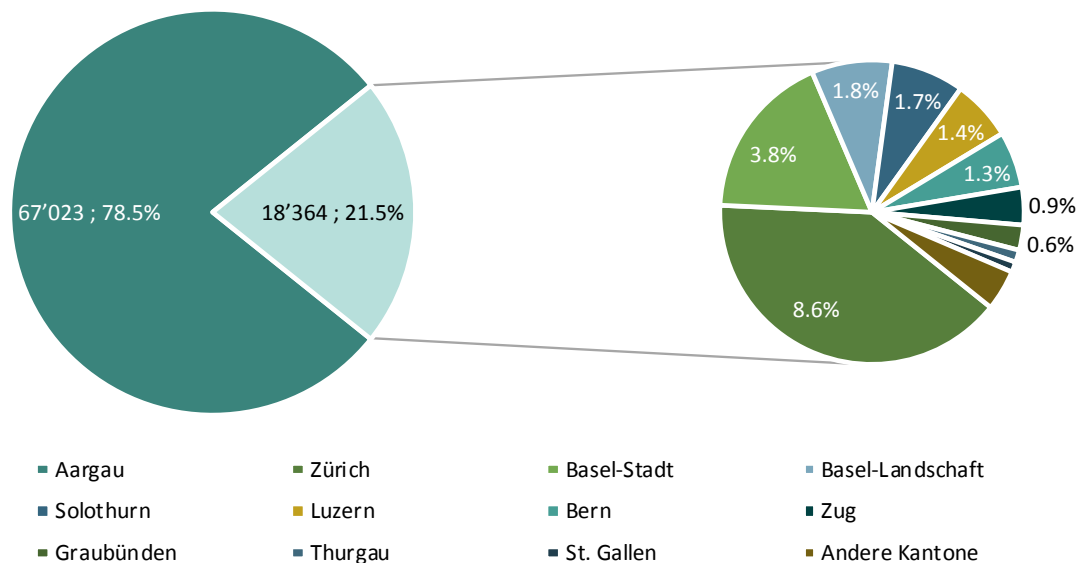
Indikator	Insgesamt	Öffentlicher Träger	Privater Träger
Anteil Patienten mit Wohnsitz im Ausland	1.6 %	1.8 %	0.6 %
Anteil ausserkantonale Patienten	16.5 %	10.5 %	38.2 %
Anteil Patienten halbprivat oder privat	22.0 %	17.6 %	37.7 %
Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant	92.6 %	91.8 %	95.3 %

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler KZSS (2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Wie die aargauischen Spitäler regelmässig Patienten aus anderen Kantonen behandeln, lassen sich auch die Aargauerinnen und Aargauer zunehmend ausserhalb ihres Kantons behandeln. Im Jahr 2016 waren es 18'364 Fälle oder 21.5 % aller akutstationären Fälle der Wohnbevölkerung. Ein Jahr vor Einführung der freien Spitalwahl lag dieser Wert noch bei 17.6 %.¹⁶

Der entsprechende **Import von Leistungen** ist vor allem bei den Exportkantonen Zürich und Basel-Stadt zu spüren, welche beide ein Universitätsspital haben (vgl. Abbildung 16). Zürcher und baselstädtische Spitäler sind für mehr als die Hälfte der ausserkantonalen Fälle von Aargauer Versicherten verantwortlich. Zu einem geringeren Anteil lassen sich Aargauer Patienten auch in den Kantonen Basel-Landschaft (1.8 %), Solothurn (1.7 %), Luzern (1.4 %), Bern (1.3 %) und Zug (0.9 %) behandeln.

ABBILDUNG 16 BEHANDLUNGSKANTON VON AARGAUER PATIENTEN (2016)



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Die Datenlage erlaubt eine **Kurzanalyse der Fallkosten** im akutstationären Bereich (vgl. Tabelle 8). Aufgrund des landesweit einheitlichen Patientenklassifikations- und Vergütungssystems (SwissDRG) lassen sich die erbrachten Leistungen zwischen den Spitätern gut vergleichen. Dies betrifft vor allem den unterschiedlichen Schweregrad der Patienten (Casemix, Casemix-Index).¹⁷

¹⁶ Vgl. BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2011)

¹⁷ Der *Casemix* entspricht dem Total der Fälle, wobei jeder Fall mit der individuellen Fallschwere gewichtet einfließt. Damit werden aggregierte Fallzahlen zwischen unterschiedlichen Spitätern miteinander vergleichbar. Den *Casemix-Index* (CMI) erhält man, wenn man den *Casemix* durch die rohe Fallzahl dividiert. Der *CMI* ist daher ein Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle in einem Spital.

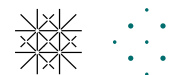


TABELLE 8 KOSTEN IM AKUTSTATIONÄREN BEREICH | SPITÄLER IM KANTON AARGAU (2016)

Name des Spitals	Träger	Anzahl Standorte	Notfall	Austritte stationär	CMI netto	Kosten stationär	Kosten pro Fall (bereinigt)
Asana Gruppe AG Spital Leuggern	öffentl.*	1	ja	4'143	0.684	27'595'199	9'738
Asana Gruppe AG Spital Menziken	öffentl.*	1	ja	3'741	0.706	25'808'038	9'772
Geburtshus Storchenäscht AG	privat	1	nein	355	0.395	1'317'996	9'399
Gesundheitszentrum Fricktal	öffentl.*	3	ja	8'208	0.767	68'091'643	10'816
Hirslanden Klinik Aarau	privat	1	nein	10'879	1.233	121'281'863	9'042
Kantonsspital Aarau AG	öffentl.*	1	ja	27'750	1.141	346'228'882	10'935
Kantonsspital Baden AG	öffentl.*	4	ja	19'520	0.953	203'350'288	10'931
Klinik Villa im Park AG	privat	1	nein	2'413	0.646	15'392'107	9'874
Kreisspital für das Freiamt	öff. Stiftung	1	ja	7'828	0.857	67'931'866	10'126
Spital Zofingen AG	öffentl.*	1	ja	5'008	0.874	46'056'576	10'522
Akutstationärer Sektor		15		89'845	0.982	923'054'458	10'461
<i>Privater Sektor</i>		<i>3</i>		<i>13'647</i>	<i>1.107</i>	<i>137'991'966</i>	<i>9'131</i>
<i>Öffentlicher Sektor</i>		<i>12</i>		<i>76'198</i>	<i>0.960</i>	<i>785'062'492</i>	<i>10'736</i>

* gemeinnützige AG im Besitz des Kantons und der Gemeinden

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler KZSS (2016). Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Unter den privat getragenen Akutspitälern führt die Hirslanden Klinik Aarau die Statistik deutlich an (10'879 Austritte). Zusätzlich liefern die Klinik Villa im Park AG (2'413 Austritte) und das Geburtshus Storchenäscht AG (355 Austritte) einige Fälle an das kantonale Angebot.

Da die **Kostendaten** zur Verfügung stehen, können für jedes Spital die schweregradbereinigten durchschnittlichen Kosten pro Fall berechnet werden. Diese liegen über alle Spitäler gesehen zwischen CHF 9'042 und CHF 10'935. Ein Fall mit einem Schweregrad von 1.0 kostet im Mittel CHF 10'461. Interessant ist ein Blick auf die Unterschiede nach Trägerschaft. Bei den Privatkliniken kostet ein schweregradbereinigter Fall im Durchschnitt CHF 9'131. Bei den öffentlichen Häusern hingegen liegt dieser Wert bei CHF 10'736. Damit sind die öffentlichen im Vergleich zu den privaten Spitälern durchschnittlich um 17.5 % teurer.¹⁸ Während bei den Privatspitälern die sehr günstige Hirslanden Klinik den niedrigen Wert erklärt, springen im öffentlichen Bereich die beiden Kantonsspitäler und das Gesundheitszentrum Fricktal ins Auge. In diesen drei Spitälern liegen die mittleren Fallkosten bei CHF 11'000. Die Kostenunterschiede nach Trägerschaft sind insgesamt zu gross, als sie etwa durch die Breite der angebotenen Leistungen oder den Betrieb einer Notfallstation erklärt werden könnten.

¹⁸ Hohe Fallkosten bedingen nicht zwangsläufig eine entsprechend hohe Baserate. Einerseits hat der Kanton die Möglichkeit, das Defizit in Form gemeinwirtschaftlicher Leistungen zu decken. Zudem ist bekannt, dass Spitäler die OKP-Kosten teilweise durch Erträge aus der Zusatzversicherung quersubventionieren können.

5.3.1.2 Beschreibung der Massnahmen

M.S1: Rückzug des Kantons und der Gemeinden aus der Trägerschaft der Spitäler

Umsetzbarkeit: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

Zwar hat der Kanton Aargau seine Kantonsspitäler im Vorfeld der neuen Spitalfinanzierung privatisiert. Er ist jedoch weiterhin deren Hauptaktionär und damit **Eigner der wichtigsten Leistungserbringer im akutstationären Bereich**. Gleiches gilt für einige **Gemeinden**, die an den Regionalspitälern beteiligt sind (d.h. Kreisspital für das Freiamt Muri, Spitäler Leuggern und Menziken, Gesundheitszentrum Fricktal). Der Kanton hat daher ein Interesse, **seine Spitäler bevorzugt zu behandeln**. Es ist ebenfalls davon auszugehen, dass jedes öffentlich kontrollierte Spital auf der Spitalliste figuriert. Hinzu kommt, dass der Kanton bei der Bestimmung des Basisfallwertes "zwei Seelen in seiner Brust" hat. Einerseits profitieren seine Spitäler von hohen Basisfallwerten, da die Einnahmen der Einrichtungen proportional zu den Basisfallwerten sind. Andererseits trägt der Kanton 55 % der fallpauschalierten Vergütung und könnte daher seine Ausgaben durch niedrigere Basisfallwerte entlasten. Dieser Zielkonflikt lässt sich nur lösen, wenn sich der Kanton aus der Finanzierung der stationären Vergütung zurückzieht. Eine wirkliche Privatisierung der beiden Kantonsspitäler und des Spitals Zofingen AG (Tochter des KSA) wäre ein entscheidender Schritt in Richtung einer **Entkopplung der Mehrfachrollen** des Kantons Aargau im Spitalsektor. Ähnliche Überlegungen gelten auch für die Psychiatrischen Dienste Aargau AG.

Dieser Schritt alleine bedeutet nicht, dass der Kanton komplett auf Instrumente zur Steuerung des stationären Angebots verzichtet. Auch ohne eigene Spitäler kann er das Angebot über die Spitalliste steuern und mit ausgesuchten Leistungserbringern Verträge über die Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen abschliessen.

Die überdurchschnittlich hohen Fallkosten der öffentlich getragenen Häuser weisen auf **Effizienzreserven im System** hin. Da es sich um grosse Einrichtungen handelt, ist das finanzielle Potenzial beträchtlich. Wenn die Fallkosten der Kantonsspitäler Aarau und Baden um nur 5 % oder gut CHF 500 pro Fall gesenkt werden, führt dies zu systemweiten Einsparungen von CHF 25.84 Mio. Mit der heutigen dualen Finanzierung mit Kantonsanteil 55 % blieben für den Kanton Einsparungen von CHF 14.21 Mio. pro Jahr.

Die **Ertragssituation** ist in den Kantonsspitalern **unbefriedigend**. Insbesondere weist das Kantonsspital Aarau eine niedrige EBITDA-Marge auf. Gleichzeitig steht eine 600-Millionen-Investitionen für einen Neubau an. Das finanzielle Risiko trägt die kantonale Politik und der Steuerzahler läuft Gefahr, langfristig für eine **Strukturerhaltung** aufkommen zu müssen. Eine konsequente Privatisierung böte hingegen die Gelegenheit, überflüssige Kapazitäten zu bereinigen.

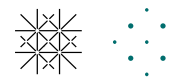
Im Grossen Rat des Kantons Aargau wurden bereits **Vorstösse zu diesem Thema** eingereicht. Die Vorstösse zielen einerseits darauf ab, die Eigentümerstrategie des Kantons zu überdenken. Andererseits wird ganz konkret der Wunsch geäussert, die kantonale Gesetzgebung so anzupassen, dass der Kanton Aargau seine **Kantonsspitäler** mittelfristig **veräussern** kann. Die Regierung hat im Zuge der **Revision des Spitalgesetzes** durchblicken lassen, die parlamentarischen Vorstösse bei der Gesetzesrevision entsprechend zu berücksichtigen.

Juristische Beurteilung

Diese Massnahme könnte vollständig durch Beschlüsse und Gesetzesänderungen **auf kantonomer Ebene** vollzogen werden. Zu prüfen wäre zunächst die Anpassung von § 41 Abs. 3 der Verfassung des Kantons Aargau (SAR 110.000): *"Er (der Kanton) fördert und beaufsichtigt die medizinischen Anstalten. Er kann eigene Einrichtungen schaffen."*

Anzupassen wären jedenfalls §§ 9-12 des Spitalgesetzes (SAR 331.200) und dort insbesondere § 11 Abs. 1-3:

- *"Der Kanton hält mindestens 70 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen jeder Spitalaktiengesellschaft. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf der Zustimmung des Grossen Rats."*



- Der Regierungsrat übt alle dem Kanton zustehenden Aktionärsrechte aus.
- Änderungen der Statuten einer Spitalaktiengesellschaft, die ein qualifiziertes Mehr gemäss Art. 704 OR verlangen, bedürfen vorgängig einer Instruktion durch den Grossen Rat."

Daraus folgend müsste auch die Spitalverordnung (SAR 331.212) teilweise revidiert werden.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	mittel- bis langfristig
Sparpotenzial:	mittel
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



M.S2: Pauschalierte Zahlung des Kantons in Risikoausgleich

Umsetzbarkeit: *interkantonal/national*

Der 55 %-Anteil des Kantons an der fallpauschalierten stationären Vergütung betrug 2016 rund CHF 570 Mio. Franken oder 860 Franken pro Einwohner. Der Kanton könnte seine **Rolle als Kostenträger im Spitalbereich ablegen**, indem er sich aus der stationären Vergütung zurückzöge und stattdessen **pro Einwohner** künftig einen **pauschalen Betrag** in die gemeinsame Einrichtung KVG Risikoausgleich einzahlte.

Im Gegenzug übernehmen die Krankenversicherer zu 100 % die Vergütung der akutstationären Versorgung. Der Kantonsbeitrag von 860 Franken pro Einwohner könnte über die Zeit konstant bleiben, wäre doch davon auszugehen, dass bei voller Kostenverantwortung der Krankenversicherer die akutstationären Ausgaben nicht weiter ansteigen. In einem monistischen Finanzierungssystem haben die Krankenversicherer nämlich im Vergleich zu heute ein viel grösseres Interesse, die Versorgung schrittweise in den günstigeren **ambulantem Bereich** zu verlagern. Explizite **Vorgaben**, gewisse Eingriffe nur noch ambulant durchzuführen, wie sie einige Kantone vor kurzem eingeführt haben oder planen, sind unter diesen Voraussetzungen **entbehrlich**. Die Versicherer werden die Tarifverträge so gestalten, dass die Spitäler ihre Eingriffe kostenminimal erbringen.

Die Nutzung des Risikoausgleichs als Verrechnungsstelle hat drei grosse Vorteile. Erstens sind **keine Zahlungen** des Kantons an die **einzelnen Versicherer** notwendig. Zweitens ist eine solche Umstellung in der Kostenverantwortung **prämienneutral**. Drittens wäre der Kanton das Risiko steigender stationärer Versorgungskosten zu einem grossen Anteil los, da der jährliche Beitrag pro Einwohner konstant bliebe. Innerhalb von 10 Jahren wären dadurch im Vergleich zur bisherigen Kostenentwicklung (4.2 % Wachstum pro Jahr) rund CHF 500 pro Einwohner oder bei gleichbleibender Einwohnerzahl CHF 326 Mio. einzusparen.

Der **Monismus** lässt sich leicht auf die **anderen OKP-pflichtigen Leistungsbereiche** ausweiten. Für die ambulante und stationäre Pflegefinanzierung hiesse dies, dass auch die Gemeinden ihre heutige Beteiligung (Finanzierung der Restkosten) über den Kanton in den Risikoausgleich einspeisen. Die Pflegekosten werden danach – unter Berücksichtigung des Selbstbehalts – vollumfänglich von der Grundversicherung finanziert.

Eine etwas andere Umsetzung dieser Idee wird momentan in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) diskutiert. Die Vernehmlassung läuft bis zum 15. September 2018.¹⁹ Am 25. Mai 2018 hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) zugestimmt, lehnt aber die Nutzung des Risikoausgleichs als Verrechnungsstelle ab. Vielmehr schlägt die GDK vor, dass die Kantone sich anteilig auch an den ambulanten Leistungserbringern beteiligen. Wie beim Vorschlag der SGK-NR würden die Kantone je 25 % zur stationären und ambulanten Vergütung beitragen. Darüber hinaus fordert die GDK die Ausweitung der EFAS auf den Bereich der Langzeitpflege.²⁰

¹⁹ Weitere Informationen zu diesem Geschäft finden Sie unter [Link zum Dokument](#).

²⁰ Vgl. Pressemeldung GDK: [Link zum Dokument](#)

Juristische Beurteilung

Eine Änderung der Finanzierungsregelung erfordert zwingend eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes, wobei je nach Ausgestaltung unterschiedliche Normen anzupassen wären. Jedenfalls müsste das bestehende Regime bei stationären Leistungen durch Änderung von Art. 49a und Art. 42 KVG angepasst werden.

Art. 49a sagt in Abs. 2 und 3:

"Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantons-einwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.

Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherer und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42."

Der in Art. 49a Abs. 3 referenzierte Art. 42 hält in Absatz 2 fest:

"Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung."

Schlussendlich müsste auch Art. 41 Absatz 1bis KVG angepasst werden, der bezüglich dualer Finanzierung auf Art. 49a KVG verweist. Eine Neuregelung via Risikoausgleich würde ausserdem eine Ergänzung von Art. 16 KVG und eine Anpassung von Art. 18 Abs. 2 KVG erfordern.

Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	kurz- bis mittelfristig
Sparpotenzial:	gross
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



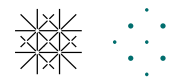
M.S3: Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich

Umsetzbarkeit: *interkantonal/national*

Beschreibung der Massnahme

Eine **Aufhebung der Vertragspflicht zwischen Versicherern und Spitälern** ist nur dann sinnvoll, wenn gleichzeitig ein Verzicht auf die kantonalen Spitalisten erfolgt (vgl. M.S4 auf Seite 44) und eine monistische Finanzierung des stationären Bereich in die Wege geleitet wird (vgl. M.S2 auf Seite 40).

Der Kanton gewährleistet als gesundheitspolizeiliche Instanz lediglich, dass die zugelassenen Spitäler ein Mindestmass an Qualität erbringen. Die **Grundversicherer** ihrerseits **kontrahieren frei mit den Spitälern** und legen – wie bereits heute – die geltenden Tarife fest. Die Diskrepanz, wie sie heute beispielsweise bei den Basisfallwerten zu beobachten sind, wird sich aufgrund dessen reduzieren. Die Grundversicherer werden nicht gewillt sein, sehr teure Spitäler mit einem hohen Basisfallwert zu belohnen und damit die Strukturhaltung zu fördern. Ganz im Gegenteil wird die Liberalisierung dazu führen, dass es relativ teure Häuser schwierig haben werden, sich auf Verträge mit den Versicherern zu einigen. Trotzdem müssen die **Grundversicherer** eine gute **Grundversorgung sicherstellen**. Ansonsten haben die Versicherungsnehmer stets die Gelegenheit, ihre Grundversicherung zu wechseln. Damit wandert die Aufgabe der Sicherstellung der stationären Grundversorgung von den Kantonen zu den Versicherern.



Sollte der Kanton mit der resultierenden Versorgungsdichte unzufrieden sein, greift das **Regime der GWL** (vgl. dazu auch M.S3 auf Seite 41). Möchte der Kanton Aargau als Beispiel ein kleineres Regionalspital erhalten, hat er die Möglichkeit, die Institution mit Beiträgen an diese GWL zu unterstützen. Die Zahlung von Beiträgen für die *Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen* wird im KVG explizit genannt. Demnach ist es ohnehin ausgeschlossen, dass die OKP für die damit verbundenen (höheren) Kosten aufkommt (vgl. Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG).

Juristische Beurteilung

Der Kontrahierungszwang ergibt sich aus dem **Recht** der Versicherten, im ambulanten Bereich unter den zugelassenen Leistungserbringern und im stationären Bereich unter den Spitälern **frei zu wählen**, die auf der kantonalen Spitalliste des Wohnsitz- oder Standortkantons aufgeführt sind. Somit müssten jedenfalls die entsprechenden Regelungen in Art. 41 Abs. 1 und Abs. 1bis KVG revidiert werden.

Gleichzeitig stellt sich bei einer Aufhebung des Vertragszwangs die Frage, wie die dann geltende Vertragsfreiheit umgesetzt werden soll. Dies könnte vollständig dem Markt und damit der Vertragsfreiheit überlassen werden; dann bräuchte es keine zusätzlichen Regelungen. Würde aber angestrebt, die Rahmenbedingungen der Vertragsfreiheit zu definieren, um Transparenz, Schutz der Patienten- respektive Versicherteninteressen und Rechtsstaatlichkeit der Verfahren (z.B. Gleichbehandlungsgebot) sicherzustellen, müssten Rahmenbedingungen gesetzlich verankert werden. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn beispielsweise beabsichtigt wäre, die ausgewiesene Qualität der einzelnen Leistungserbringer *benchmarkfähig* darzustellen und das daraus resultierende Rating als ein mögliches Kriterium für den Entscheid betreffend Vertragsabschluss zu verwenden.

Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	mittelfristig
Sparpotenzial:	gross
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



M.S4: Ausschreibung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Umsetzbarkeit: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

Auch ohne selbst Leistungserbringer zu sein, hat der Kanton **zwei wichtige Instrumente** in der Hand, das kantonale **Angebot mitzugestalten**. Einerseits geschieht dies weiterhin über die kantonale **Spitalliste**. Durch den Rückzug als Leistungserbringer fehlen dem Kanton aber die Anreize, die eigenen Spitäler in einer mehr oder weniger offensichtlichen Weise zu bevorzugen und damit den Wettbewerb zu untergraben.

Der Kanton kann das stationäre Angebot mit Leistungsaufträgen und deren Abgeltung im Rahmen der **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** steuern. Dies tut er bereits heute, indem er die kantonalen Spitäler für die Erbringung von GWL mit Beiträgen unterstützt. Die GWL können als Beispiel die universitäre Lehre und Forschung oder das Führen einer Notrufzentrale betreffen. Heute werden diese Leistungen in allen Kantonen praktisch ausschliesslich von ehemaligen Kantonsspitalern und den Universitätsspitalern erbracht.

Spätestens dann, wenn sich der Kanton als Leistungserbringer aus dem Markt zurückzieht, muss der Einkauf der GWL im **Submissionsverfahren** geschehen. Der Kanton hat dann die Möglichkeit, klare Anforderungen in Bezug auf den Umfang und die Qualität der geforderten Leistung zu stellen und diese danach öffentlich auszuschreiben. Damit wird auch im Bereich der GWL ein Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern lanciert. Gleichzeitig werden die privaten Anbieter nicht in der Lage sein, die gesamte Ausbildung des medizinischen Personals von einem auf den anderen Tag übernehmen zu können. Trotzdem ist diese Massnahme als ein klares Zeichen an die Spitäler zu verstehen, dass die Vergabe von GWL transparent gemacht sowie einheitlich und fair gehandhabt wird.

Die Ausschreibung von Leistungen als alleinstehende Massnahme ist hinsichtlich ihrer finanziellen Wirkung beschränkt. Dies hat vor allem damit zu tun, dass im heutigen System "nur" rund 30 Mio. pro Jahr an die kantonalen Einrichtungen fliessen. Allerdings handelt es sich um jährlich wiederkehrende Einsparungen, welche letztlich zu einem Effizienzgewinn in der stationären Versorgung beitragen.

Juristische Beurteilung

Das Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen (BöB, 172.056.1) und das Submissionsdekret des Kantons Aargau (SubmD, SAR 150.910) definieren als Ziele die Schaffung von Transparenz bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen, die Stärkung des Wettbewerbs unter den Anbietern und deren Gleichbehandlung sowie die Förderung des wirtschaftlichen Einsatzes der öffentlichen Mittel. Das Submissionsrecht erfasst Lieferungen, Dienstleistungen und Bauaufträge. Anhang 2 zum SubmD listet die von der Verwaltung zu submittierenden Dienstleistungen auf. Es sind darin keine Dienstleistungen aus dem Gesundheitsbereich enthalten.

Somit sind Dienstleistungen im Gesundheitswesen *de lege lata* nicht nach Beschaffungsgesetz zu submittieren.

Nun stellt sich die Frage, ob eine Unterstellung unter das Beschaffungswesen *de lege ferenda* möglich ist. Hierzu gehen die Fachmeinungen auseinander:

Die Wettbewerbskommission (WEKO) hat in einem Gutachten vom 19. April 2010 festgestellt, die Spitalplanung und das Erstellen der Spitallisten gemäss Art. 39 KVG fielen nicht in den Anwendungsbereich des Kartellgesetzes, weil sie nicht dem freien Wettbewerb überlassen seien (RPW 2010, 428 Rz. 34). Spitalisten seien aber in einem "möglichst wettbewerbsorientierten System" zu erstellen. Es sei "denkbar und praktikabel", das Verfahren nach den "Prinzipien des öffentlichen Beschaffungsrechts" auszugestalten.

Nach Ansicht von Poledna und Do Canto (2010, 71ff. Rz. 83f) ist die Vergabe von Leistungsaufträgen öffentlich auszuschreiben. Im Rahmen eines Gutachtens im Auftrag der Association Spitex privée Suisse (ASPS) vom 25. April 2016 hat Tomas Poledna seine Beurteilung dahingehend differenziert, dass grundsätzlich submittiert werden muss, wenn Aufträge an kommerzielle Organisationen vergeben werden, sofern diese u.a. durch ein Gemeinwesen direkt bezahlte oder über Subventionen bzw. Abgeltungen vergütete KVG-Leistungen erbringen (vgl. Poledna und Trümpler, 2016).

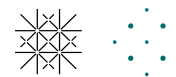
Andererseits bestehe keine Ausschreibungspflicht

- bei Leistungen, für die aktuell und in naher Zukunft keine Wettbewerbssituation gegeben ist,
- bei Vergabe von Aufträge an nicht gewinnorientierte, öffentliche Organisationen mit rein ideeller Ausrichtung (ausschliessliche KVG-Tätigkeit und keine Teilnahme am Markt) sowie
- bei Aufträgen an rein ideell motivierte Organisationen, welche KVG Leistungen lediglich kostendeckend erbringen und die weiter nicht am Markt tätig sind.

Poledna kommt zum Schluss, dass im Lichte der dargestellten Kriterien keine allgemeingültige Regel besteht, sondern vielmehr eine Beurteilung im Einzelfall vorgenommen werden muss.

Demgegenüber wird auch die Meinung vertreten, die Kantone bräuchten rechtlichen und politischen Ermessensspielraum sowie eine gewisse Flexibilität in der Ausgestaltung dieser politisch komplexen Verfahren, wenn sie die "Wirtschaftlichkeit" eines Leistungserbringers und dessen Bedeutung im kantonalen Versorgungskonzept beurteilen müssen. Diese Flexibilität erlaube das enge Korsett des öffentlichen Beschaffungsrechts kaum (Zimmerli, 2011).

Betrachtet man den Schutzzweck der beschaffungsrechtlichen Regelungen, nämlich die Gewährleistung von Wettbewerb und den optimalen Einsatz der öffentlichen Mittel, so ist unklar, weshalb diese Leistungen nicht der Submission unterstellt werden sollen, sofern in einem Bereich respektive Fachgebiet ein effektiver Wettbewerb zwischen mehreren Leistungserbringern besteht.



Dem von einigen Experten vorgebrachten Argument der hohen Sensibilität von Gesundheitsdienstleistungen kann bei der Formulierung von Submissionsbedingungen Rechnung getragen werden, indem die Qualität der Leistungserbringung und der fachlichen Qualifikation und Erfahrung des Leistungserbringers respektive des zuständigen Personals bei der Festlegung der Beurteilungskriterien hohe Priorität gegeben wird.

Zusammenfassend haben Kantone die Möglichkeit, Submissionsverfahren im Bereich der Erbringung von Gesundheitsleistungen dem Beschaffungsrecht zu unterstellen, dies allerdings nach einer vorangehenden Beurteilung im Einzelfall. Eine entsprechende Regelung mit Kriterien zur Beurteilung, ob eine Unterstellung erfolgen muss oder nicht, kann im kantonalen Beschaffungsrecht verankert werden.

Umsetzbarkeit: kantonale Ebene

Einspareffekt: kurz- bis mittelfristig

Sparpotenzial: mittel

Empfehlung: *empfehlenswert*



M.S5: Aufgabe der Spitalisten im Zuge einer schweizweiten Zertifizierung

Umsetzbarkeit: *interkantonal/national*

Beschreibung der Massnahme

Heute können all jene Spitäler über die OKP abrechnen, welche auf einer kantonalen Spitalliste figurieren. Andere Privatspitäler bleiben bei der Planung unberücksichtigt. Mit diesem Instrument **plant** der Kanton die **stationäre Versorgung** und vergibt je nach medizinischem Bereich **Leistungsaufträge** an die Spitäler.

Dieses im Schweizer Gesundheitswesen fest verankerte Konzept ist ein Relikt der früheren Bettenplanung. Im heutigen Umfeld, wo Patientenfälle und nicht einfach die Kosten vergütet werden, ist eine strikte Planung nicht mehr notwendig. Immerhin leisten die Spitalisten einen kleinen Beitrag zur Verhinderung der Mengenausweitung, da nicht alle – jedoch ein überwiegender Teil der – Spitäler zulasten der OKP abrechnen dürfen.

Als Alternative zum heutigen System könnte der Kanton **auf eine explizite Spitalplanung verzichten** und im Gegenzug – und in Zusammenarbeit mit den anderen Kantonen – einheitliche, nachvollziehbare und transparente Kriterien für die **Sicherstellung einer Mindestqualität** in den Spitälern verabschieden. Der Think-Tank Avenir Suisse hat vorgeschlagen, die Qualitätsstandards durch eine finanziell und organisatorisch unabhängige Organisation erarbeiten und kontrollieren zu lassen (vgl. Cosandey u.a., 2018). Die Erfüllung der qualitativen Kriterien ist Voraussetzung für eine Zulassung des Spitals. Die Kriterien können einerseits allgemein den Betrieb eines Spitals betreffen, andererseits kann der Kriterienkatalog beispielsweise je Abteilung festgelegt werden (z.B. Neurologie, Dermatologie, Gefässe, Herz, Bewegungsapparat etc.).

Dieser Schritt alleine kann zwar bereits eine gewisse Wirkung entfalten, wenn damit die Behandlungsqualität in den Spitälern weiter ansteigt und beispielsweise weniger Wiedereintritte notwendig werden. Die Massnahme ist jedoch primär als eine Voraussetzung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu sehen (vgl. M.S5 auf Seite 41).

Juristische Beurteilung

Zur Umsetzung dieser Massnahme müssten Anpassungen am Krankenversicherungsgesetz vorgenommen werden. Jedenfalls anzupassen wären Art. 39 Abs. 1, 41 Abs. 1 und 3, 49a und 101 KVG. Ferner müssten im kantonalen Recht (Spitalgesetz) Grundlagen für die Überprüfung resp. Sicherstellung der Mindestqualität vorhanden sein.

Umsetzbarkeit: interkantonale Ebene

Einspareffekt: langfristig

Sparpotenzial: gering bis mittel

Empfehlung: *eingeschränkt empfehlenswert*



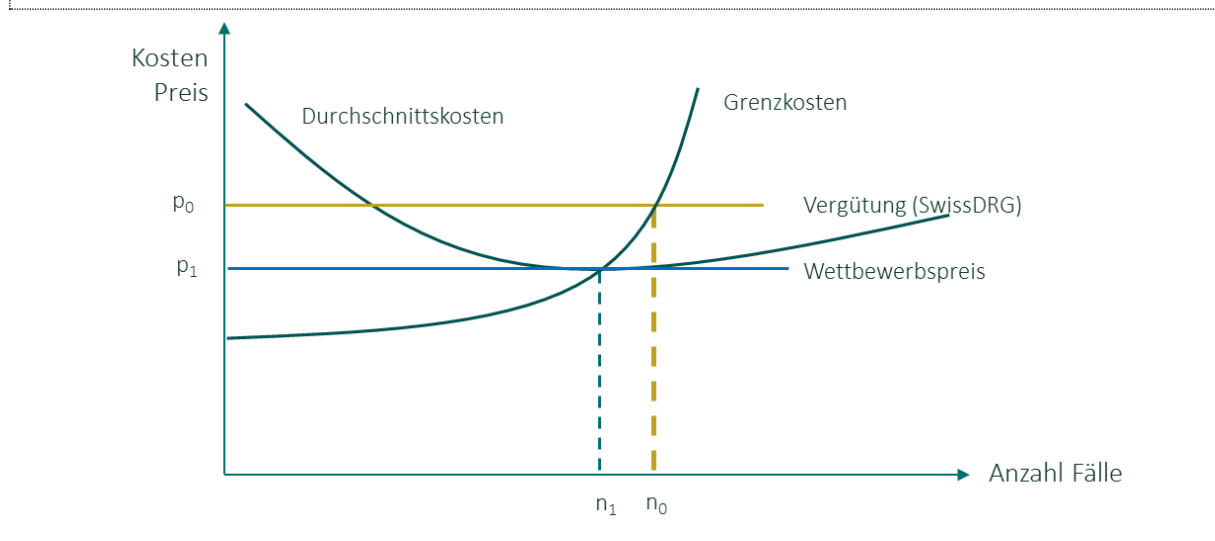
M.S6: Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Aargau

Umsetzbarkeit: kantonal (verhandelte Budgets); interkantonal/national (administrierte Budgets)

Beschreibung der Massnahme

Die Expertengruppe EDI (2017) schlug in ihrem Massnahmenkatalog Globalbudgets für die OKP insgesamt und für einzelne Sektoren vor. Da die Kantone im stationären Bereich Regulator und wichtigster Kostenträger sind, liegt es nahe zu überlegen, inwieweit ein Globalbudget bei den Spitälern zum Tragen kommen könnte. Zunächst ist festzustellen, dass die Spitäler bei der neuen Spitalfinanzierung Anreize haben, die Zahl der Fälle unnötig auszuweiten. Aufgrund von Fixkosten bei der Leistungserbringung sind die variablen Kosten eines zusätzlichen Falls (sog. Grenzkosten) jeweils tiefer als die Durchschnittskosten. Solange der Pauschalbetrag mit SwissDRG oberhalb dieser Grenzkosten liegt, bringt jeder zusätzliche Fall einen Beitrag an die Fixkosten (vgl. Abbildung 17). Damit kann es für ein Spital lukrativ sein, die Fallzahl in einem bestimmten Bereich auszuweiten; vor allem dort, wo die Diskrepanz zwischen dem Tarif und den Grenzkosten zunächst gross ist. Bei der gegebenen SwissDRG Vergütung p_0 würde ein Spital eine Menge n_0 anstreben, die oberhalb des volkswirtschaftlichen Optimums von n_1 liegt. Liesse man Preiswettbewerb zu, würde der Preis auf das optimale Niveau p_1 sinken.

ABBILDUNG 17 SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER MENGENAUSWEITUNG OHNE PREISWETTBEWERB

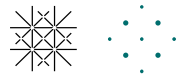


Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Legt man nun ein Globalbudget fest, das einem Volumen zwischen n_1 und n_0 entspricht, ändert man nichts am Anreiz des Spitals n_0 Fälle zu behandeln. Man handelt sich aber im Gegenzug das Problem ein, dass eine Kürzung der Mittel die falschen Patienten trifft.

Interessanterweise schlägt die Expertenkommission auch ein strenges Verbot von Kick-back-Zahlungen vor. Bei administrativen Preisen wie SwissDRG haben die Spitäler nämlich einen Anreiz über Geldzahlungen zusätzliche Überweisungen zu induzieren. Man teilt sich auf diese Weise den Gewinn mit dem überweisenden Arzt und erreicht die gewinnmaximale Menge n_0 . Das Verbot ändert allerdings am Anreiz nichts, zu viele Patienten zu behandeln, solange die Preise überhört sind. Besser ist es Preiswettbewerb einzuführen; dann verschwinden die Kick-backs von alleine.

Weitere, jedoch nicht zu unterschätzende Probleme der Budgets sind deren fehlende Durchsetzbarkeit und neu geschaffene, negative Anreize. Sollte ein öffentliches Spital das Budget überschreiten und entsprechend ein Defizit anhäufen, wird es letzten Endes der Träger sein, welcher in die Bresche springen wird. Der Kanton kann beispielsweise seine Beiträge an das Spital für die Erbringung von GWL erhöhen. Bei den privaten Spitälern wird der Anreiz



sogar noch verstärkt, in **erster Linie lukrative Fälle** zu behandeln. Jene Fälle also, wo die Grenzkosten deutlich unterhalb der Preise liegen.

Aufgrund der genannten Nachteile ist die Massnahme auch dann **nicht zu empfehlen**, wenn sich der **Kanton als Spitalbetreiber** aus dem Markt **zurückzieht** und die Spitalbetreiber damit gleichlange Spiesse haben (vgl. M.S1 auf Seite 39). Ansonsten sind die Tarifpartner unter dem Vorbehalt einer **freien Vertragsgestaltung** viel besser in der Lage, griffige Massnahmen zu beschliessen, um einer ineffizienten Mengenausweitung im stationären Bereich entgegenzuwirken (vgl. M.S6 auf Seite 41).

Juristische Beurteilung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt das Thema in den Artikeln 51, 54 und 55.

- Art. 51 Abs. 1 KVG: *"Der Kanton kann als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen. [...]"*
- Art. 54 Abs. 1 und 2 KVG: *"Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs, einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt."*
"Der Kanton hat innert drei Monaten nach der Antragstellung über das Eintreten zu entscheiden. Er hört die Einrichtungen und die Versicherer vorher an."
- Art. 55 Abs. 1 KVG: *"Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt."*

Je nach Ausgestaltung steht ein zeitlich unbefristetes Globalbudget über alle Bereiche durch die Tatsache, dass ein Kollektiv für die Budgetüberschreitung einzelner oder mehrerer Leistungserbringer sanktioniert wird, im Konflikt mit dem Gebot der Rechtsgleichheit, der Wirtschaftsfreiheit und dem Verhältnismässigkeitsprinzip.

Es ist fraglich, ob Art. 51 KVG eine genügende Rechtsgrundlage für die Einführung von flächendeckenden Globalbudgets im stationären Bereich darstellt. Die Bestimmung stammt aus der Zeit vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung und ist als Grundlage für individuelle Leistungsaufträge an Spitäler zu verstehen.

Art. 54 KVG sieht Globalbudgets explizit als befristete ausserordentliche Massnahme vor, nicht als dauerhaftes Instrument. Diese Massnahme befindet sich als befristetes Instrument seit Einführung des KVG im Gesetz. Der Ausgestaltung als ausserordentliche Massnahme lagen rechtliche, respektive gesetzgeberische Überlegungen zugrunde.

Falls ein Globalbudget in Anlehnung an das deutsche System Einfluss auf den Tarif hat, dann würde dies im KVG zu unzulässigen Verletzungen der Tarifbildungsgrundsätze in Art. 43 Abs. 4 KVG führen (Sachgerechtigkeit, betriebswirtschaftliche Berechnung). Dies ergibt sich *e contrario* aus der einzigen expliziten Eingriffskompetenz in Art. 55 KVG. Sofern die Tarife nicht angetastet werden, würde ein Globalbudget zu Rationierungen führen, was gegen Art. 43 Abs. 6 KVG verstossen würde (Gebot der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung).

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	kurzfristig
Sparpotenzial:	gering
Empfehlung:	<i>nicht empfehlenswert</i>



5.3.2 Ambulanter (Spital-) Sektor

5.3.2.1 Aktuelle Situation

Gemäss KZSS 2016 verzeichneten die aargauischen Spitäler im Jahr 991'912 ambulante Konsultationen (vgl. Tabelle 9). Bricht man diese Zahl auf die Bevölkerung herunter, kommen auf jeden Einwohner im Kanton Aargau 1.5 Konsultationen. Damit verbunden sind Kosten in der Höhe von knapp CHF 472 Mio. CHF. Finanziert werden die Kosten im Gegensatz zum stationären Sektor ausschliesslich von den Krankenversicherern. Hinzu kommen wiederum Konsultationen, welche über andere Versicherungen abgerechnet werden (d.h. IV, MV, UV). Die Kosten für eine spitalambulante Konsultation belaufen sich auf durchschnittlich CHF 475.84.

Die **Vormachtstellung** der Spitäler in **öffentlicher Kontrolle** ist im **ambulanten Bereich** noch deutlicher ausgeprägt als im akutstationären Sektor. Alleine das Kantonsspital Aarau vereint rund 53 % aller Konsultationen im spitalambulanten Bereich auf sich. Es folgt das Kantonsspital Baden mit etwa mehr als 18 %. Alle privaten Spitäler zusammen genommen steuern nur gerade 5.5 % der spitalambulanten Konsultationen bei – darunter macht die Hirslanden Klinik mit 52'412 Konsultationen den Löwenanteil aus.

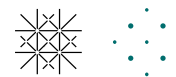
Nebst der Vormachtstellung der kantonalen Spitäler erstaunen die Unterschiede bei den Kosten pro Konsultation. Die Bandbreite bei den Regional- und Kantonsspitalern reicht von CHF 259 (Spital Leuggern) bis CHF 610 (Kantonsspital Baden).

TABELLE 9 KOSTEN IM AMBULANTEN AKUTBEREICH | SPITÄLER IM KANTON AARGAU (2016)

Name des Spitals	Träger	Konsultationen	Marktanteil	Kosten	Kosten pro Konsultation	Kosten pro Taxpunkt ⁺
Asana Gruppe AG Spital Leuggern	öffentlich*	8'450	0.9 %	2'185'434	258.63	1.06
Asana Gruppe AG Spital Menziken	öffentlich*	10'546	1.1 %	3'262'731	309.38	1.02
Geburtshus Storchenäsch	privat	2'113	0.2 %	227'870	107.84	-
Gesundheitszentrum Fricktal	öffentlich*	86'320	8.7 %	22'956'208	265.94	1.35
Hirslanden Klinik Aarau	privat	52'412	5.3 %	26'579'027	507.12	1.12
Kantonsspital Aarau AG	öffentlich*	521'787	52.6 %	257'753'388	493.98	1.32
Kantonsspital Baden AG	öffentlich*	181'994	18.3 %	111'000'581	609.91	1.07
Klinik Barmelweid AG	Verein	9'595	1.0 %	1'308'455	136.37	0.87
Klinik Villa im Park AG	privat	317	0.0 %	196'250	619.09	-
Kreisspital für das Freiamt	öff. Stiftung	76'275	7.7 %	23'814'280	312.22	1.08
Spital Zofingen AG	öffentlich*	42'103	4.2 %	22'707'538	539.33	1.19
Ambulanter Sektor		991'912	100.0 %	471'991'762	475.84	-
<i>Privater Sektor</i>		<i>54'842</i>	<i>5.5 %</i>	<i>27'003'147</i>	<i>492.38</i>	<i>-</i>
<i>Öffentlicher Sektor</i>		<i>937'070</i>	<i>94.5 %</i>	<i>444'988'615</i>	<i>474.87</i>	<i>-</i>

Anmerkungen: * gemeinnützige AG im Besitz des Kantons; + Kostenvergleich zwischen 122 Spitalern, basierend auf dem Spitalbenchmark gemäss REKOLE (2016).

Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler KZSS (2016); Spital-Benchmark, Benchmark Tarmed pro Taxpunkt – Daten Geschäftsjahr 2016.
Berechnung: Universität Basel/IWSB.



5.3.2.2 Beschreibung der Massnahmen

M.A1: Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich

Umsetzbarkeit: *interkantonal/national*

Beschreibung der Massnahme

Die Massnahme lehnt sich an die Aufhebung des Vertragszwangs im stationären Bereich an (vgl. M.S6 auf Seite 41). Die Einführung einer freien Kontrahierung würde den ganzen ambulanten Bereich betreffen und damit auch den praxisambulanten Bereich. Im Vergleich zum stationären Spitalsektor haben es die Versicherer hier mit einer weitaus grösseren Zahl an Leistungserbringern zu tun (d.h. Hausärzte, Spezialärzte, Gemeinschaftspraxen, Spitalambulanz).

Das selektive Kontrahieren zwingt die Versicherer und die Leistungserbringer, sich auf **einheitliche Qualitäts- und Effizienzkriterien** zu einigen. Diese Kriterien sind für die Versicherer eine notwendige Grundlage, um Verträge mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Leistungserbringer, welche schlecht abschneiden, werden entweder zu tieferen Tarifen kontrahiert oder fallen gleich ganz aus dem OKP-finanzierten Bereich. Wie bereits heute wird es wahrscheinlich keine Einzelverträge zwischen den Tarifpartnern geben. Gruppen von Leistungserbringern werden mit den Einkaufsgemeinschaften Verträge aushandeln. Allerdings wird es im Gegensatz zu heute kaum mehr nur einen Kantonalverband bei den Ärzten geben, welcher die Tarife aushandelt. Leistungserbringer, welche hinsichtlich der Qualität- und Effizienzkriterien überdurchschnittlich gut abschneiden, fahren besser, wenn sie individuell mit den Versicherern verhandeln.

Andere Vorschläge gehen dahin, die **Haus- und Kinderärzte** von der freien Kontrahierung **auszunehmen**. Dies wird damit begründet, dass eine gute Grundversorgung in diesen Bereichen garantiert sein sollte. Letztlich sind es aber gerade die freien Verträge, die garantieren können, dass das Grundangebot in Randregionen erhalten oder sogar ausgebaut wird. Die Krankenversicherer können in unterversorgten Gebieten dann nämlich höhere Tarife vorsehen, um Grundversorger zu bewegen, in ländliche Regionen zu ziehen.

Das Sparpotenzial dieser Massnahme resultiert zunächst aus der **Reduktion der Menge**, da nicht mehr alle ambulanten Leistungserbringer kontrahiert werden müssen. Es ändert sich gleichzeitig aber auch deren **Zusammensetzung**, da primär jene Ärzte kontrahiert werden, welche die Leistung wirtschaftlich und zweckmässig erbringen. Die Einsparungen fallen primär bei der OKP an, welche den Grossteil der ärztlichen Leistungen abdeckt. Indirekt wirkt sich die Massnahme über die Prämienverbilligung auch auf die Kantone und den Bund aus.

Juristische Beurteilung

Es kann hierzu auf die vorstehenden Ausführungen zu M.S3 "Aufhebung des Kontrahierungszwangs im stationären Bereich" verwiesen werden.

Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	mittel- bis langfristig
Sparpotenzial:	gross
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



M.A2: Totalrevision des nationalen Tarif- und Abgeltungssystems TARMED

Umsetzbarkeit: *interkantonal/national*

Beschreibung der Massnahme

Der heutige Tarifkatalog ist aus mehreren Gründen nicht mehr zeitgemäss. Die Einzelleistungsvergütung an sich bringt starke Anreize, die erbrachten Mengen auszuweiten (vgl. Felder u.a., 2017a). Da die Bewertung der einzelnen Leistungen teilweise auf Preis- und Kostendaten der 1990er-Jahre beruhen, werden heute viele Eingriffe zu hoch abgegolten, während andere Bereiche unterfinanziert sind. Trotzdem waren die Tarifpartner, abgesehen von

einigen kosmetischen Korrekturen, bislang nicht in der Lage, eine **grundsätzliche Überarbeitung des Tarifkatalogs** ins Auge zu fassen.

Einmal abgesehen von der Frage der monistischen Finanzierung im stationären Bereich ist der TARMED auch mitverantwortlich dafür, dass ambulant durchführbare Eingriffe heute noch immer vorwiegend stationär erfolgen (z.B. Leistenbruch, Hämorrhoiden, Herzschrittmacher, Mandeloperation, Meniskusentfernung). Einerseits kann die **Vergütung zu tief ausfallen** oder der ambulante Tarifkatalog ist **nicht drauf ausgerichtet**, dass der besagte Eingriff überhaupt ambulant erbracht wird. Eine aktuelle Studie kommt zum Schluss, dass das Verlagerungspotenzial bei einigen ausgewählten chirurgischen Eingriffen bei etwa 33'000 Fällen pro Jahr liegt (vgl. Roth und Pellegrini, 2018).

Da die Kantone nicht Tarifpartner sind, können sie keinen direkten Einfluss auf die Ausgestaltung der Tarifwerke ausüben. Wichtig scheint allerdings, dass der Kanton Aargau die **Entwicklung pauschalierter Leistungen** im ambulanten Bereich aktiv unterstützt. Heute werden an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär sogenannte **One-Day-DRGs** diskutiert. Diese übernehmen die Idee einer **Pauschalierung einer akuten Behandlungsepisode** im stationären Bereich und übertragen diese auf den spitalambulanten Bereich. Damit würde die Operation einer Leistenhernie künftig pauschaliert abgegolten, unabhängig davon, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Der Spitalverband H+ ist überzeugt, dass auf diese Weise viele Eingriffe, welche heute mit einem 2- oder 3-tägigen Aufenthalt verknüpft sind, künftig ohne Übernachtung durchgeführt werden können.

Mit der dualen Spitalfinanzierung, wie diese für stationäre Leistungen gilt, führt eine Verlagerung in den ambulanten Bereich zu einer **spürbaren Entlastung für die Kantone**. Denn der ambulante Eingriff wird vollständig von der OKP finanziert. Ob die Krankenkassenprämien dadurch erhöht werden, ist schwierig zu beurteilen. Dies ist davon abhängig, wie gross der Kostenunterschied zwischen einer ambulant resp. stationär erbrachten, ansonsten identischen Leistung insgesamt ausfällt.

Dass sich die Tarifpartner im Gesundheitswesen der Diskussion um eine Pauschalierung ambulanter Leistungen nicht verschliessen, zeigt die Vereinbarung zwischen santésuisse und dem Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (FMCH). Im **Fachbereich Augenchirurgie** haben sich die beiden Verbände geeinigt, ambulante **Pauschaltarife** über ausgesuchte Eingriffe zu beschliessen. Die Leistungen schliessen dabei Katarakt- und Glaukom-Operationen sowie Eingriffe am Glaskörper mit ein. Leistungserbringer können sich im Moment noch freiwillig diesem Vertrag anschliessen und so auf eine Abrechnung via TARMED verzichten.

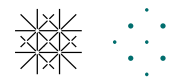
Problematisch ist die **momentane Freiwilligkeit** im Hinblick auf das Sparpotenzial. Denn für die pauschale Abrechnung werden sich die Leistungserbringer nur dann entscheiden, wenn sie sich davon einen **finanziellen Erfolg** versprechen. Jene Ärzte, welche heute bereits überdurchschnittlich hohe Kosten aufweisen und im TARMED-System eine höhere Vergütung erzielen können, haben wenig Anreize, in das neue System überzutreten.

Trotzdem ist die **Weiterentwicklung** des Tarifwerks der **korrekte Weg**. Die Verbände haben in ihrer gemeinsamen Medienmitteilung bereits darauf hingewiesen, dass auch in den Fachbereichen **Handchirurgie, Radiologie, Kinderchirurgie und Orthopädie** Vorbereitungen für Pauschalen laufen.²¹

Juristische Beurteilung der Massnahme

Das Krankenversicherungsgesetz definiert in Art. 43 die Grundsätze der Tarifierung und legt dabei einen relativ weitgehenden Gestaltungsspielraum fest: Zeittarife, Einzelleistungstarife und Pauschaltarife sind möglich. Somit sind für die Weiterentwicklung des bestehenden Tarifsystems zunächst keine Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen notwendig. Im Zuge der Erarbeitung neuer Lösungen wäre allerdings zu prüfen, ob eine Anpassung des geltenden Rechts in Analogie zur Einführung der Fallpauschalen (DRG) im stationären Bereich notwendig ist, um der Ausgestaltung eines neuen Systems Rechnung zu tragen. Die Überarbeitung des bestehenden Tarifs oder der verstärkte Übergang zu anderen, bereits im KVG verankerten Tarifmodellen (z.B. Pauschalen), gebietet per se aber keine Revision.

²¹ Vgl. Medienmitteilung von santésuisse und FMCH vom 9. Februar 2018 ([Link zum Dokument](#)).



Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	mittelfristig
Sparpotenzial:	mittel
Empfehlung:	<i>empfehlenswert</i>



M.A3: Einführung einer interkantonalen Zertifizierung für frei praktizierende Ärzte

Umsetzbarkeit: *kantonal/interkantonal/national*

Beschreibung der Massnahme

Die Kantone haben im praxisambulanten Gesundheitssektor weitaus weniger Einfluss als im Spitalbereich. Gleichwohl obliegt ihnen die gesundheitspolizeiliche Aufgabe, die **Bevölkerung vor Gesundheitsrisiken zu schützen**. Eine Zertifizierung der ambulanten Leistungserbringer lässt sich mit der Sicherstellung einer Mindestqualität im Gesundheitswesen durchaus rechtfertigen. Heute reicht es in vielen Kantonen, wenn beim Gesuch für eine Praxiseröffnung das Arztdiplom und der Weiterbildungstitel vorgelegt werden kann.

Im besten Fall könnte der Kanton Aargau zusammen mit anderen Kantonen eine **unabhängige Stelle** ins Leben rufen, welche eine Zertifizierung bei Ärzten entwickelt und kontrolliert. Der Aufbau einer Zertifizierung ist zwar mit einem gewissen **Initialaufwand** verbunden, was stark dafür spricht, dass eine interkantonale Zusammenarbeit angestrebt wird. Mittelfristig ist damit aber ein **deutliches Einsparpotenzial** verbunden. Anders als eine strikte Mengenbegrenzung (Ärztstopp) führt ein solches Verfahren zu einer positiven Selektion von Medizinern, welche die notwendige Behandlungsqualität erbringen können.

Wie die **FMH** in einem **Positionspapier** empfiehlt, können folgende Qualitätskriterien eingefordert werden. Jeder dieser Punkte kann unterschiedlich restriktiv gehandhabt werden.

- **Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin:** Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet.
- **Fortbildungsnachweis einfordern:** Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
- **Sprachkompetenz:** Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen (mind. Niveau B2).

Solche Regelungen hätten den zusätzlichen Effekt, dass durch die Festlegung einer gesundheitspolizeilich definierten Zulassungshürde ins System die Zunahme der Leistungserbringer ohne politische Massnahmen (Zulassungssteuerung) beeinflusst werden könnte.

Juristische Beurteilung der Massnahme

Obwohl die Sicherstellung einer Mindestqualität der zugelassenen Leistungserbringer eine gesundheitspolizeiliche Aufgabe der Kantone ist, wird dies nur selten explizit geregelt. Einige Kantone legen zumindest für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzten gemäss Art. 36a KVG dienen, die Pflicht fest, eine fachtechnische Leitung zu definieren und die Qualitätssicherung zu gewährleisten, so beispielsweise der Kanton

Zürich. Andere Kantone verzichten ganz darauf, Institutionen gemäss Art. 36a KVG der Bewilligungspflicht zu unterstellen und verlangen einfach, dass alle dort angestellten Ärztinnen und Ärzte über eine eigene, individuelle Berufsausübungsbewilligung verfügen.

Die Kantone beschränken sich darauf, bei Gesuchen um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung respektive Praxisbewilligung den Nachweis über die notwendigen fachlichen Qualifikationen durch Diplome und Zeugnisse zu verlangen. Ein Qualitätsnachweis oder eine Zertifizierung wird nicht verlangt. Somit beschränkt sich die Qualitätskontrolle weitgehend auf reaktive, aufsichtsrechtliche Verfahren und Massnahmen nach Zwischenfällen und Behandlungsfehlern (auffällige Ereignisse).

§27 der Verfassung des Kantons Aargau definiert Gesundheit als Polizeigut: *"Kanton und Gemeinden gewährleisten die öffentliche Ordnung und Sicherheit. Sie schützen insbesondere Leben, Freiheit, Gesundheit und Sittlichkeit. Sie wenden soziale Notstände ab."*

Daraus leitet sich die Pflicht ab, die Gesundheit der Bevölkerung als öffentliches Polizeigut zu schützen. Hierzu gehört jedenfalls auch die Qualitätssicherung.

Im Rahmen seines Gesundheitsgesetzes definiert der Kanton Aargau in Art. 5 drei Bewilligungsvoraussetzungen für Medizinalpersonen:

- entsprechende fachliche Qualifikationen;
- Vertrauenswürdigkeit sowie physische und psychische Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung;
- für die Berufsausübung notwendige Sprachkenntnisse.

Zur Festlegung eines Grunderfordernisses im Bereich der Qualitätssicherung könnte auf die entsprechende Verfassungsnorm direkt abgestellt werden und gleichzeitig das Erfordernis der "entsprechenden fachlichen Qualifikationen" als Basis für das Erfordernis eines Qualitätsnachweises der einzelnen Leistungserbringer beigezogen werden. Gesetzgeberisch korrekt wäre, ein entsprechendes Erfordernis explizit im Gesundheitsgesetz oder in der Verordnung zum Gesundheitsgesetz zu verankern. Ein entsprechendes Erfordernis könnte für den Kanton Aargau alleine formuliert oder bestenfalls interkantonal abgestimmt werden. Dabei könnte die Durchführung von Qualitätszertifizierungen an eine fachlich kompetente Institution delegiert und die entsprechenden Zertifizierungskosten den einzelnen Leistungserbringern auferlegt werden, so dass für den Kanton weder Mehraufwand noch Mehrkosten entstünden.

Umsetzbarkeit:	interkantonale Ebene
Einspareffekt:	langfristig
Sparpotenzial:	gering bis mittel
Empfehlung:	<i>eingeschränkt empfehlenswert</i>

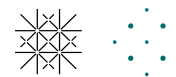


M.A4: Zulassungsbeschränkungen und Ärzttestopp

Umsetzbarkeit: *interkantonational*

Beschreibung der Massnahme

Seit dem Jahr 2002 haben die Kantone – mit einem Unterbruch in den Jahren 2012/2013 – die rechtliche Möglichkeit, die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte von einem **Bedarf** abhängig zu machen. Dieses bundesrätliche Provisorium läuft bis zum Sommer 2019. Der Bundesrat hat durchblicken lassen, dass er danach einen langfristigen Ersatz für die heutige Regelung sucht. Die Höchstzahlen, welche die Kantone **je Fachgebiet** anwenden können, werden vom Bundesrat festgelegt. Die **Möglichkeit** zur **Angebotssteuerung** ist demnach relativ **eingeschränkt**. Die Kantone haben lediglich die Wahl, die Höchstzahlen anzuwenden oder auf eine Zulassungsbeschränkung zu verzichten.



Trotz der fachspezifischen Regelung ist ein harter Zulassungsstopp ein äusserst **unflexibles** und **höchst umstrittenes Mittel** zur Kostendämpfung im ambulanten Bereich. Dies hat insbesondere damit zu tun, dass ein einziges Instrument stets ungenügend ist, um mehrere, fixe Ziele gleichzeitig zu erreichen (vgl. Tinbergen, 1952). Das System alleine sorgt nämlich **nicht** dafür, dass bis zum Überschreiten der Höchstzahlen eine **positive Selektion** gut qualifizierter Mediziner stattfindet. Zudem haben all jene ambulant tätigen Ärzte nichts zu befürchten, welche bereits über eine kantonale Zulassung verfügen. Dadurch entsteht eine **Diskriminierung** zwischen den ansässigen und potenziell neuen Leistungserbringern. Da der bundesrätliche Ärztstopp auch jene Personen ausnimmt, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, ist die Regelung zudem **nicht wirklich bindend**.

Unflexibel ist ein kantonaler Ärztstopp auch deshalb, weil der **regionalen Versorgungssituation** nicht wirklich Rechnung getragen wird. Eine Ballung der medizinischen Versorgung in den urbanen Gebieten und eine gleichzeitige Vernachlässigung der ländlichen Regionen kann auf diese Weise nicht verhindert werden.

Die Forschung gibt keine eindeutigen Hinweise darauf, ob eine starre Mengenbegrenzung tatsächlich eine dämpfende Wirkung auf die Gesundheitskosten ausübt. Beobachtet wurde allerdings, dass während der kurzen Phase ohne Ärztstopp die Zahl der ambulant tätigen Spezialärzte stark anstieg (vgl. Obsan, 2017).

Aufgrund der Nachteile, welche aus der staatlichen Mengenbegrenzung entstehen, ist dieser eine flexiblere Handhabung durch die Aufhebung des Vertragszwangs vorzuziehen (vgl. M.A1 auf Seite 48). Die Krankenkassen sind bei einer freien Kontrahierung viel besser in der Lage, mit geeigneten Verträgen Einfluss auf die Kosten und die Behandlungsqualität auszuüben sowie gleichzeitig die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Damit kommen auch regionale Faktoren im Versorgungsnetz – im Gegensatz zu heute – viel stärker zum Tragen.

Juristische Beurteilung der Massnahme

Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer sind rechtsstaatlich äusserst heikle Massnahmen; sie stellen eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit und des Wettbewerbs dar. Solche Einschränkungen können zulässig sein, sofern drei Voraussetzungen erfüllt sind: Es muss (i) eine gesetzliche Grundlage bestehen, (ii) öffentliches Interesse und (iii) Verhältnismässigkeit müssen gegeben sein. Eine gesetzliche Grundlage besteht auf Bundesebene und ein öffentliches Interesse an der Verhinderung von Mengenausweitungen kann angenommen werden. Unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit stellt sich allerdings die Frage, ob dasselbe Ziel nicht mit milderem Massnahmen erreicht werden kann, so beispielsweise mit einer gesundheitspolizeilich motivierten Qualitätsüberprüfung bestehender und neuer Leistungserbringer (M.A3). Weiter denkbar ist die Bekämpfung von Mengenausweitungen durch die richtige und konsequente Anwendung der WZW-Kriterien des KVG.

Jedenfalls aber müsste eine Zulassungssteuerung via transparente und justiziable Kriterien erfolgen. Dies ist bis heute nicht geschehen und es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Kantonen bezüglich Auslegung und Anwendung dieses Instruments.

Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	mittelfristig
Sparpotenzial:	gering bis mittel
Empfehlung:	<i>nicht empfehlenswert</i>



5.3.3 Langzeitpflege

5.3.3.1 Aktuelle Situation

Im Grundsatz unterscheidet sich die Finanzierung der ambulanten und der stationären Langzeitpflege nicht. Die Kosten für die KVG-pflichte Pflege wird seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung von den drei Trägern OKP, Bewohner und Gemeinde übernommen. Während für die OKP die in der KLV festgehaltenen Tarife gelten, bezahlen die Klienten einen maximalen Selbstbehalt von CHF 21.60 (stationär) resp. CHF 15.95 (ambulant) pro Tag. Dies

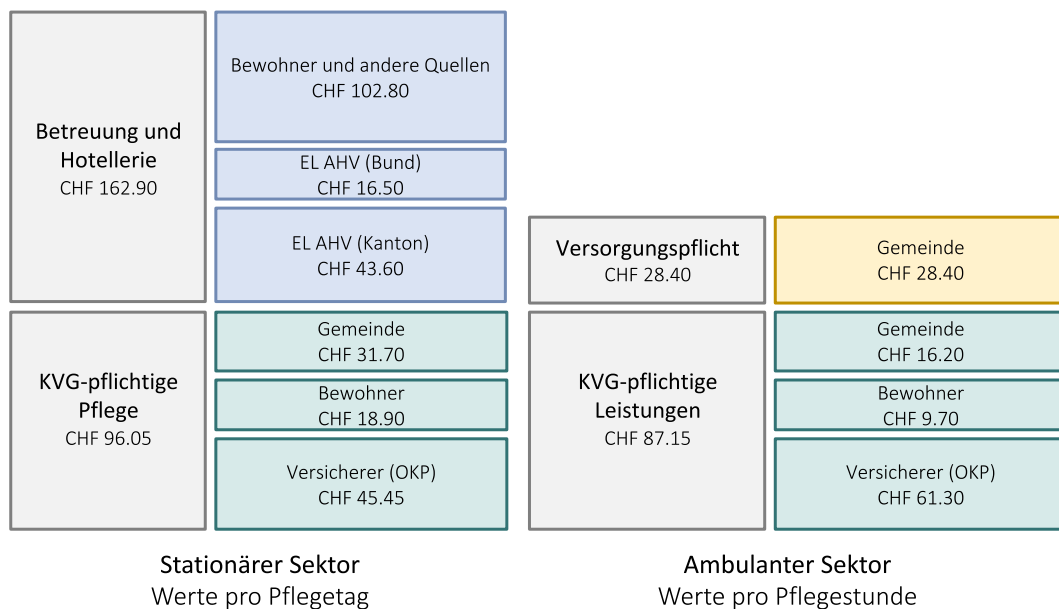
entspricht 20 % des höchsten KVG-Ansatzes. Da die Beiträge der Kassen und der Klienten gedeckelt sind, müssen die sogenannten Restkosten von den Gemeinden ausfinanziert werden. Hierzu legt der Kanton Normkosten pro Pflegestunde fest und damit nach Abzug der OKP-Beiträge und der Patientenbeteiligung die Tarife für die Gemeinden. Diese Regelung bedeutet auch, dass sich jeder Anstieg der Normkosten im Verhältnis 1 zu 1 auf die kommunalen Ausgaben niederschlägt.

In Abbildung 18 wurden die Kosten für die ambulante und stationäre Langzeitpflege auf die Stunde resp. den Tag heruntergebrochen. Nebst der Kostenseite beschreibt die Grafik, welcher Träger im jeweiligen Umfang für die Finanzierung aufkommt.

Legt man die kantonale Tarifordnung über die erbrachten Pfl egetage in den 12 BESA-Stufen, erhält man durchschnittliche Beiträge von CHF 96.05 pro Pfl egetag. Gemäss Kostenträgerrechnung der Heime betragen 2016 die Kosten pro geleisteter Pfl egetag allerdings CHF 111.45. Für diese Diskrepanz sind zwei Gründe mitverantwortlich. Zum einen werden die **Tarife auf Basis von Normkosten** bestimmt. Welche Methodik bei der Bestimmung der Normkosten angewendet wird, ist jedoch nicht bekannt.²² Anzunehmen ist allerdings, dass wie auch in anderen Kantonen die Median-Methode herangezogen wird, wobei die Kosten jenes Heims berücksichtigt werden, welches sich bezüglich Kosten genau in der Mitte einreih t. Da es in jedem Kanton jeweils auch sehr teure Heime gibt (Ausreisser nach oben), befindet sich der Median der Kosten in der Regel unterhalb des Mittelwerts pro Pfl egetunde.

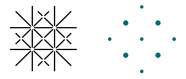
Als zweiter Grund für den Unterschied sind die Zusatzentgelte für die Betreuung von **Personen mit Demenz** zu nennen. Zudem hat der Kanton Aargau die Pfl egetufe 12 weiter aufgeteilt, um die Betreuung sehr pfl egetintensiver Klienten adäquat abzugelten. All diese Faktoren führen dazu, dass die Pfl egetbeiträge gemäss Tarifordnung unterhalb der effektiven Kosten zu liegen kommen.

ABBILDUNG 18 KOSTEN UND FINANZIERUNG DER HEIMPFLEGE | KANTON AARGAU (2016)



Quelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2016), Spitex-Statistik (2016); BSV, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2016; Kanton Aargau, Kantonale Tarifordnung für stationäre Pfl egeteinrichtungen und Einrichtungen mit dem Angebot Tages- oder Nachtstrukturen (2018), Kantonale Tarifordnung für Leistungserbringer der Pfl eget zuhause ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinde (2018). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

²² Gemäss Auskunft des kantonalen Leiters Langzeitversorgung im Kanton Aargau werden keine Informationen zur genauen Berechnung der Normkosten veröffentlicht. Verfügbar sind nur die kantonalen Tarifblätter für den ambulanten und stationären Bereich.



Aufgrund der Zusatzentgelte, für welche ebenfalls die Gemeinden aufkommen, dürfte der Gemeindebeitrag pro Pflegetag von CHF 31.70 leicht unterschätzt sein. Was die Abbildung aber klarmacht, ist die Tatsache, dass stationär der grössere Kostenblock die **Hotellerie und Betreuung** sind. Gemäss SOMED-Kostenrechnung sind dies CHF 162.90 pro Klient und Tag (s. SOMED, 2016). Schätzungsweise werden rund CHF 60 davon durch das Regime der EL zur AHV finanziert. Abzüglich der Bundesbeiträge bleiben für den Kanton Kosten von CHF 43.60. Zusammengekommen tragen die Gemeinden und der Kanton in etwa 30 % der gesamten Heimkosten.

Bei der Spitex fließen Tarifzahlungen von durchschnittlich CHF 87.15 pro geleistete Stunde. Mit CHF 16.20 pro Stunde tragen die Gemeinden 18.6 % an die Finanzierung der Normkosten bei. Die restlichen Teile werden wiederum durch die Versicherer und die Klienten finanziert.

Interessant im ambulanten Fall ist die **Vergütung der Versorgungspflicht** (Sicherstellung des Mindestangebots). Die Gemeinden kontrahieren zu diesem Zweck die gemeinnützigen Spitex-Organisationen direkt und vereinbaren Leistungsaufträge. Zieht man die Restkostenfinanzierung der Gemeinden gemäss Tarifordnung vom Total der gezahlten Gemeindebeiträge ab, verbleiben Zahlungen von CHF 28.40 pro Pflegestunde für die Erbringung der Versorgungspflicht. Dies entspricht insgesamt einem Betrag von CHF 24 Mio. oder CHF 36.20 pro Kopf und Jahr. Zusammen mit der Restfinanzierung über die Normkosten leisteten die Gemeinden im Jahr 2016 CHF 37.7 Mio. oder CHF 56.80 pro Kopf an die ambulante Langzeitpflege (s. Spitex-Statistik, 2016).

5.3.3.2 Beschreibung der Massnahmen

M.P1: Freie Tarifgestaltung der Gemeinden im ambulanten und stationären Bereich

Umsetzbarkeit: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

Die Gemeinden sind im heutigen System zwar für die **Finanzierung der Restkosten** der ambulanten und stationären Pflege verantwortlich; sie haben auf die **Festsetzung des Tarifs** aber **keinen Einfluss**. Die Kantonsregierung setzt die Normkosten in Eigenregie fest (vgl. Kapitel 5.3.3.1). Ohnehin ist die starke Position des Kantons in der Langzeitpflege kritisch zu beurteilen, da dieser bei der Finanzierung der Leistungen keine Rolle spielt.

Mit der jetzigen Kompetenzverteilung müsste der **Kanton die Restfinanzierung tragen**. Dass die Gemeinden die kantonal fixierten Tarife finanzieren müssen, widerspricht dem **Prinzip der fiskalischen Äquivalenz**, welche u.a. besagt, dass die **Entscheidungs- und Finanzierungs-kompetenz** auf derselben Ebene stattfinden soll. Im jetzigen System haben die Gemeinden zu wenig Anreize für eine effiziente Leistungserbringung. Denn die Gemeinden bezahlen nicht die effektiven Kosten der Pflege, sondern den Einheitstarif, welcher die Form eines kantonalen Mischpreises annimmt. Da die gemeinwirtschaftlich organisierten Heime aber keinen Gewinn machen dürfen, bestehen Anreize, die **Kosten auf das Niveau der Normkosten** zu bringen.

Hingegen fahren jene Pflegeheime Verluste ein, welche nicht auf ihre Kosten kommen. Sie haben daher grundsätzlich korrekte Anreize, um Kosten zu sparen. Dort sind die Träger und damit meist die **Gemeinden** gefragt, die aufgelaufenen Defizite mit Zuschüssen zu decken. Ansonsten ist die Existenz des Heims in der mittleren Frist bedroht. Je nachdem, wie zurückhaltend die Träger bei Zusatzfinanzierungen sind, eröffnen sich für die Pflegeheime **problematische Anreize**, die ungedeckten Pflegekosten über eine Tarifierhöhung in der **Betreuung und Hotellerie** zu **kompensieren** (Quersubventionierung). Dies können sie sich erlauben, wenn die Betten auch danach noch voll belegt sind (Nachfrageüberhang).

Ein möglicher Ansatz, diese Situation zu verbessern, ist es, den Gemeinden nebst der Finanzierung auch die **Entscheidungskompetenz** zuzugestehen. In einem solchen System hätten die Gemeinden noch immer die **Versorgungspflicht** inne, sie hätten jedoch zusätzlich die **Kompetenz der Tariffestsetzung**. Damit wären auch die Anreize richtiggestellt, denn keine Gemeinde oder Gemeindeverbund wird gewillt sein, pro Pflegetag oder Pflegestunde einen viel höheren Beitrag zu bezahlen als eine andere Gemeinde. Damit stellt sich seitens der Leistungserbringer

ein **wirksamer Preiswettbewerb** ein. Gemeinden, welche im Moment auf relativ ineffiziente Versorger angewiesen sind, werden kurzfristig möglicherweise etwas stärker belastet, da nun die Kostenwahrheit gilt. Die hohen Tarife in diesen Gemeinden werden allerdings den Eintritt neuer Leistungserbringer forcieren und den Gemeinden in der mittleren Frist eine grössere Auswahl bringen.

Juristische Beurteilung

Diese Massnahme könnte auf Stufe des kantonalen Rechts abschliessend geregelt werden. § 41 der Verfassung des Kantons Aargau hält in Abs. 1 ausdrücklich fest, dass der Kanton die Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens im Zusammenwirken mit den Gemeinden erledigt. Eine veränderte Tarifgestaltung könnte somit – vorbehaltlich der Regulierungen betreffender Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – im Pflegegesetz und in der Pflegeverordnung verankert werden.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	mittel- bis langfristig
Sparpotenzial:	mittel
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



M.P2: Senkung der kantonalen Höchsttarife im Heim bei den Ergänzungsleistungen zur AHV

Umsetzbarkeit: *kantonal*

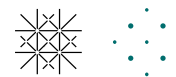
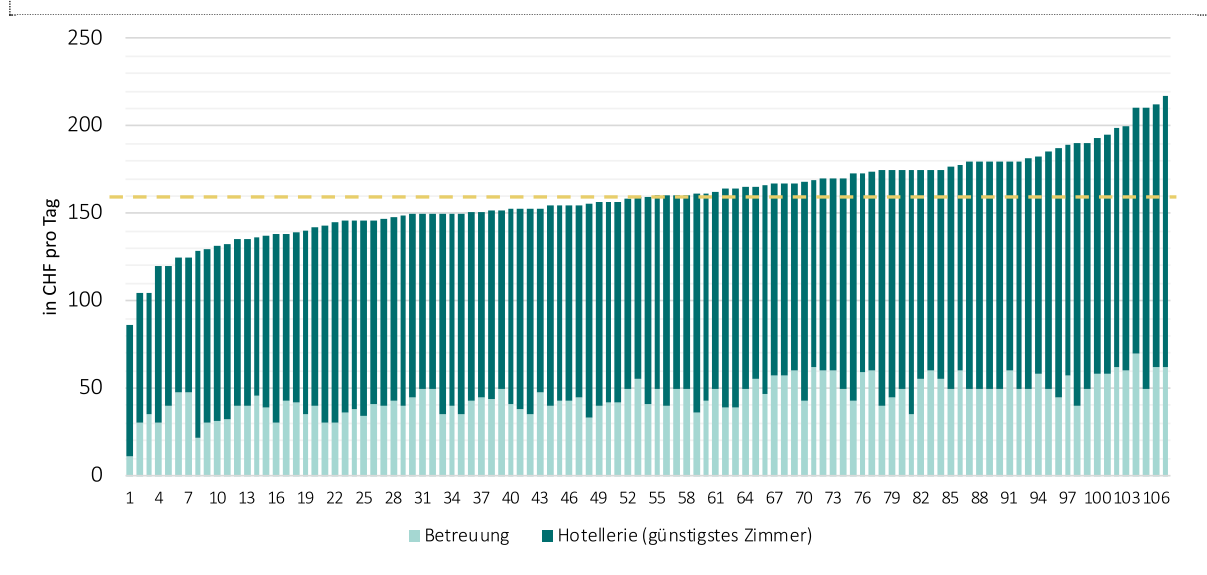
Beschreibung der Massnahme

Wie in Kapitel 5.3.3.1 gezeigt wurde, betrifft der grösste Kostenblock des stationären Pflegebereichs die Betreuungsleistungen und die Hotellerie. Das Einkommen vieler Leute reicht nicht aus, die Kosten von durchschnittlich CHF 163 zu decken, so dass diese auf EL zur AHV angewiesen sind.

Gemäss Pflegeverordnung des Kantons Aargau betragen die maximal anrechenbaren Kosten für den Pflegeheimaufenthalt, d.h. die Kosten für die Betreuung und Hotellerie, CHF 160 pro Tag (vgl. § 42 Abs. 1 PflV). In Einzelfällen kann dieser Betrag maximal auf CHF 200 erhöht werden.²³ Die Höhe des anrechenbaren Betrags ist in zweierlei Hinsicht problematisch. Einerseits orientiert sich der Betrag, wie dies in der Abbildung 19 zu sehen ist, etwa am Durchschnitt der Kosten für die Betreuung und die Hotellerie in den Pflegeheimen des Kantons. Demnach existieren etliche Pflegeheime, welche diese Leistungen kostengünstiger anbieten können. Die EL-Zahlungen sollten sich grundsätzlich an jenen Heimen orientieren, welche die Unterkunft und Betreuung kostengünstig und effizient erbringen.

Hinzu kommt, dass die Differenz in der Höhe der Ergänzungsleistungen in Abhängigkeit des Pflegeortes abhängt. Die **anrechenbaren Kosten im Pflegeheim** sind **substanziell höher** als jene Kosten, welche eine zuhause lebende Person geltend machen kann. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass der durchschnittlich ausbezahlte Betrag für Personen im Pflegeheim massiv höher ausfällt (vgl. Kapitel 3.3). Für Personen mit einem EL-Anspruch ist ein Heimaufenthalt daher relativ günstig im Vergleich zum Verbleib zuhause. Dies mag ein Grund dafür sein, dass es auch im Kanton Aargau **zahlreiche Personen im Heim** gibt, welche in nur **sehr geringem Umfang oder gar keine Pflege in Anspruch nehmen**. Bei diesen Fällen handelt es sich um eine Fehlallokation zulasten der Allgemeinheit.

²³ Personen, bei denen der anrechenbare Betrag von CHF 160 zur Begleichung der Kosten für Pension und Betreuung nicht ausreicht und deshalb eine Sozialhilfeabhängigkeit droht, können bei der Wohnsitzgemeinde einen begründeten Antrag auf Anerkennung einer Tagestaxe von maximal 200 Franken stellen (vgl. § 42 Abs. 2 PflV).


ABBILDUNG 19 TARIFE FÜR DIE BETREUUNG UND HOTELLERIE | KANTON AARGAU (2018)


Quelle: Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive gibt es **keine Legitimation dafür**, zwischen den anrechenbaren Kosten **zu Hause und im Heim** zu differenzieren. Eine Festlegung der anerkannten Ausgaben an den Miet- und Lebenshaltungskosten zu Hause brächte den Vorteil, dass damit der finanzielle Anreiz, auch bei einer ausbleibenden Pflegebedürftigkeit in ein Heim einzutreten, reduziert wird. Dies ist auch mit Blick auf die künftige Entwicklung vorteilhaft, da immer neue und teils **hybride Wohnformen** am Entstehen sind und dadurch eine **strikte Differenzierung** zwischen Heim und zu Hause **schwieriger** werden dürfte.

Eine Reduktion der anrechenbaren Kosten auf das Niveau der zu Hause lebenden AHV-Bezüger bringt nebst einer Untermauerung der Strategie "ambulant vor stationär" **zwei Arten** von Kosteneffekten. Einerseits sinken die EL-Zahlungen aufgrund der **sinkenden Ansätze** für die Personen im Pflegeheim. Kommt es gleichzeitig zu einer Verlagerung von Heimpersonen in das private Umfeld, sinkt die Nachfrage nach stationärer Pflege. Da die Heimtaxen für die Betreuung und Hotellerie von den Heimen selbst festgelegt werden, entstünde dadurch ein **Druck auf das Preisniveau**.

Damit Personen mit niedrigem Einkommen nicht durch das soziale Netz fallen, kann der Kanton diese Personen mit **Subjekthilfen** unterstützen (d.h. Sozialhilfe). Andere Kantone versuchen, die negativen Anreize eines Heimaufenthalts zu minimieren, indem sie **EL-Zahlungen an die Pflegestufe koppeln**. Dieser Ansatz ist jedoch nicht zielführend, weil er für die Leistungserbringer und die Pflegebedürftigen Anreize setzt, den Pflegebedarf als hoch einzustufen, um höhere EL-Zahlungen auszulösen. Der Pflegeaufwand ist grundsätzlich mit der nach Stufe differenzierten Vergütung hinreichend abgegolten und darf nicht durch EL-Zahlungen querfinanziert werden.

Die potenziellen **Einsparungen des Kantons** bei den EL zur AHV sind **beträchtlich**. Dies hat mit der Art und Weise der Bundesfinanzierung zu tun. Der Bund bezahlt 5/8 der EL bei Personen zu Hause. Dies gilt jedoch nicht bei einem Heimaufenthalt. Dort findet eine **Ausscheidungsrechnung** statt, die aufzeigt, welcher Betrag zur Deckung des Existenzbedarfs beim Aufenthalt in einer Wohnung erforderlich wäre. Davon trägt der Bund wiederum 5/8 des Betrags. Bei einer Senkung der anrechenbaren Kosten ändern sich daher die Beiträge des Bundes nicht, was dazu führt, dass die Einsparungen 1 zu 1 dem Kanton Aargau zugutekommen.

Demgegenüber stehen die **höheren Kosten der Sozialhilfe**, welche durch die **Gemeinden** getragen werden müssen. Da die Massnahme trotzdem zu **Nettoeinsparungen** führt, sind **Kompensationsmassnahmen** zwischen den Gemeinden und dem Kanton denkbar. Diese können beispielsweise über den kantonalen Finanzausgleich erfolgen.

Juristische Beurteilung

Auch diese Massnahme könnte abschliessend im kantonalen Recht geregelt werden. Dazu müsste zwingend § 42 der Pflegeverordnung durch den Regierungsrat angepasst werden. Ferner wäre eine Anpassung von § 2 Abs.1 lit. a Ziff. 1 des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG, 831.300) zu prüfen, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Betrag von CHF 200 als Maximalbeitrag definiert ist.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	kurzfristig
Sarpotenzial:	mittel bis gross
Empfehlung:	<i>uneingeschränkt empfehlenswert</i>



M.P3: Ausschreibung der Versorgungspflicht (Spitex) mit vorgängiger Prüfung der Notwendigkeit

Umsetzbarkeit: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

Um die Versorgungspflicht zu gewährleisten, schliessen die Gemeinden mit der gemeinnützigen Spitex **Leistungsvereinbarungen** ab. Die kontrahierten Organisationen werden vertraglich verpflichtet, die Patienten in einem gewissen Versorgungsgebiet aufzunehmen. Da die garantierte Aufnahme von Klienten eine gewisse **Vorhalteleistung** bedingt, geht der Regulator davon aus, dass eine ausschliessliche Vergütung von erbrachter Leistung (Pflegestunden) nicht ausreichend ist. Die zusätzliche Vergütung soll es den Spitex-Organisationen erlauben, der Versorgungspflicht nachzukommen.

Bis heute unklar ist allerdings, ob es eine Abgeltung der Versorgungspflicht überhaupt braucht. Wie bei den GWL im Spitalbereich wäre es ordnungspolitisch geboten, die Versorgungspflicht einzelner Gebiete öffentlich auszuschreiben. Die Gemeinden oder Gemeindeverbände könnten die geforderte Grundabdeckung anhand leistungsgerechter Kriterien ausschreiben. Dadurch entsteht ein **Marktpreis für die Versorgungssicherheit**. Jene Spitex-Organisation, welche für die Erfüllung der Leistung zu den festgelegten Bedingungen am wenigsten verlangt, erhält den Zuschlag.

Wie gross die **regionalen Versorgungsgebiete** ausfallen, hängt von der Zusammenarbeit der Gemeinden ab. Klein abgesteckte Gebiete haben den Vorteil, dass die privaten Leistungserbringer eher gewillt sein werden, mitzubieten. Handkehrum bringen grössere Regionen einen Kostenvorteil mit sich, da es pro Einwohner günstiger sein dürfte, die Versorgungssicherheit eines grossen Gebietes sicherzustellen.²⁴

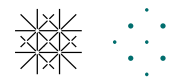
Eine Ausschreibung der Versorgungspflicht dürfte für die Aargauer Gemeinden mit **substanziellen Einsparungen** verbunden sein. Obwohl eine genaue Bezifferung des Potenzials zum jetzigen Zeitpunkt schwierig ist, zeigt die aktuelle Diskussion im Kanton Bern, dass die Abgeltung für die GWL drastisch reduziert werden können. Der Spitex-Präsident von Köniz, Bernhard Zaugg, liess sich im "Der Bund" zitieren, wonach die jetzigen Pro-Kopf-Pauschalen für die Versorgungspflicht glatt halbiert werden könnten.²⁵

Eine ähnliche Aussage traf unlängst auch der Aarburger Gemeinderat. In diesem Jahr vergab diese Aargauer Gemeinde den Leistungsauftrag für die ambulante Versorgung erstmals im Ausschreibungsverfahren an eine private Spitex-Organisation. Die 8'000 Einwohner starke Gemeinde rechnet mit Einsparungen von rund 50 % oder CHF 250'000 pro Jahr.²⁶

²⁴ Aufgrund des Gesetzes der grossen Zahl steigt – gegeben der Grad der Versorgungssicherheit – die benötigte Vorhalteleistung weniger stark als die Einwohnerzahl in einem Gebiet. Dies kann damit begründet werden, dass die Unsicherheit über den tatsächlichen Bedarf mit der Grösse der Bevölkerung zurückgeht.

²⁵ Vgl. Der Bund vom 31.03.2018: *Private Spitex sind in Bern auf dem Vormarsch*.

²⁶ Vgl. Aargauer Zeitung vom 3.5.2018: *Bilanz nach gut 100 Tagen mit neuem Spitex-Modell: "Wir sind sogar leicht unter Budget"*.



Juristische Beurteilung

Es kann hierzu vollumfänglich auf die Ausführungen zu M.54 vorstehend verwiesen werden. Dies, zumal sich das dort erwähnte Gutachten von Tomas Poledna vom 25. April 2016 im Auftrag der Association Spitex privée Suisse (ASPS) ausdrücklich auf diesen Bereich bezieht.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	mittelfristig
Sparpotenzial:	gering bis mittel
Empfehlung:	<i>empfehlenswert</i>



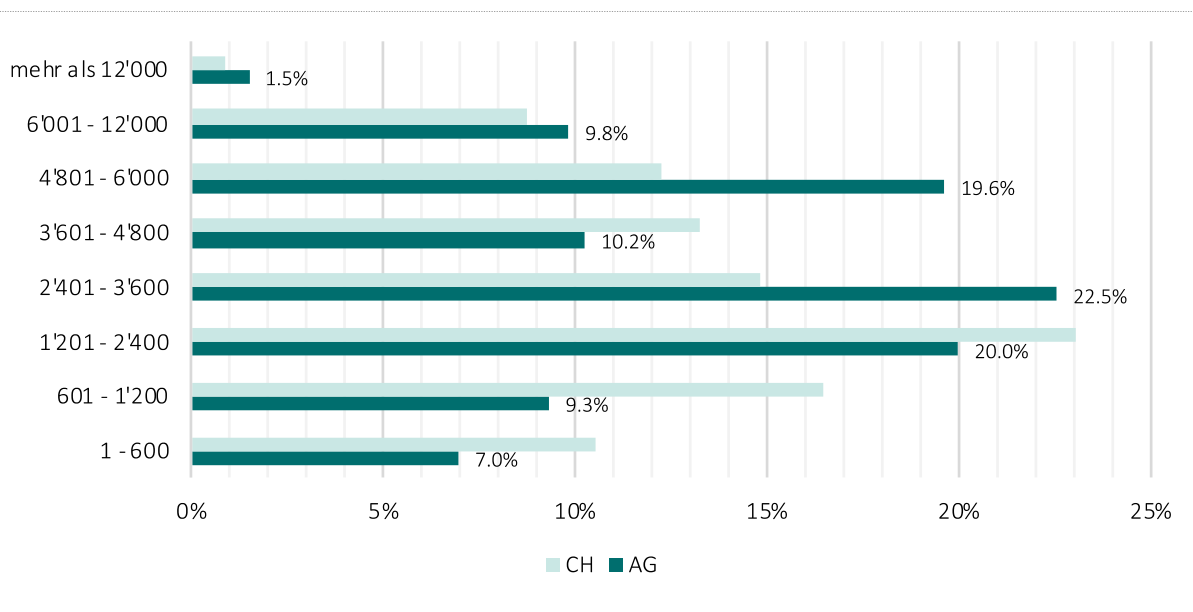
5.3.4 Individuelle Prämienverbilligung, Richtprämien und Prämienausstände

5.3.4.1 Aktuelle Situation

Der Bundesbeitrag beträgt seit 2008 fix 7.5 % der Bruttokosten der OKP. Der entsprechende Betrag wird an die Kantone im Verhältnis zu ihrer Bevölkerungszahl ausgeschüttet. Die Kantone ergänzen diese Beiträge mit eigenen Mitteln und stellen dabei sicher, dass die **Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen** individuelle Prämienverbilligungen erhalten.

Die Kantone sind in der Ausgestaltung der IPV relativ frei und können ihren Beitrag dadurch politisch steuern. Gemäss OKP-Statistik betrug der Kantonsbeitrag im Jahr 2016 CHF 89.75 Mio. Im Kanton Aargau beziehen zurzeit 168'180 Personen oder 35.4 % der Gesamtbevölkerung Beiträge im Zuge der IPV (Jahr 2016). Schweizweit sind es durchschnittlich 27.3 %. Bei jenen Haushalten, welche sich für eine IPV qualifizieren, ist der Kanton Aargau allerdings etwas grosszügiger als der Durchschnitt der Kantone (vgl. Abbildung 20). So erhalten rund 31 % der Haushalte mit IPV einen jährlichen Beitrag von CHF über CHF 4'800. Gesamtschweizerisch sind es nur gerade 22 % der IPV-Haushalte, welche diesen Betrag erreichen. Im Durchschnitt erhält eine Person mit IPV im Kanton Aargau monatlich einen Beitrag an die OKP-Prämie von CHF 141.

ABBILDUNG 20 ANTEIL SUBVENTIONIERTER HAUSHALTE NACH AUSBEZAHLTEN JAHRESBETRAG | AG/CH (2016)



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB

Trotz der IPV kann es vorkommen, dass gewisse Personen ihre Prämien nicht bezahlen können oder wollen. In einem solchen Fall spricht die Krankenkasse nach der erfolglosen Mahnung eine Betreibungsandrohung aus. Danach wird die Betreibung eingeleitet. Endet das Betreibungsverfahren, welches sich über Jahre erstrecken kann, erfolglos, so wird ein Verlustschein ausgestellt und der **Kanton partizipiert mit 85 %** an den Verlusten der Krankenversicherer (vgl. Art. 64a Abs. 4 KVG).

Der Kanton Aargau hat in der Rechnung 2014 noch CHF 11.4 Mio. für die Prämienausstände aufgewendet. Im Jahr 2016 waren es bereits CHF 43.3 Mio. Obwohl der Aufwand in der Rechnung 2017 wieder auf CHF 19.0 Mio. zurückging, rechnet die Regierung mit steigenden Zahlen; im Vergleich mit dem Vorjahr war die Anzahl Betreibungen nämlich um rund 30 % höher. Da das Betreibungsverfahren bis zu vier Jahre dauern kann, widerspiegeln sich die Ausfälle **erst sehr spät** im kantonalen Finanzhaushalt. Seit 1. Januar 2018 liegt die finanzielle Last der Prämienausstände bei den Aargauer Gemeinden.

5.3.4.2 Beschreibung der Massnahmen

Keine Massnahmen im Bereich der Individuellen Prämienverbilligung

Begründung

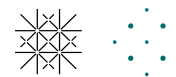
Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat mit der Festlegung der Richtprämien bereits einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung gemacht. Er hat entschieden, dass sich die Richtprämien, welche massgebend für die Berechnung der IPV sind, in Zukunft stärker an den **Prämien der Hausarzt- und HMO-Modellen** orientieren sollen. Die Richtprämie für Erwachsene beträgt für das Jahr 2018 CHF 358. Damit sind die **Anreize bereits gestärkt**, dass sich die betroffenen Personen vorwiegend in HMO- und Hausarztmodellen einschreiben. Diese Modelle sind dafür bekannt, dass sie zu effektiven Einsparungen führen.

Auch die **Belastungsgrenze** wird im Kanton Aargau bereits **relativ hoch angesetzt**. Erst wenn die oben genannte Standardprämie 18.5 % des massgebenden Einkommens übersteigt, besteht ein Anspruch auf eine Prämienverbilligung. Die Beiträge werden so berechnet, dass nach Auszahlung der IPV keine Person mehr als 18.5 % ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden muss. Auch für die nahe Zukunft sind keine massiven Mehrbeträge des Kantons an die IPV zu befürchten. Unlängst hat der Grosse Rat den Beitrag des Kantons für das Jahr 2019 um CHF 10 Mio. auf CHF 96 Mio. gekürzt.

Eine weitere Senkung der Richtprämien **wird nicht empfohlen**. Schweizweit rangiert der Kanton Basel-Landschaft mit einer Richtprämie für Erwachsene von CHF 200 ganz weit hinten. Dieser Schritt ist Teil eines gross angelegten Sparpakets im Zuge der Sanierung der Kantonsfinanzen. Ohnehin ist nicht zu erwarten, dass eine weitere Senkung der Richtprämien zu höheren Einsparungen führen wird. Denn es ist anzunehmen, dass es dadurch lediglich zu einer **Verlagerung der Kosten** in den EL-Bereich oder hin zur Sozialhilfe kommt.

Der Kanton Aargau könnte allerdings die **Bezügerquote** (AG, 2016: 25.4 %) **reduzieren**, ohne dabei den Prämiendeckungsgrad (AG, 2016: 52.2 %) zu senken (vgl. Helsana, 2018).²⁷ Damit kämen jene Personen, welche ohnehin einen EL-Anspruch haben oder Sozialhilfe beziehen, nach wie vor in den Genuss der maximalen IPV. Diese 35'475 Personen sind für rund 47 % der gesamten IPV verantwortlich; pro Kopf entspricht dies einem Betrag von CHF 315.25 pro Monat (s. OKP-Statistik, 2016). Für alle anderen Haushalte, welche 53 % der IPV-Auszahlungen erhalten (pro Kopf: 94.45 pro Monat), müsste die Belastungsgrenze angehoben werden (2016: 132'705 Personen). Wird die Bezügerquote auf diese Weise reduziert, sind Einsparungen möglich. Eine genaue Voraussage ist jedoch schwierig, da hierzu die genauen Angaben über die Einkommensverteilung in der Bevölkerung herangezogen werden müssen. Das **Kostensparpotenzial** einer solchen Massnahme ist allerdings insofern **beschränkt**, da bei einer

²⁷ Ein grafischer Vergleich von Bezügerquoten und Prämiendeckungsgrad in den 26 Kantonen der Schweiz ist in Abbildung A25 auf Seite 59 im Anhang zu finden.



Erhöhung der Belastungsgrenze nur jene Personen die IPV verlieren, welche heute ohnehin nur geringfügig profitieren.

M.R1: Anpassung der Richtprämien im Bereich der Ergänzungsleistungen

Umsetzung: *national*

Beschreibung der Massnahme

Etwas anders verhält sich die Situation bei jenen Bezüger einer IPV, welche gleichzeitig Ergänzungsleistungen im Rahmen der AHV oder IV beziehen. Im Kanton Aargau waren dies im Jahr 2016 immerhin 20'437 Personen. Die Richtprämie für die Berechnung der Ergänzungsleistungen wurde für den Kanton Aargau im Jahr 2018 auf CHF 5'160 festgesetzt. Pro Monat sind dies CHF 430 und damit exakt 20 % mehr als die kantonale Richtprämie für die Berechnung der IPV.

Diese höhere Richtprämie orientiert sich an den kantonalen Prämien für das OKP-Standardmodell mit einer Franchise von CHF 300. Für einen EL-Bezüger bestehen daher wenig Anreiz, von einem Standardmodell in ein günstigeres Managed Care-Modell zu wechseln.

Würde die Richtprämie nach unten angepasst, ergäben sich im Rahmen der Ergänzungsleistungen substanzielle Einsparungen für die Kantone und den Bund. Gleichzeitig werden die günstigeren HMO- und Hausarztmodelle für die EL-Bezüger attraktiver, was ebenfalls zu Einsparungen für das gesamte Gesundheitssystem führen kann.

Juristische Beurteilung

Nach Art. 10 Abs. 3 Ziff. 3 ELG werden bei zum Bezug von EL berechtigten Personen als Ausgaben anerkannt: *"ein jährlicher Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung; der Pauschalbetrag hat der kantonalen beziehungsweise regionalen Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (inkl. Unfalldeckung) zu entsprechen."* Das Eidgenössische Department des Innern legt dann auf dem Verordnungswege für jeden Kanton Pauschalbeträge fest, die sich an der Standardprämie orientieren. Es liegt in der Kompetenz des Bundes die Festlegung der Richtprämien anzupassen.

Umsetzbarkeit:	Bundesebene
Einspareffekt:	kurzfristig
Sparpotenzial:	mittel
Empfehlung:	<i>empfehlenswert</i>



M.R2: Kommunales Case Management und Ausbau der Datenbasis bei säumigen Prämienzahlern

Umsetzung: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

Die Kantone haben heute die Möglichkeit, säumige Prämienzahler auf eine **schwarze Liste** zu setzen. Die Versicherer dürfen diesen Personen nur noch eine Notfallbehandlung vergüten. Das Instrument ist aber äusserst umstritten, vor allem auch darum, weil dessen Effekt auf die Zahlungsmoral mehr als fraglich ist. Mehrere Kantone haben die Liste daher bereits wieder abgeschafft oder gar nicht erst eingeführt.

Der Kanton Zug, der wie der Kanton Aargau eine solche schwarze Liste betreibt, sieht die Massnahme nicht nur als Instrument zur Steigerung der Zahlungsmoral. Vielmehr dient die Liste als eine Art **Frühwarnsystem** für künftige Verfallscheine. Der Kanton möchte es gar nicht so weit kommen lassen, dass ein Verfallschein ausgestellt wird. Daher gehen die Gemeinden auf die nichtzahlenden Personen zu und klären deren finanzielle Situation ab (Case Management). Auch im Kanton Thurgau betreiben die Gemeinden ein aktives **Case Management**. Das bedeutet,

dass diese Personen aktiv angesprochen und bei der Suche nach einer Lösung unterstützt werden, bevor die Betreuung ihren Lauf nimmt. Abhängig davon, ob es sich um eine einmalige Betreuung handelt oder schon eine Schuldensituation besteht, lädt das Sozialamt den Schuldner zum Gespräch ein, wobei die Problemstellung ermittelt wird und evtl. eine Schuldenberatung folgt. Es wird vereinbart, wie die Schulden zurückzuzahlen sind. Wenn der Schuldner nicht zum Gespräch kommt, erhält er eine Vorladung (vgl. B,S,S., 2015).

Im Kanton Aargau sind die Anreize für die Gemeinden seit dem Jahr 2018 korrekt gesetzt. Diese bezahlen neu nämlich die 85 % der ausstehenden Forderungen und haben daher ein klares Interesse an einer Minimierung der Anzahl ausgestellter Verluftscheine (vgl. § 28 Abs. 1 KVGG). Der Kanton kann die Gemeinden zusätzlich beim Aufbau dieser Systeme unterstützen und dabei von den Erfahrungen anderer Kantone profitieren.

Unabhängig davon stellt sich ganz allgemein die Frage, welche Personen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, von den Krankenkassen betrieben zu werden. Es ist anzunehmen, dass eine Mehrheit dieser Personen in irgendeiner Form soziale Beiträge vom Kanton oder den Gemeinden erhält (d.h. EL zur AHV, IPV, Sozialhilfe). Erst wenn der Kanton sein Wissen über die Ertragssituation der betroffenen Personen ausbaut, können allenfalls gewisse Anpassungen an den Beitragssystemen erfolgen. Wo nicht bereits geschehen, sollte ein Teil der staatlichen Unterstützung zweckgebunden **direkt an die Krankenkasse** fliessen. Damit kann zumindest für diese Personengruppe verhindert werden, dass die Prämienausstände überhaupt erst entstehen.

Juristische Beurteilung

Diese Massnahme könnte abschliessend auf Stufe des kantonalen Rechtsgeregelt werden, im Rahmen des Gesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVGG, 837.200) und der Verordnung zum Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (VKVGG, 837.211). Der Kanton Thurgau regelt dies beispielsweise in § 11 der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene
Einspareffekt:	kurz- bis mittelfristig
Sarpotenzial:	gering bis mittel
Empfehlung:	<i>eingeschränkt empfehlenswert</i>



5.3.5 Zusätzliche Massnahmen

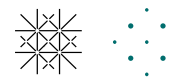
M.Z1: Integrative Präventionsstrategie mit Krankenkassenbeteiligung

Umsetzung: *kantonal*

Beschreibung der Massnahme

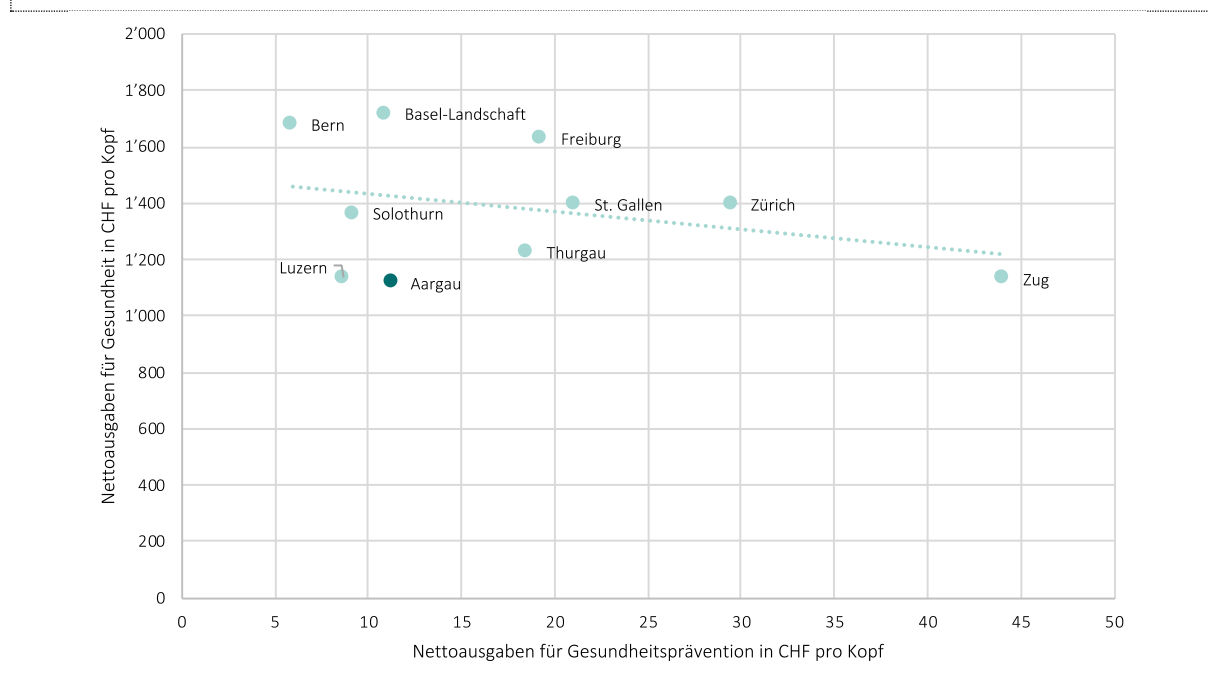
Die Kantone haben im heutigen System die Hauptverantwortung für die Gesundheitsprävention und -förderung in ihrer Bevölkerung. Dafür gaben sie im Jahr 2016 netto knapp CHF 223 Mio. aus. Die GDK arbeitet zusammen mit Bund und NGOs an der Erarbeitung und Umsetzung der entsprechenden Strategien und Programme auf der nationalen Ebene. Hierzu gehören nationale Programme zu Ernährung und Bewegung, Tabak, Alkohol, psychische Gesundheit, nicht übertragbare Krankheiten und Suizid.

Präventionsmassnahmen bringen den entscheidenden Nachteil mit sich, dass ihre Wirkung *ex ante* wissenschaftlich oft nicht belegt werden kann. Auch *ex post*, also nach der Implementierung können meist nur Vermutungen angestellt werden, ob ein potenzieller Effekt eingetreten ist und – falls dies zutrifft – die Wirkung tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen ist. Viele Präventionsprogramme zielen auch direkt auf die Lebensqualität der Bevölkerung, wobei sich Verbesserungen nicht immer in den Gesundheitskosten widerspiegeln. Schliesslich wird auch oft die Kritik laut, dass die Verhinderung bestimmter Krankheiten lediglich dazu führt, dass es einen Verlagerungseffekt hin zu später eintretenden Krankheiten gibt (z.B. Demenzerkrankungen).



So zeigt auch die Abbildung 21 auch keinen klaren Zusammenhang bei den K9 Kantonen zwischen den Präventionsanstrengungen und den Gesundheitsausgaben pro Kopf. Trotz der relativ tiefen Präventionsausgaben sind die öffentlich getragenen Gesundheitskosten im Aargau im Quervergleich tief. Der Kanton Zug, welcher pro Kopf viermal mehr für die Gesundheitsprävention ausgibt, kommt auf ähnliche Gesamtkosten. Interessant ist auch, dass die von der Bevölkerungsstruktur sehr ähnlichen Kantone Zürich und Thurgau jeweils höhere Gesundheitsausgaben aufweisen, gleichzeitig aber mehr für die Prävention ausgeben.

ABBILDUNG 21 PRÄVENTIONSAUSGABEN UND GESUNDHEITSAUSGABEN IM VERGLEICH | KANTONE UND GEMEINDEN (2016)



Quelle: EFV, Finanzstatistik (2016, FS-Modell). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Aus den oben genannten Gründen halten wir es nicht für zwingend, mehr finanzielle Mittel für die Prävention zur Verfügung zu stellen. Vielmehr ist es denkbar, die **Effizienz der Gesundheitsförderung und Prävention** weiter zu steigern. Eine Möglichkeit, dies zu tun, wäre mit einer stärkeren **Einbindung der Krankenkassen** und weiterer Stakeholder. Vor allem die Krankenkassen haben eine sehr grosse Datenbasis zur Verfügung, welche ihnen erlaubt, gewisse Rückschlüsse über die Effektivität und Effizienz von Präventionsanstrengungen zu ziehen. Im aktuellen System haben die Kassen jedoch **wenig Anreiz**, vermehrt in die Prävention ihrer Klienten zu investieren (hier wird die Trittbrettfahrerproblematik sichtbar). Die freie Wahl des Grundversicherers führt dazu, dass womöglich andere Krankenkassen von den eigenen Anstrengungen profitieren, da die potenziellen Einsparungen erst längerfristig anfallen (vgl. Felder u. a., 2017a).

Juristische Beurteilung

Die im Rahmen dieser Massnahme beschriebenen Veränderungen im Präventionsbereich erfordern im Zuge einer ersten Beurteilung keine Anpassung des kantonalen Rechts. Die konkrete Erarbeitung neuer Lösungen und Modelle könnte zu einer abweichenden Beurteilung führen. Jedenfalls aber wäre eine Regulierung auf kantonalen Ebene möglich.

Umsetzbarkeit:	kantonale Ebene	
Einspareffekt:	langfristig	
Sparpotenzial:	gering bis mittel	
Empfehlung:	<i>eingeschränkt empfehlenswert</i>	

5.4 Finanzielle Auswirkungen der empfohlenen Massnahmen auf kantonaler Ebene

Abschliessend werden die ausschliesslich kantonale umsetzbaren Massnahmen hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen nochmals kurz beleuchtet. Dabei ist vorgängig anzumerken, dass die Schätzung eines finanziellen Potenzials solcher Massnahmen stets mit einiger Unsicherheit behaftet ist: Einerseits weiss man nicht, in welcher Art und Weise die Vorschläge schliesslich umgesetzt werden. Andererseits resultiert eine gewisse Unsicherheit aus dem Verhalten der Akteure im System.

Dennoch ist es möglich, das Sparpotenzial je Massnahme konservativ einzuschätzen. Dies geschieht, indem in einem ersten Schritt deren Wirkung auf die Mengen und die Preise berechnet wird. Die Ergebnisse können in einem zweiten Schritt auf das Gesamtsystem aggregiert werden. Für die Präventionsmassnahme (vgl. M.Z1 auf Seite 61) wird aufgrund der grossen Unsicherheit über deren Ausgestaltung und Wirkung keine Potenzialschätzung vorgenommen.

Tabelle 10 fasst die acht Massnahmen auf Kantonsebene zusammen. Im Spitalbereich schlagen vor allem die **Privatisierung der Kantonsspitäler** und die Ausschreibung der GWL zu Buche. Sollten die heute sehr hohen Fallkosten in den Kantonsspitalern Aarau und Baden (inkl. Spital Zofingen) durch eine Veräusserung der Spitäler nur um wenige Prozentpunkte fallen, ergeben sich dadurch relativ hohe Einsparungen. Werden die durchschnittlichen Fallkosten um nur 4 % gesenkt, resultieren bei der heutigen Fallstruktur Einsparungen von CHF 23.8 Mio. pro Jahr. Der Grund für diesen hohen Sparbeitrag liegt primär beim hohen Marktanteil der kantonalen Akutspitäler. Da im Bereich der Psychiatrie ähnliche Überlegungen gelten, dürfte das Sparpotenzial von CHF 20 Mio. äusserst konservativ eingeschätzt sein.

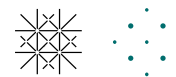
TABELLE 10 ÜBERSICHT ÜBER DIE KANTONAL UMSETZBAREN MASSNAHMEN | BERECHNUNG DES SPARPOTENZIALS

#	Kantonale Massnahmen	Einspareffekt	Berechnungsgrundlage	Einsparpotenzial (statisch)
M.S1	Rückzug des Kantons und der Gemeinden aus der Trägerschaft der Spitäler	<i>mittel- bis langfristig</i>	Fallkosten (KZSS), Anzahl Fälle (KZSS)	> 20 Mio. CHF
M.S4	Ausschreibung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Spitalbereich	<i>kurzfristig</i>	Prozentuale Einsparung	> 5 Mio. CHF
M.S6	Globalbudgets für die Spitäler im Kanton AG	<i>kurzfristig</i>	Expertenschätzung	> 1 Mio. CHF
M.P1	Freie Tarifgestaltung der Gemeinden in der Langzeitpflege	<i>mittel- bis langfristig</i>	Pflegekosten (SOMED), Pflagestage (SOMED)	> 10 Mio. CHF
M.P2	Senkung der kantonalen Höchsttarife im Heim bei den Ergänzungsleistungen zur AHV	<i>kurzfristig</i>	EL-Statistik, Pflagestage (SOMED)	> 10 Mio. CHF
M.P3	Ausschreibung der Versorgungspflicht (Spitex) mit vorgängiger Prüfung der Notwendigkeit	<i>mittelfristig</i>	Kosten der Gemeinden anekdotische Evidenz	> 10 Mio. CHF
M.R2	Kommunales Case Management und Ausbau der Datenbasis bei säumigen Prämienzahlern	<i>kurz- bis mittelfristig</i>	Prozentuale Einsparung	> 1 Mio. CHF
M.Z1	Integrative Präventionsstrategie mit Krankenkassenbeteiligung	<i>langfristig</i>	<i>keine Angabe</i>	<i>keine Angabe</i>

Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Die Aargauer Spitäler erhalten gemäss KZSS 2016 etwa CHF 27 Mio. pro Jahr für die Erbringung **gemeinwirtschaftlicher Leistungen**. Bei einer konsequenten Ausschreibung des Leistungseinkaufs ist in einem kompetitiven Umfeld mit Einsparungen in der Höhe von 20 % zu rechnen. Dies entspricht in der momentanen Situation rund CHF 5.4 Mio. pro Jahr.

Bei der kritisch bewerteten Massnahme der **Globalbudgets** kommt es sehr stark auf deren Umsetzung im stationären Bereich an. Potenziell könnte eine Umsetzung nur in jenen Leistungsbereichen stattfinden, welche eine starke Tendenz zur Mengenausweitung aufweisen oder wo ein Verlagerungsziel in den ambulanten Spitalbereich



verfolgt wird. Ob solche Mengenbegrenzungen aber überhaupt steuerbar sind, ist aus heutiger Sicht fraglich. Patienten haben seit 2012 die freie Spitalwahl und können sich bei Bedarf auch ausserkantonale behandeln lassen. Da der Kanton Aargau auch in einem solchen Fall seinen Teil an die Behandlung beisteuern muss, wird effektiv nicht viel gespart.

Ähnliche Überlegungen gelten selbst dann, wenn das Globalbudget für das Gesamtspital festgesetzt wird. Verlagern sich dadurch einige Fälle in den ambulanten Bereich, kommt es zumindest für den Kanton zu gewissen Einsparungen, da dieser sich nicht an den Kosten für spital- und praxisambulante Behandlungen beteiligen muss. Bei den öffentlichen Spitälern stellt sich die Frage, wer die Kosten bei einem Überschreiten des Budgets ausfinanziert. Als Träger ist der Kanton mittelfristig am kürzeren Hebel. Je nach Art und Weise der Implementierung rechnen wir mit Einsparungen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Bei der freien **Tarifgestaltung der Gemeinden** in der Langzeitpflege besteht ein substanzielles Einsparpotenzial. Die Normkosten der Pflege, welche heute kantonale einheitlich sind, werden sich mit der Zeit nach unten bewegen. Gemeinden mit relativ teuren Heimen werden nicht gewillt sein, wesentlich mehr für die Pflorgetarife aufzuwenden als andere Gemeinden im Kanton. Alleine im stationären Bereich sind daher Einsparungen im zweistelligen Millionenbereich realisierbar. Wenn die Pflegekosten pro Tag um nur CHF 5 zurückgehen, entsteht für die Gemeinden bei 2.19 Mio. Pflorgetagen im Jahr eine Minderbelastung von CHF 10.9 Mio.

Gemäss SOMED wurden im Jahr 2016 525'028 Pflorgetage in Aargauer Pflegeheimen erbracht mit einer Pflegeintensität von weniger als 40 Minuten am Tag (s. SOMED, 2016). Dies entspricht rund 1'238 Personen, welche über das ganze Jahr hinweg im Heim waren. Davon bezogen schätzungsweise rund die Hälfte oder zwischen 500 und 700 Personen **Ergänzungsleistungen zur AHV**. Werden diese Personen künftig zuhause betreut, entlastet dies den kantonalen Haushalt massiv. Da gemäss EL-Statistik 2016 der durchschnittliche EL-Bezug zur AHV pro Jahr bei Personen zuhause um CHF 30'000 niedriger liegt als bei Personen im Heim, entstehen dadurch Einsparungen zwischen CHF 15 Mio. und CHF 21 Mio. (vgl. BSV, 2017).

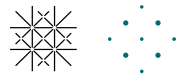
Die Gemeinden zahlten im Jahr 2016 CHF 37.7 Mio. an Spitex-Betriebe im Kanton. Davon werden schätzungsweise CHF 24 Mio. für die Erbringung der **Versorgungspflicht** aufgewendet. Erfahrungen aus dem Kanton Bern, aber auch das Beispiel der Gemeinde Aarburg haben gezeigt, dass bei einer konsequenten Ausschreibung der Versorgungspflicht spürbare Entlastungen resultieren (d.h. Einsparungen bis 50 % bei Versorgungspflicht und Tarifen). Bereits mit einer Reduktion der Beiträge für die Versorgungspflicht von 40 % könnten knapp CHF 10 Mio. pro Jahr bei den Gemeinden eingespart werden. Da sich die Spitex-Versorgung sehr dynamisch entwickelt, dürften die effektiven Einsparungen in naher Zukunft noch wesentlich höher ausfallen. Zudem haben die vergangenen Ausschreibungen (z.B. Aarburg) aufgezeigt, dass eine Halbierung der Kosten durchaus realistisch erscheint.

Zu den Kantonen Thurgau und Zug, welche ein kommunales **Case Management bei den Prämienausständen** betreiben, liegen keine Schätzungen über die Kosteneffekte dieser Massnahme vor. Es können daher keine ausserkantonalen Zahlen auf den Kanton Aargau übertragen werden. Einig sind sich die Gemeinden darin, dass ein aktives Case Management das Risiko reduziert, dass am Ende die Kommunen für die Prämienausstände aufkommen müssen. Andererseits sind dafür auch personelle Ressourcen nötig, um die Begleitung dieser Personen durchführen zu können. Insgesamt dürften Einsparungen realisierbar sein, denn ansonsten wäre es kaum zu erklären, dass sich einzelne Gemeinden für ein Case Management entschieden haben.

Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass die säumigen Prämienzahler oft Personen sind, welche keine IPV erhalten und nicht auf Sozialhilfe angewiesen sind. Bei unterstützungspflichtigen Personen sollten die Krankenkassenprämien ohnehin direkt an die Kasse überwiesen werden. Es sind also meist Personen, welche die Prämien eigentlich bezahlen könnten, sich aufgrund eines momentanen finanziellen Engpasses aber in Schwierigkeiten befinden. Sicherlich befinden sich auch Personen darunter, die bewusst auf die Bezahlung der Prämien verzichten. Bei den letzten beiden Fällen besteht eine gute Chance, dass zumindest ein Teil der Ausstände zurückgefordert werden kann. Bei einer Reduktion des Aufwands für die Beteiligung an den Verlustscheinen von 5 % aufgrund einer höheren Erfolgsquote der Gemeinden können pro Jahr rund CHF 1 Mio. eingespart werden.

6 Literaturverzeichnis

- B,S,S. (2015). *Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich*. Schlussbericht zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. [Link zum Dokument](#)
- Blankart, C. B. (2017). *Öffentliche Finanzen in der Demokratie. Eine Einführung in die Finanzwissenschaft* (9. Auflage). München: Verlag Franz Vahlen.
- Bradke, S. (2015). Selbstdispensation sorgt für tiefe Medikamentenkosten! *Schweizerische Ärztezeitung* 96(24): 862-863. [Link zum Dokument](#)
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2017). *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2016*. Statistiken zur Sozialen Sicherheit. [Link zum Dokument](#)
- Cosandey, J., Roten, N. und Rutz, S. (2018). *Gesunde Spitalpolitik: Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger "Kantönligeist"*. Zürich: Avenir Suisse. [Link zum Dokument](#)
- Expertengruppe EDI (2017). *Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bericht im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern EDI. [Link zum Dokument](#)
- Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C. und Gmünder, M. (2017a). *Stärkung der (Ergebnis-) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen*. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Basel: IWSB. [Link zum Dokument](#)
- Felder, S., Meyer, S. und Selcik, F. (2017b). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel. [Link zum Dokument](#)
- Felder, S., Meyer, S., und Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren*. Gutachten im Auftrag der Association Spitex privée Suisse (ASPS). Universität Basel. [Link zum Dokument](#)
- Helsana (2018). *20 Jahre Prämien-Zahlen*. Helsana-Prämienreport (April 2018). Zürich: Helsana Gruppe. [Link zum Dokument](#)
- Höpflinger, F, Bayer-Oglesby, A. und Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber. [Link zum Dokument](#)
- KOF (2018). *KOF Prognose der Gesundheitsausgaben Frühjahr 2018*. *KOF Studien* Nr. 113 (Frühjahr 2018). [Link zum Dokument](#)
- Obsan (2017). *Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen. Entwicklung des Ärztebestands und der Kosten (Obsan Bulletin 4/2017)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Link zum Dokument](#)
- Poledna, T. und Do Canto, Ph. (2010). *Gesundheitswesen und Vergaberecht – von der öffentlichen Aufgabe zum öffentlichen Auftrag*. In: Poledna, T und R. Jacobs, *Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld*. Zürich: Schulthess.
- Poledna, T. und Trümpler, R. (2016). *Zur Frage der Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung und Vergabe von Spitexdienstleistungen*. Gutachten im Auftrag der Association des Spitex privée Suisse ASPS. [Link zum Dokument](#)
- Roth, S. und Pellegrini, S. (2018). *Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Analyse pour une sélection d'interventions chirurgicales*. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 63). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [Link zum Dokument](#)

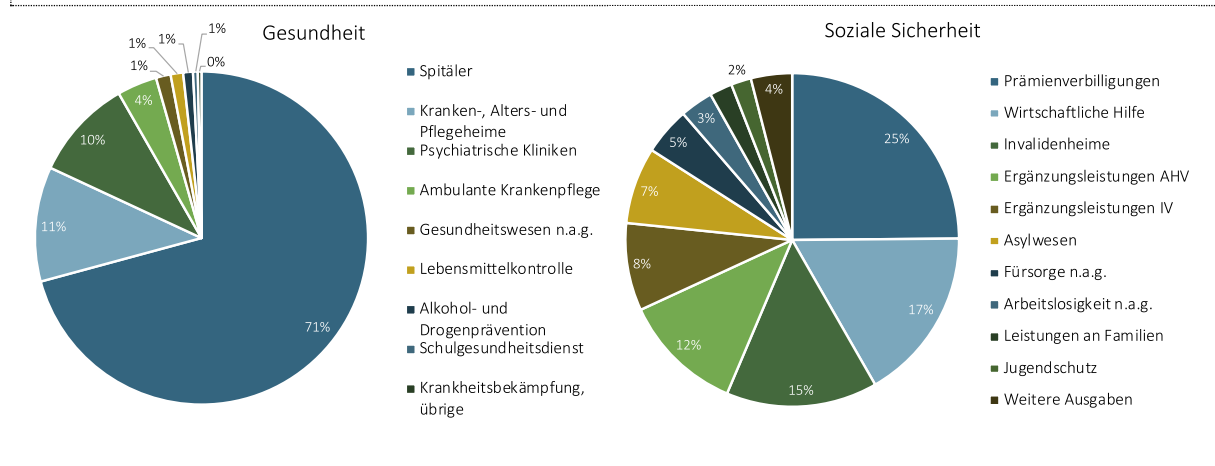


- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2017). *Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012*. [Link zur Tabelle](#)
- Regierungsrat des Kantons Aargau (2017). *Jahresbericht mit Jahresrechnung 2016*. Vorlage des Regierungsrats vom 15. März 2017. [Link zum Dokument](#)
- Sax, A. (2015). *Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz. Aufgabenverteilung, Effizienzpotenziale, Resultate im internationalen Vergleich*. [Link zum Dokument](#)
- Statistik Aargau (2013). *Krankenhäuser. Hospitalisierungen nach Wohnort, 2013*. [Link zur Tabelle](#)
- Telser, H., Meyer, D. und Mäder, B. (2018). *Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau*. Studie im Auftrag der VAKA. Olten: Polynomics. [Link zum Dokument](#)
- Tinbergen, J. (1952). *On the Theory of Economic Policy*. Books (Jan Tinbergen). North-Holland Publishing Company, Amsterdam.
- Zimmerli, D. (2011). *Ist über die Spitalliste wirklich zwingend in einem Submissionsverfahren zu entscheiden?* Kriterium Nr. 31 (Dezember 2011). [Link zum Dokument](#)

7 Anhänge

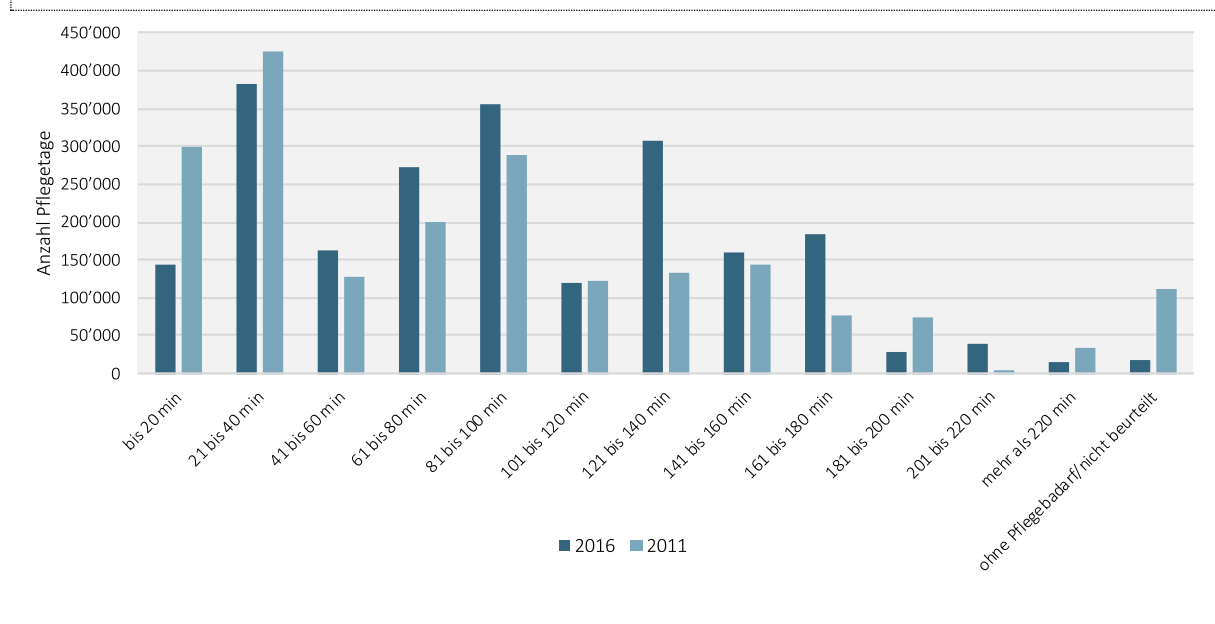
7.1 Zusätzliche Abbildungen und Tabellen

ABBILDUNG A22 AUSGABEN DES KANTONS AARGAU UND SEINER GEMEINDEN | FUNKTIONALE BEREICHE (2015)



Quelle: EFV, Finanzstatistik (2015, FS-Modell, Detailauswertung 3-Steller). Darstellung: Universität Basel/IWSB.

ABBILDUNG A23 PFLEGETAGE NACH PFLEGESTUFE | PFLEGEHEIME IM KANTON AARGAU (2011/2016)



Quelle: BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED (2011/2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB.

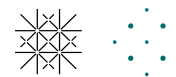
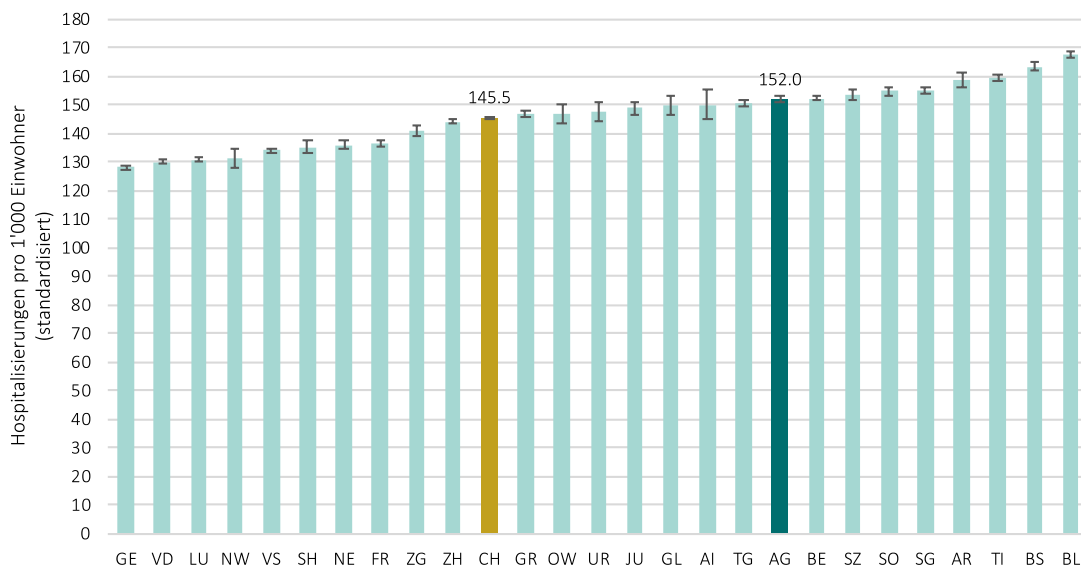
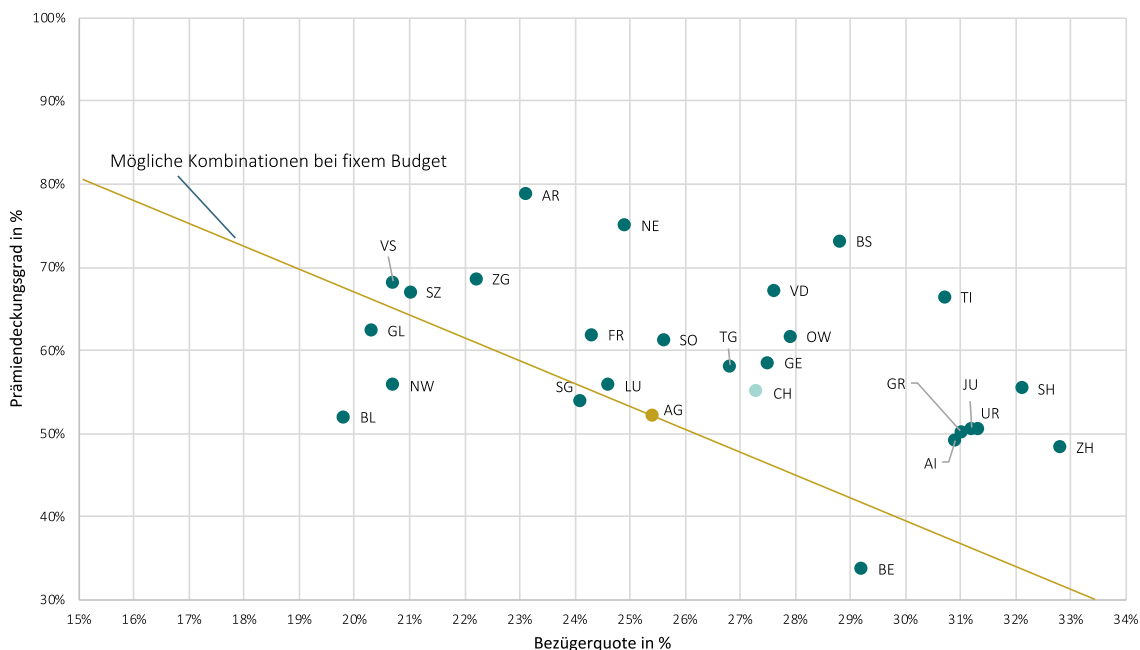


ABBILDUNG A24 HOSPITALISIERUNGSRATE IN AKUTSPITÄLERN (2015)



Quelle: Obsan, Hospitalisierungsrate in Akutspitälern (2015). Darstellung: Universität Basel/IWSB.
 Anmerkungen: Die standardisierten Raten beziehen sich auf die europäische Standardpopulation 2010.

ABBILDUNG A25 PRÄMIENDECKUNGSGRAD UND BEZÜGERQUOTE IN DEN KANTONEN (2016)



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2016). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB
 Anmerkung: Im Kanton Bern wird seit 2012 nicht mehr der vollständige Beitrag zur Krankenkassenprämie von EL-Bezügern und Sozialhilfeempfängern als Prämienverbilligung betrachtet. Der Betrag erscheint damit auch nicht mehr vollständig in der Statistik der Prämienverbilligung. Entsprechend ist der Wert des Kantons BE für den Prämiendeckungsgrad mit den restlichen Kantonen nicht direkt vergleichbar.

TABELLE A11 HOSPITALISIERUNGEN NACH WOHNORT DER PATIENTEN | KANTON AARGAU (2013)

Herkunft	Total	Akutspitäler	Psychiatrische Kliniken	Rehabilitationskliniken	Andere Spezialkliniken
AG	84'676	74'315	3'591	3'370	3'400
Nachbarkantone	14'801	6'435	497	5'295	2'574
Übrige Schweiz	2'514	742	333	1'189	250
Ausland	1'499	1'255	41	189	14
Total	103'490	82'747	4'462	10'043	6'238
<i>Anteil ausserkantonal</i>	<i>18.2 %</i>	<i>10.2 %</i>	<i>19.5 %</i>	<i>66.4 %</i>	<i>45.5 %</i>

Quelle: Statistik Aargau, Krankenhäuser – Hospitalisierungen nach Wohnort (2013). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Anmerkungen: Eine Hospitalisierung ist definiert als die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Hauptdiagnose im selben Krankenhaus. Eine Person kann folglich mehrmals hospitalisiert werden. Grundgesamtheit sind alle Hospitalisierungen, welche komplett oder teilweise ins Jahr 2013 fallen.

7.2 Methodik der Komponentenzersetzung

Eine Veränderung der Kosten in der Langzeitpflege lässt sich als Index $I_C = C_t/C_0$ darstellen, wobei C die Gesamtkosten zum entsprechenden Zeitpunkt sind. Dieser Index lässt sich wiederum in die folgenden Bestandteile (Subindizes) unterteilen:

$$I_C = I_B \times I_a \times I_\delta \times I_d \times I_p = \frac{B_t}{B_0} \times \frac{\sum_i a_t^i \times \delta_t^i \times d_t^i}{\sum_i a_0^i \times \delta_0^i \times d_0^i} \times \frac{p_t}{p_0}$$

B	Bevölkerung
a^i	Anteil der Altersklasse i an der Bevölkerung
δ^i	Anteil der Personen in Altersklasse i mit einer Inanspruchnahme im Laufe des Jahres
d^i	Durchschnittliche Anzahl Pflgetage bzw. Pflegestunden pro Klient in der Altersklasse i
p	Preis pro Pflgetag bzw. Pflegestunde

Folglich lässt sich der Index für die Kosten (I_C) in die Komponenten Bevölkerung (I_B), Altersstruktur (I_a), Klienten (I_δ), Tage/Stunden pro Klient (I_d) und Stückpreise (I_p) zerlegen. Diese fünf Subindizes lassen sich einzeln wie folgt berechnen:

$$I_B = \frac{B_t}{B_0} \quad I_p = \frac{p_t}{p_0}$$

$$I_a = \frac{\sum_i a_t^i \times \delta_0^i \times d_0^i}{\sum_i a_0^i \times \delta_0^i \times d_0^i} \quad I_\delta = \frac{\sum_i a_t^i \times \delta_t^i \times d_0^i}{\sum_i a_t^i \times \delta_0^i \times d_0^i} \quad I_d = \frac{\sum_i a_t^i \times \delta_t^i \times d_t^i}{\sum_i a_t^i \times \delta_t^i \times d_0^i}$$