



Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau

Schlussbericht, 16. Mai 2018

Studie im Auftrag der VAKA



**Die volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens im
Kanton Aargau**

Schlussbericht

Studie im Auftrag der VAKA

Autoren:

Dr. Harry Telser

Delia Meyer

Dr. des. Beatrice Mäder

16. Mai 2018

Inhaltsverzeichnis

In Kürze	5
1 Ausgangslage	7
2 Direkte volkswirtschaftliche Bedeutung	8
2.1 Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens	8
2.2 Verwendete Datenquellen.....	9
2.3 Beschäftigung	10
2.4 Bruttowertschöpfung	15
2.5 Steuerzahlungen	17
2.6 Fazit	18
3 Die Rolle des Kantons Aargau als Mitfinanzierer	19
3.1 Kantonale Gesundheitsleistungen.....	19
3.1.1 Situation im Jahr 2011	19
3.1.2 Entwicklung seit 2011: Krankenkassenprämien.....	21
3.1.3 Entwicklung seit 2011: stationäre Tarife.....	23
3.1.4 Fazit	25
3.2 Direkte Gesundheitsausgaben durch die Kantone	25
3.2.1 Prämienverbilligungen.....	26
3.2.2 Kantonale Gesundheitsausgaben	30
3.2.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen	32
3.2.4 Fazit	33
4 Mögliche kantonale Sparbemühungen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen.....	35
4.1 Reduzierung der kantonalen Ausgaben für individuelle Prämienverbilligungen	35
4.2 Reduktion der kantonalen Beiträge an die stationären Leistungserbringer	36
4.2.1 Leistungsbezogene Kürzungen	36
4.2.2 Einführen von Globalbudgets und andere nichtleistungsbezogene Kürzungen	37
4.3 Regulierung der Art der Leistungserbringung: Ambulant vor Stationär (AvS)	38
4.3.1 Ausgangslage.....	39
4.3.2 Auswertungen nach «Zürcher-Liste»	39
4.3.3 Auswertungen nach «BAG-Liste».....	40
4.3.4 Erwartete Auswirkungen	41
4.4 Fazit	42

5	Quellenverzeichnis	43
6	Anhang	44
6.1	Kantonale OKP-Kosten	44
6.2	Versicherungsmodelle	47
6.3	Basispreise	48
6.4	Ergänzungsleistungen	50
6.5	Ambulant vor Stationär	54

In Kürze

Die direkte volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau

- Im Kanton Aargau wurden im Jahr 2015 rund 250'000 vollzeitäquivalente Arbeitsstellen (VZÄ) angeboten. Von diesen vollzeitäquivalenten Arbeitsstellen fallen rund 30'000 oder 12 Prozent ins Gesundheits- und Sozialwesen und davon machen Institutionen mit stationären Leistungen gut die Hälfte aus.
- Das Gesundheits- und Sozialwesen ist als Branche mit knapp 30'000 VZÄ der viertgrösste Arbeitgeber im Kanton Aargau und hat signifikant zum Arbeitsplatzwachstum seit 2011 beigetragen. Knapp zwei Drittel aller neuen Arbeitsplätze entstanden im Gesundheits- und Sozialwesen (+4'800 neue VZÄ).
- Auch die stationären Leistungserbringer trugen überproportional zum Arbeitsplatzwachstum bei. Mit gut 16'000 VZÄ stellen sie 6.5 Prozent der kantonalen Beschäftigten im Jahr 2015 und sind verantwortlich für 37 Prozent der seit 2011 neu geschaffenen Arbeitsplätze (+2'770 neue VZÄ).
- Im Jahr 2015 wurden im Kanton Aargau rund 40 Mrd. Franken Bruttowertschöpfung erwirtschaftet. Rund 10 Prozent dieser Wertschöpfung generierte das Gesundheits- und Sozialwesen und davon wurde gut die Hälfte von Institutionen mit stationären Leistungen generiert.
- Auch bei der Wertschöpfung trugen die Institutionen mit stationären Leistungen überproportional zum kantonalen Wachstum bei. Das Gesundheits- und Sozialwesen trug gut 28 Prozent zum Bruttowertschöpfungswachstum bei (+487 Mio.), während die Institutionen mit stationären Leistungen bei einem Wertschöpfungsanteil von 5.4 Prozent einen Wachstumsbeitrag von 16.5 Prozent lieferten.

Tabelle 1 Beschäftigung und Bruttowertschöpfung im Kanton Aargau im Jahr 2015

2015	VZÄ	Veränderung seit 2011	Wachstums- beitrag	BWS (in Mio. CHF)	Veränderung seit 2011	Wachstums- beitrag
Kanton AG	249'379	+7'521	100%	38'768	+1'731	100%
Q Gesundheits- und Sozialwesen	29'617	+4'796	63.8%	3'826	+487	31.0%
Institutionen mit stationären Leistungen	16'274	+2770	36.8%	2'102	+286	16.5%

Quelle: BFS.

Die Rolle des Kantons Aargau als Mitfinanzierer im Gesundheitswesen

- Insgesamt zeigen die Resultate einer Obsan-Studie für das Jahr 2011 sowie ein interkantonaler Vergleich der Entwicklung über die letzten Jahre, dass sich die Gesundheitsleistungen, die im Kanton Aargau erbracht werden, in der Menge und im Preis nicht stark vom Schweizer Durchschnitt unterscheiden.
- Der Kanton Aargau wendet deutlich weniger Mittel für das Gesundheitswesen auf als die meisten anderen Kantone. Die Ausgaben für die individuellen Prämienverbilligungen pro

Kopf ebenso wie die kantonalen Gesundheitsausgaben pro Kopf sind klar unterdurchschnittlich. Die Ausgaben zur Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören zu den niedrigsten der Schweiz.

- Dieses Bild wird auch durch eine Obsan-Studie bestätigt, welche aufzeigt, dass der Kanton Aargau im interkantonalen Vergleich die zweitniedrigste Steuerbelastung durch kantonale Ausgaben im Gesundheitswesen ausweist.

Mögliche kantonale Sparbemühungen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen

- Kantone haben verschiedene Möglichkeiten, im Gesundheitswesen Ausgaben einzusparen. Einerseits können sie direkt eigene Ausgaben senken, z. B. die individuellen Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen oder die Abgeltungen an die Spitäler (z. B. Kürzung gemeinwirtschaftliche Leistungen oder Einführung von Globalbudgets). Andererseits kann der Kanton Regulierungen betreffend die Art der Leistungserbringung erlassen, so dass weniger Gesundheitsleistungen in durch den Kanton mitfinanzierten Bereichen erbracht werden (z. B. Ambulant-vor-Stationär-Listen).
- Das Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System. Viele Akteure erbringen in vielschichtigen Prozessen Gesundheitsleistungen. Sie sind über diverse Schnittstellen miteinander verbunden, werden durch verschiedene Parteien und Systeme finanziert und unterstehen mehreren unterschiedlichen Regulierungsbehörden. Dies gilt umso stärker, wenn Leistungserbringer mehrerer Kantone beteiligt sind.
- Die Auswirkungen von kantonalen Sparbemühungen lassen sich deshalb selten genau vorhersagen, und häufig ist mit ungewollten Effekten in anderen Teilen des Gesamtsystems oder auch ausserhalb des Gesundheitswesens zu rechnen. Ein Abbau von individuellen Prämienverbilligungen kann z. B. dazu führen, dass mehr Familien in eine finanzielle Notlage geraten und deshalb mehr Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe bezahlt werden muss.
- Problematisch sind vor allem Sparbemühungen, die nur darauf abzielen, die Kosteneffizienz im System zu erhöhen. Hier besteht die Gefahr, dass die eingesparten Kosten durch Mehrkosten an einem anderen Ort zunichtegemacht werden, oder dass ungewollt Leistungen abgebaut bzw. in einer schlechteren Qualität erbracht werden. Die eingesparten Kosten würden in diesem Fall mit einer schlechteren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erkaufte.

1 Ausgangslage

Die Jahresrechnung des Kantons Aargau schloss 2016 mit einem rekordhohen Defizit ab, welches vor allem strukturelle Ursachen hat. Der Regierungsrat hat daraufhin angekündigt, dass er dieses strukturelle Defizit mit umfangreichen Reformen in der laufenden Legislaturperiode ausgleichen will. Ein Grossteil der Sparmassnahmen findet im Gesundheitswesen statt. In den Jahren 2018 und 2019 müssen z. B. die Leistungserbringer im stationären Bereich je 5.2 Mio. CHF einsparen.

Bei solchen resoluten Sparübungen besteht immer die Tendenz, dass alles nur noch durch die Kostenbrille betrachtet wird und die den Kosten gegenüberstehenden Leistungen bzw. der daraus generierte Nutzen für die Bevölkerung in den Hintergrund gedrängt wird. Gerade bei den grossen Ausgabeposten wie Gesundheitswesen oder Bildung besteht schnell die Gefahr, diese nur noch als Kostenblöcke wahrzunehmen. Damit steigt aber auch das Risiko, Leistungen abzubauen, welchen ein grosser volkswirtschaftlicher Nutzen gegenübersteht. Die statische Kostensicht kann so unerwünschte dynamische Effekte nach sich ziehen. Die komplexen Zusammenhänge im Gesundheitswesen, die auch Gesundheitspolitikern häufig nur teilweise bekannt sind, verstärken dieses Risiko noch.

Vor diesem Hintergrund und mit dem Ziel, eine solide Diskussionsgrundlage für den weiteren Verlauf der Aargauer Haushaltssanierung zu schaffen, hat der Verband der aargauischen Kliniken, Spitäler und Pflegeinstitutionen (VAKA) Polynomics angefragt, eine Studie zu erstellen, in der die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau ermittelt werden soll. Im Vordergrund steht dabei der direkte volkswirtschaftliche Nutzen der stationären Einrichtungen im Kanton (Spitäler und Pflegeheime) in Form von Arbeitsplätzen, Wertschöpfung und Steueraufkommen. Demgegenüber soll dargestellt werden, wie der Kanton seine Rolle als Mitfinanzierer im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Kantonen wahrnimmt und wie sich dies über die Zeit verändert hat. Vor diesem Hintergrund sollen schliesslich mögliche Sparbemühungen des Kantons im Gesundheitswesen dahingehend analysiert und diskutiert werden, was für ungewollte Folgen diese nach sich ziehen können.

2 Direkte volkswirtschaftliche Bedeutung

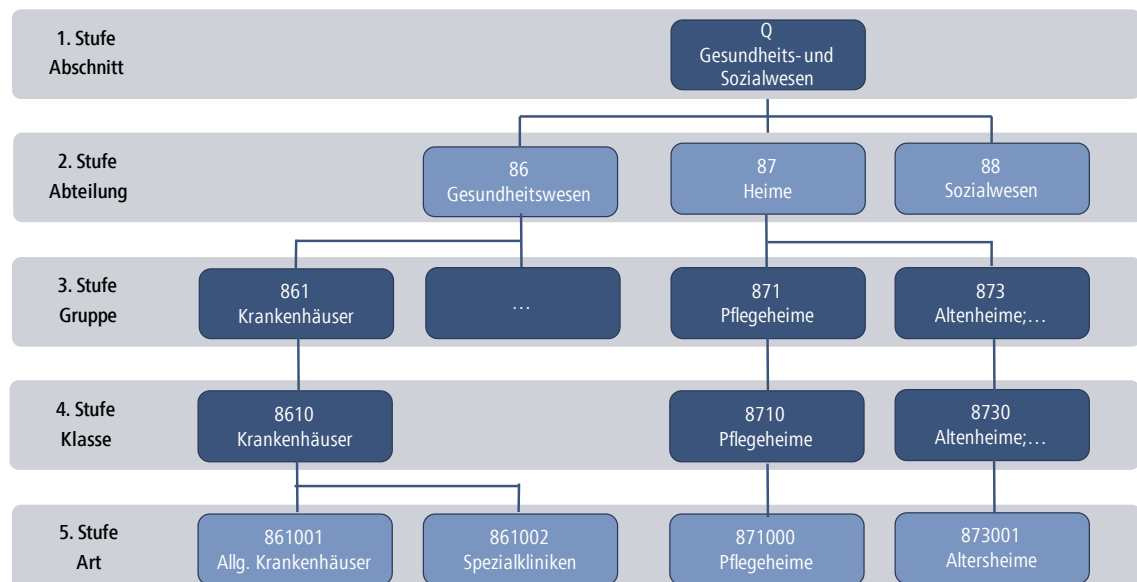
Die volkswirtschaftliche Bedeutung einer Branche wird üblicherweise auf zwei verschiedene Arten ermittelt. Einerseits gibt die Wertschöpfung Auskunft über die wirtschaftliche Leistung der Branche und somit über den Beitrag der Branche an das gesamtwirtschaftliche Wachstum. Andererseits zeigt die Beschäftigung die Anzahl Arbeitsplätze, welche eine Branche generiert, und somit die Wichtigkeit der Branche als Arbeitgeber. Mit der Beschäftigung und der Wertschöpfung wird somit der direkte Beitrag der Branche an die Gesamtwirtschaft ermittelt.

Neben dem direkten Beitrag erzeugt eine Branche auch indirekte und induzierte Effekte auf die Gesamtwirtschaft. Der indirekte Effekt entsteht durch die Vorleistungen, welche die Branche aus anderen Sektoren bezieht. Die Angestellten einer Branche konsumieren Produkte und Dienstleistungen in anderen Branchen mit ihrem Lohn, wodurch die Branche induzierte Effekte auslöst. In dieser Studie werden jedoch nur die direkten Effekte der Gesundheitsbranche analysiert, da die induzierten und indirekten Effekte nur sehr aufwendig und mit grosser Unsicherheit schätzbar sind. Zudem sind sie schwer interpretierbar, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Arbeitsplätze und Wertschöpfung ohne die Branche nicht existieren würden.

2.1 Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens

Die Wertschöpfung und die Beschäftigung in der Schweiz werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) nach Wirtschaftsabteilungen der NOGA 2008, einer allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige, kategorisiert. Die Systematik für das Gesundheits- und Sozialwesen wird in Abbildung 1 beschrieben.

Abbildung 1 Systematik für das Gesundheits- und Sozialwesen gemäss NOGA 2008



Das Gesundheits- und Sozialwesen kann auf fünf verschiedenen Stufen zusammengefasst werden. Auf der fünften Stufe bieten allgemeine Krankenhäuser, Spezialkliniken, Pflegeheime und Altersheime stationäre Leistungen an.

Quelle: BFS.

Das Gesundheits- und Sozialwesen besteht aus drei Wirtschaftsabteilungen: dem Gesundheitswesen, den Heimen und dem Sozialwesen. Alle drei Wirtschaftsabteilungen können darüber hinaus in verschiedene Gruppen, Klassen und Wirtschaftsarten unterteilt werden. Abbildung 1 zeigt aus Platzgründen nicht alle Unterkategorien der drei Wirtschaftsabteilungen, sondern verdeutlicht die Einordnung der vier Wirtschaftsarten, welche Institutionen mit stationären Leistungen beinhalten. Die Institutionen, welche stationäre Leistungen anbieten, sind die allgemeinen Krankenhäuser und die Spezialkliniken (inkl. psychiatrische und Rehabilitationskliniken), welche als Wirtschaftsart unter die Wirtschaftsabteilung Gesundheitswesen einzuordnen sind, sowie die Pflegeheime und Altersheime, welche als Wirtschaftsart unter die Wirtschaftsabteilung Heime einzuordnen sind.

Je nach Definition der Wirtschaftsarten Alters- und Pflegeheime werden die Institutionen unterschiedlich in diese zwei Kategorien unterteilt. Gemäss Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) sind im Jahr 2015 keine Altersheime mehr gemeldet, während das BFS eine andere Definition für die Altersheime anwendet und aus diesem Grund im Jahr 2015 11 Altersheime im Kanton Aargau zählt. Damit diese Studie konsistent mit beiden Definition ist, werden die Alters- und Pflegeheime immer zusammen in einer Kategorie ausgewiesen. Im Folgenden wird der Begriff «Heime» für die Wirtschaftsabteilung gebraucht und der Begriff «Alters- und Pflegeheime» für die Wirtschaftsart.

2.2 Verwendete Datenquellen

Als Datenquelle für die Berechnung der direkten volkswirtschaftlichen Bedeutung der stationären Einrichtungen im Kanton Aargau verwenden wir öffentliche Statistiken des Bundesamts für Statistik (BFS). Die verwendeten Statistiken sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1 **Übersicht über die Datenquellen**

Statistik	Variablen	NOGA	Geographie	Quelle
Institutionelle Einheiten und Beschäftigte nach Kanton, Wirtschaftsabteilung, Grössenklasse, öffentlicher/privater Sektor, wirtschaftliche Ausrichtung und Rechtsform (STATENT)	VZÄ	2. Stufe	kantonal	BFS
Institutionelle Einheiten und Beschäftigte nach Kanton und Wirtschaftsart (STATENT)	VZÄ	5. Stufe	kantonal	BFS
Institutionelle Einheiten und Beschäftigte nach Kanton und Wirtschaftsart (BZ)	VZÄ	2. Stufe	kantonal	BFS
Institutionelle Einheiten und Beschäftigte nach Kanton, Wirtschaftsabteilung, Grössenklasse, Typ, öffentlicher/privater Sektor und wirtschaftliche Ausrichtung (BZ)	VZÄ	5. Stufe	kantonal	BFS
Bruttowertschöpfung (BWS) nach Kanton und Aktivitäten	BWS	1. Stufe aggregiert	kantonal	BFS
Produktionskonto nach Branchen (50 Branchen)	BWS	2. Stufe z. T. aggregiert	Schweiz	BFS

VZÄ: Vollzeitäquivalente; BWS: Bruttowertschöpfung

Die Beschäftigungsdaten sind kantonal und detailliert in der Statistik der Unternehmensstruktur (STATENT) und der Betriebszählung (BZ) verfügbar. Die Wertschöpfungsdaten sind schweizweit nach Wirtschaftsabteilungen erhältlich oder kantonal, dort aber nur sehr aggregiert, verfügbar.

Quelle: BFS

Die Datenverfügbarkeit für die Beschäftigten auf der Ebene der Wirtschaftsabteilungen wie auch auf der Ebene der Wirtschaftsarten ist gut, denn die Daten sind sowohl schweizweit als auch kantonal erhältlich. Die Beschäftigung wird in vollzeitäquivalenten Arbeitsstellen (VZÄ) ausgewertet. Dividiert man die Summe der gearbeiteten Stunden aller Angestellten in einer Branche durch die durchschnittliche branchenspezifische Anzahl Stunden pro Jahr, die ein Vollzeitangestellter erbringt, erhält man die Anzahl vollzeitäquivalenter Arbeitsstellen dieser Branche. Die Anzahl VZÄ wird der Statistik der Unternehmensstruktur (STATENT) und der Betriebszählung auf Ebene der institutionellen Einheit entnommen. Die STATENT, welche nach 2011 die Betriebszählung abgelöst hat, wird jeweils 20 Monate nach dem Referenzmonat publiziert, weswegen 2015 das letzte verfügbare Jahr dieser Studie ist. Die Betriebszählung wurde sehr unregelmässig geführt, weswegen zwischen 2005 und 2011 nur für die Jahre 2005 und 2008 Daten vorhanden sind. Folglich werden Daten für die Jahre 2011 bis 2015 von STATENT entnommen und Daten für die Jahre 2005 und 2008 von der Betriebszählung.

Für die Bruttowertschöpfung liegen weniger detaillierte Daten vor. Kantonale Daten sind nur sehr aggregiert erhältlich, wobei das Gesundheits- und Sozialwesen mit anderen Bereichen zusammengelegt wird. Im Produktionskonto des BFS sind schweizweite Bruttowertschöpfungsdaten auf der Ebene der Wirtschaftsabteilung verfügbar, wobei auch diese zum Teil aggregiert wurden. Beispielsweise sind nur Daten für die Wertschöpfung der Wirtschaftsabteilungen Heime und Sozialwesen insgesamt verfügbar. Die Bruttowertschöpfung der Institutionen mit stationären Leistungen haben wir deswegen mit der Produktivität sowie mit schweizweiten Anteilen des Gesundheitswesens approximiert.

2.3 Beschäftigung

Im Kanton Aargau gab es 2015 gut 320'000 Beschäftigte und gut 250'000 Vollzeitäquivalente (vgl. Tabelle 2). Davon waren gut 7 Prozent im Gesundheitswesen und 3.5 Prozent in Heimen angestellt. Alters- und Pflegeheime boten über zwei Drittel der Arbeitsstellen im Bereich Heime an und konnten von 2011 bis 2015 diese um rund 1'300 Stellen erhöhen, was einem jährlichen Anstieg von 6.2 Prozent entspricht. In der Wirtschaftsabteilung Gesundheitswesen werden gut 45 Prozent der Arbeitsstunden in allgemeinen Krankenhäusern geleistet und rund 15 Prozent in Spezialkliniken. Die VZÄ in allgemeinen Krankenhäusern und in Spezialkliniken nahmen von 2011 bis 2015 um gut 1'000 bzw. 400 Stellen zu, was einem jährlichen Wachstum von 3.8 bzw. 4.5 Prozent entspricht.

Seit 2011 wurden insgesamt gut 7'500 neue Arbeitsstellen (VZÄ) im Kanton Aargau geschaffen, wovon fast zwei Drittel dem Gesundheits- und Sozialwesen zuzurechnen sind. Verglichen mit allen anderen Wirtschaftsabteilungen kam der grösste Wachstumsbeitrag vom Gesundheitswesen (gut 35% aller neuen Stellen) und der zweitgrösste von den Heimen (22%). Die Institutionen mit stationären Leistungen schufen zwischen 2011 und 2015 rund 2'800 zusätzliche Vollzeitäquivalente, was einen Wachstumsbeitrag von rund 37 Prozent ausmacht.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der VZÄ im Kanton Aargau von 2011 bis 2015 für verschiedene Branchen. Das Gesundheits- und Sozialwesen ist der viertgrösste Arbeitgeber im Kanton Aargau nach der Verarbeitung und Warenherstellung, dem Handel und der Reparatur, sowie der Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen. Seit 2011 verzeichneten die vollzeitäquivalenten Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen den grössten Anstieg im Vergleich zu den restlichen Branchen.

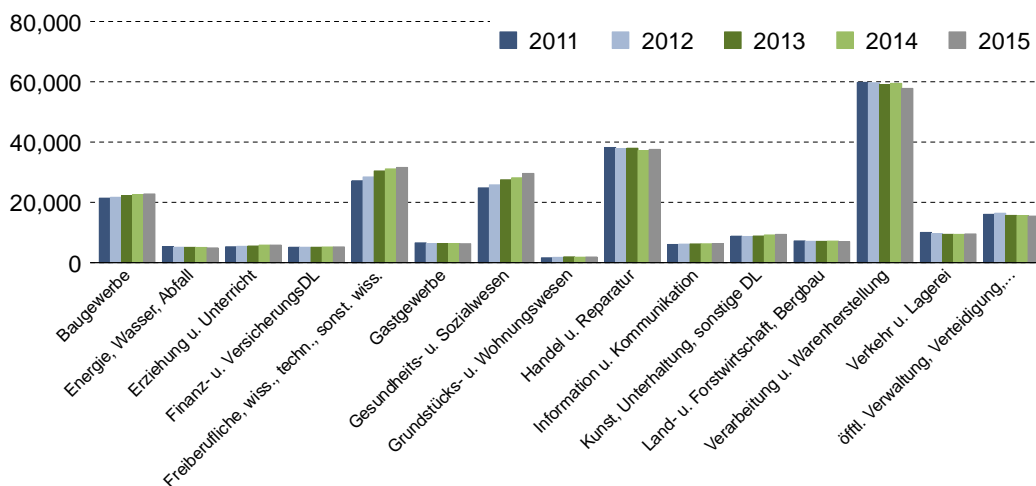
Tabelle 2 Beschäftigte und VZÄ im Kanton Aargau

2015	Beschäftigte	VZÄ	VZÄ in Prozent	Veränderung seit 2011	Wachstumsbeitrag
Kanton AG	319'822	249'379	100%	+7'521	100%
Q Gesundheits- und Sozialwesen	42'174	29'617	11.9%	+4'796	63.8%
86 Gesundheitswesen	24'597	17'308	6.9%	+2'661	35.4%
861001 Allgemeine Krankenhäuser	9'967	7'592	3.0%	+1'056	14.0%
861002 Spezialkliniken	3'491	2'734	1.1%	+445	5.9%
87 Heime	11'453	8'739	3.5%	+1'654	22.0%
871000, 873001 Alters- und Pflegeheime	7'147	5'948	2.4%	+1'269	16.9%
Institutionen mit stationären Leistungen total	20'605	16'274	6.5%	+2'770	36.8%

Im Kanton Aargau wurden im Jahr 2015 rund 320'000 Personen beschäftigt. Korrigiert um den Anstellungsgrad resultieren knapp 250'000 vollzeitäquivalente Arbeitsstellen. Von diesen vollzeitäquivalenten Arbeitsstellen fallen rund 12% ins Gesundheits- und Sozialwesen. Die Institutionen mit stationären Leistungen machen davon gut die Hälfte aus. Die stationären Einrichtungen sind mit 37% aller neuen Arbeitsplätze überproportional für das Arbeitsplatzwachstum im Kanton Aargau verantwortlich.

Quelle: BFS.

Abbildung 2 Entwicklung der VZÄ von 2011 bis 2015 für die einzelnen Branchen



Quelle: BFS

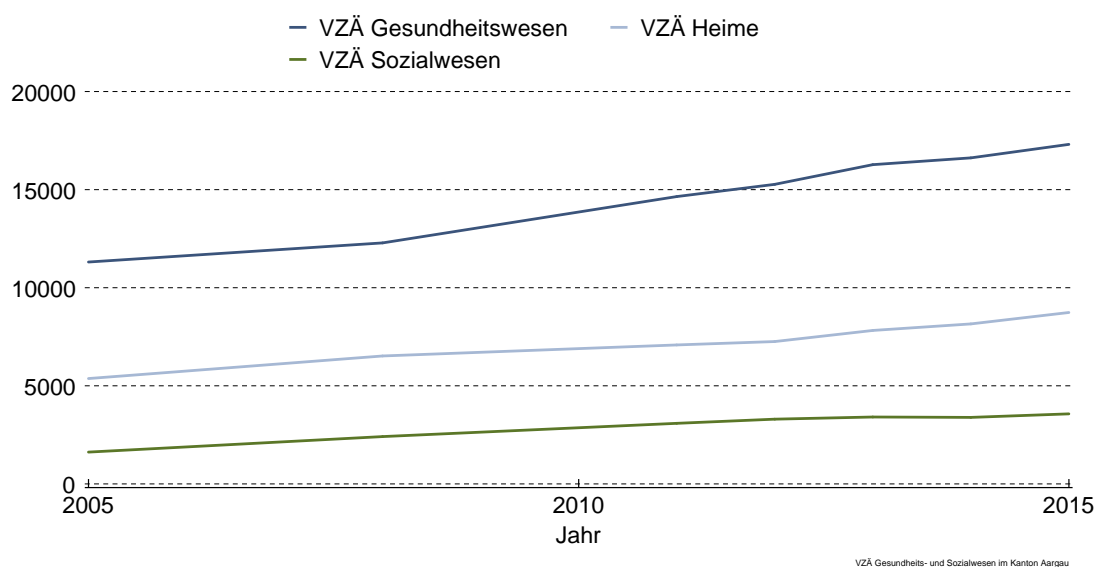
Beschäftigte (VZÄ) nach Branchen

Seit 2011 verzeichneten die vollzeitäquivalenten Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen den grössten Anstieg im Vergleich zu den restlichen Branchen. Das Gesundheits- und Sozialwesen ist damit die viertgrösste Branche im Kanton Aargau.

Quelle: BFS.

Abbildung 3 zeigt die längerfristige Entwicklung der VZÄ in den drei Wirtschaftsabteilungen Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen. Rund 60 Prozent der Arbeitsstunden im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2015 wurden im Gesundheitswesen geleistet, 30 Prozent in den Heimen und 12 Prozent im Sozialwesen. Zwischen 2005 bis 2015 schuf das Gesundheitswesen rund 6'000 (+53%) neue VZÄ, die Heime 3'500 (+63%) und das Sozialwesen 2'000 (+12%), was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 4.5, 5 bzw. 8.2 Prozent entspricht.

Abbildung 3 Entwicklung VZÄ Gesundheits- und Sozialwesen von 2005 bis 2015



Im Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten die Heime und das Gesundheitswesen zwischen 2005 und 2015 einen Anstieg von VZÄ um 53% bzw. 63%.

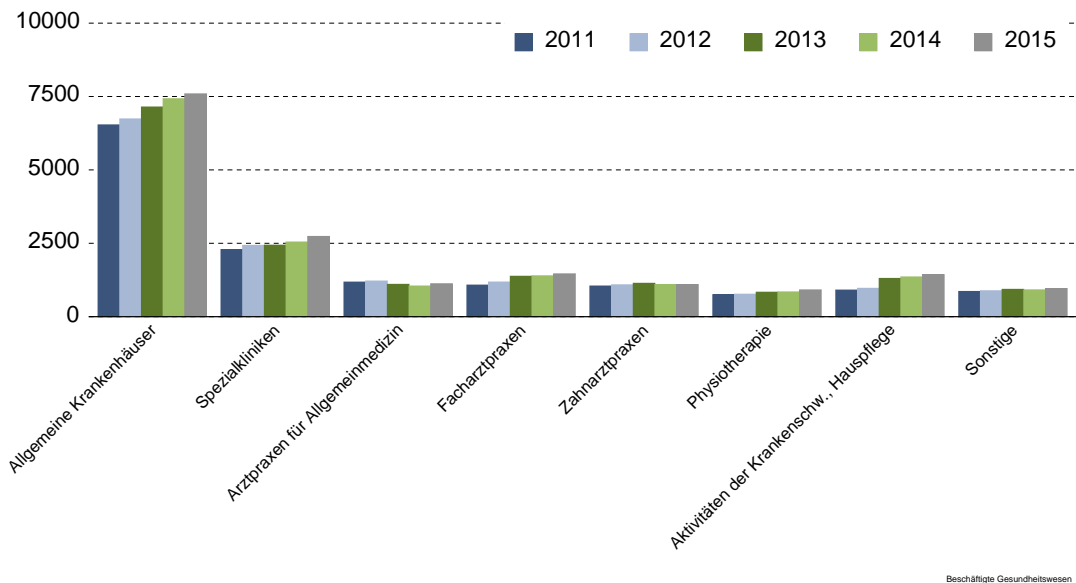
Quelle: BFS.

Dieses Wachstum ist auf viele Faktoren zurückzuführen. Als personalintensive Branche reagiert das Gesundheits- und Sozialwesen stark auf Nachfrageänderungen durch Bevölkerungswachstum oder demographischer Alterung. Ebenfalls eine Rolle spielen dürfte, dass die Assistenz- und Oberärzte in Spitälern seit einigen Jahren dem Arbeitsgesetz mit wöchentlichen Höchstarbeitszeiten unterstehen, was mehr Personal nötig machte. Eine ausführliche Analyse der Ursachen würde jedoch den Rahmen dieses Berichts sprengen.

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Wirtschaftsarten im Gesundheitswesen von 2011 bis 2015. Im Jahr 2015 waren die allgemeinen Krankenhäuser und die Spezialkliniken die grössten Arbeitgeber. Von den total geleisteten Arbeitsstunden im Gesundheitswesen leisteten die allgemeinen Krankenhäuser 45 Prozent und die Spezialkliniken 15 Prozent. Zwischen 2011 und 2015 stiegen die VZÄ im Gesundheitswesen um 18 Prozent an, die allgemeinen Krankenhäuser und die Spezialkliniken zusammen waren für über die Hälfte dieses Anstiegs verantwortlich.

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Wirtschaftsarten im Bereich Heime von 2011 bis 2015. Im Jahr 2015 waren die Alters- und Pflegeheime und die Institutionen für Behinderte die grössten Arbeitgeber innerhalb des Bereichs Heime im Kanton Aargau. Von den total geleisteten Arbeitsstunden in Heimen wurden gut 68 Prozent in Alters- und Pflegeheimen und rund 25 Prozent in Institutionen für Behinderte geleistet. In der Abbildung 5 wird zudem wieder verdeutlicht, dass die Alters- und Pflegeheime den grössten Wachstumsbeitrag zum Bereich Heime leisten.

Abbildung 4 Entwicklung VZÄ Gesundheitswesen nach Wirtschaftsart von 2011 bis 2015

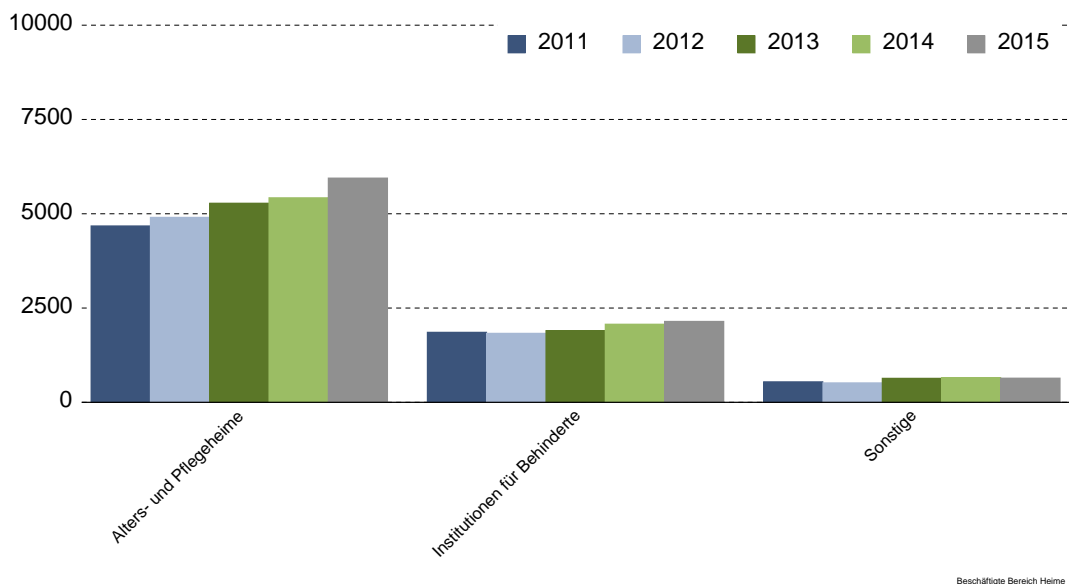


Die Kategorie Sonstige beinhaltet Psychotherapie und Psychologie, Aktivitäten der Hebammen, Sonstige Aktivitäten der nicht-ärztlichen Medizinalberufe, Medizinische Labors, Sonstiges Gesundheitswesen

Die allgemeinen Krankenhäuser und Spezialkliniken bieten zusammen über die Hälfte der VZÄ im Gesundheitswesen an. Der Anstieg an VZÄ wurde vor allem durch die allgemeinen Krankenhäuser bewirkt.

Quelle: BFS.

Abbildung 5 Entwicklung VZÄ Heime nach Wirtschaftsart von 2011 bis 2015



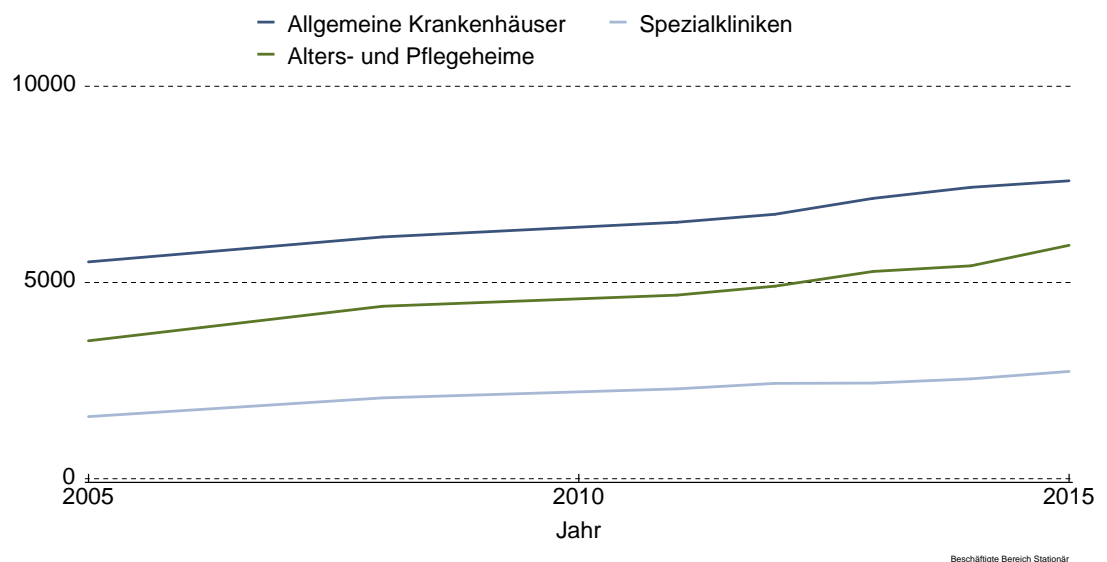
Die Kategorie Sonstige beinhaltet Institutionen für Suchtkranke, Institutionen für psychosoziale Fälle, Wohnheime für Behinderte, Wohnheime für Kinder und Jugendliche, Erziehungsheime, sonstige Wohnheime.

Die Pflegeheime sind der grösste Arbeitgeber im Bereich Heime, gefolgt von den Institutionen für Behinderte. Der Anstieg an VZÄ im Bereich Heime wurde vor allem durch die Pflegeheime bewirkt.

Quelle: BFS.

Abbildung 6 zeigt die längerfristige Entwicklung der vollzeitäquivalenten Arbeitsstellen in Institutionen mit stationären Leistungen in den letzten 10 Jahren. Gut 25 Prozent der Arbeitsstunden im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2015 wurden in allgemeinen Krankenhäusern geleistet, während rund 10 Prozent in Spezialkliniken und gut 20 Prozent in Alters- und Pflegeheimen geleistet wurden. In den 10 Jahren von 2005 bis 2015 schufen die allgemeinen Krankenhäuser rund 2'100 (+37%) neue vollzeitäquivalente Arbeitsstellen, die Spezialkliniken rund 1'200 (+73%) und die Alters- und Pflegeheime gut 2'400 (+69%), was einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund 3.2, 5.6 bzw. 5.4 Prozent entspricht.

Abbildung 6 Entwicklung VZÄ Institutionen mit stationären Leistungen von 2005 bis 2015



Die vollzeitäquivalenten Arbeitsstellen haben zwischen 2005 und 2015 in allen stationären Einrichtungen im Kanton Aargau stark zugenommen. Während die allgemeinen Krankenhäuser absolut am meisten VZÄ ausweisen wuchsen diese in den Pflegeheimen über die letzten zehn Jahre prozentual am stärksten.

Quelle: BFS.

Exkurs: Medizin-technologischer Fortschritt als Komponente der volkswirtschaftlichen Bedeutung

Das Gesundheitswesen und die stationären Spitäler im Besonderen stellen Leistungen zur Verfügung, welche ebenfalls eine wichtige volkswirtschaftliche Bedeutung aufweisen, die aber in den üblichen direkten, indirekten und induzierten Effekten nicht aufgefangen werden. Durch eine Heilung von kranken Personen können diese wieder ihrer Arbeit nachgehen, was sich auf die Wirtschaftsleistung der gesamten Volkswirtschaft auswirkt. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei dem medizin-technologischen Fortschritt zu, der dazu geführt hat, dass viele Operationen heute deutlich patientenschonender durchgeführt werden können als früher. Dies zeigt sich etwa am Beispiel der Laparoskopie als Teil der minimalinvasiven Chirurgie. Bei diesem Verfahren braucht wird ein chirurgischer Eingriff mit speziell dafür entwickelten Kameras und Instrumenten vorgenommen. Es werden nur kleinste Hautschnitte durchgeführt.

Damit ist die Operation schonend und belastet den Körper nur minimal, da auf eine breite Eröffnung von Körperhöhlen und Gelenken verzichtet werden kann. Laparoskopische Chirurgie ermöglicht eine raschere Genesung mit geringeren Beschwerden nach der Operation. Verschiedene wissenschaftliche Studien haben dies bestätigt. So konnten beispielsweise laparoskopisch operierte Leistenbruchpatienten doppelt so schnell wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren als konventionell operierte (Stoker et al., 1994).

Ähnliches gilt für andere medizin-technologische Entwicklungen. So lassen sich heute aufgrund der modernen Nierensteinertrümmerer Nierensteinentfernungen häufig ambulant durchführen, für welche früher noch ein stationärer Aufenthalt nötig war. Den häufig höheren Kosten von moderneren Geräten und Verfahren stehen damit (neben der besseren Lebensqualität für die Patienten) Kosteneinsparungen in der Wirtschaft vor allem für die Arbeitgeber gegenüber, indem die Patienten früher wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren oder schneller wieder produktiv arbeiten können.

2.4 Bruttowertschöpfung

Neben der Beschäftigung stellt die Bruttowertschöpfung als Beitrag zum Bruttoinlandprodukt das zweite wichtige Mass für die Einordnung der Bedeutung einer Branche dar. Die Wertschöpfung misst die Leistung der Branche und stellt den volkswirtschaftlichen Mehrwert dar, den ein eine Branche bei der Erstellung eines Produkts oder Erbringung einer Dienstleistung schafft. Rechnerisch ergibt sich die Bruttowertschöpfung als Differenz zwischen der Gesamtproduktion einer Wirtschaftseinheit und der zur Leistungserstellung notwendigen Vorleistungen. Die Vorleistungen umfassen sämtliche externen Produktionsfaktoren, welche von dritten Unternehmen bezogen werden und als Inputfaktoren in die Produktion einfließen (z. B.: Material, Energie, Mieten, ICT-Leistungen etc.).

Da die Bruttowertschöpfungsdaten auf kantonaler Ebene nur sehr aggregiert verfügbar sind, mussten die Werte für die folgenden Detailauswertungen, wie bereits erwähnt, approximiert werden. Das Gesundheitswesen befindet sich in der Kategorie DEPQ, welche zusätzlich die Energieversorgung, Wasserversorgung, Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Erziehung und Unterricht beinhaltet. Der Anteil des Gesundheits- und Sozialwesens an DEPQ auf nationaler Ebene wurde mit der kantonalen Bruttowertschöpfung multipliziert, um die Bruttowertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen des Kantons Aargau anzunähern. Tabelle 3 zeigt die resultierende Bruttowertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen, welche im Jahr 2015 gut 3.8 Mrd. CHF betrug. Um die Bruttowertschöpfung der Institutionen mit stationären Leistungen zu approximieren, wird eine konstante Produktivität innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens angenommen, damit die Bruttowertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Anteil der VZÄ in Institutionen mit stationären Leistungen multipliziert werden kann. Im Jahr 2015 erwirtschafteten die Institutionen mit stationären Leistungen eine Bruttowertschöpfung von 2.1 Mrd. CHF.

Tabelle 3 Bruttowertschöpfung im Kanton Aargau

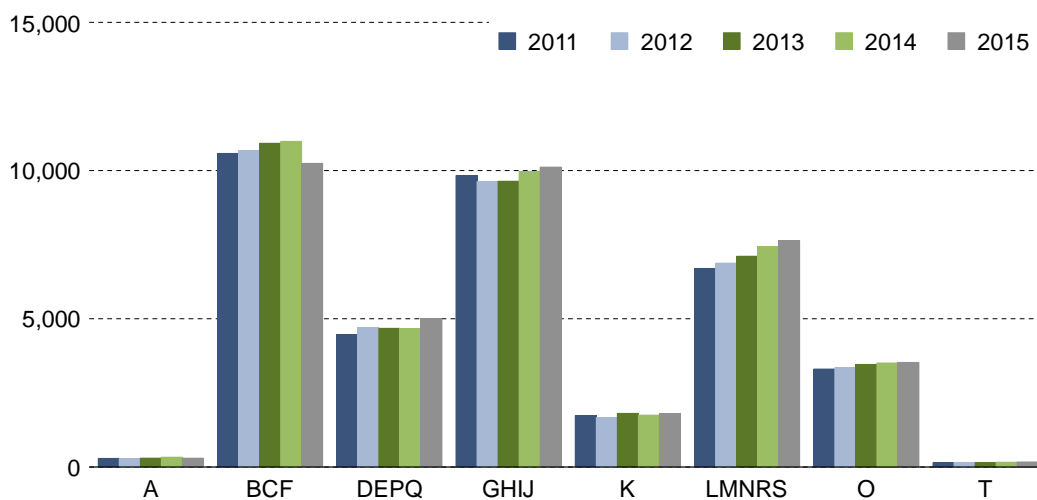
2015	BWS in Mio. CHF	BWS in Prozent	Veränderung seit 2011 (in Mio. CHF)	Wachstumsbeitrag
Kanton AG	38'768	100%	+1'731	100%
DEPQ	4'995	12.9%	+536	31.0%
Q Gesundheits- und Sozialwesen	3'826	9.9%	+487	28.1%
Institutionen mit stationären Leistungen	2'102	5.4%	+286	16.5%

Im Kanton Aargau wurden im Jahr 2015 rund 40 Mrd. CHF Bruttowertschöpfung erwirtschaftet, rund 10% davon im Gesundheits- und Sozialwesen. Institutionen mit stationären Leistungen erwirtschafteten 2.1 Mrd. CHF, was über die Hälfte der Wertschöpfung im Gesundheits- und Sozialwesen ausmacht. Wiederum trugen die stationären Institutionen überproportional zum Wachstum bei. So sind rund 16.5% der zusätzlichen Bruttowertschöpfung seit 2011 im Kanton Aargau in diesen Institutionen erwirtschaftet worden.

Quelle: BFS.

Die Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der Bruttowertschöpfung in den verschiedenen Sektionengruppen im Kanton Aargau von 2011 bis 2015. Im Jahr 2015 wurde im Kanton Aargau in der Kategorie DEPQ rund 5 Mrd. CHF Bruttowertschöpfung erwirtschaftet. Über die Jahre hinweg zeigt sich nur ein leichtes Wachstum.

Abbildung 7 Entwicklung BWS nach Sektionengruppen in Mio. CHF von 2011-2015



Quelle: BFS

Bruttowertschöpfung nach Sektionengruppen

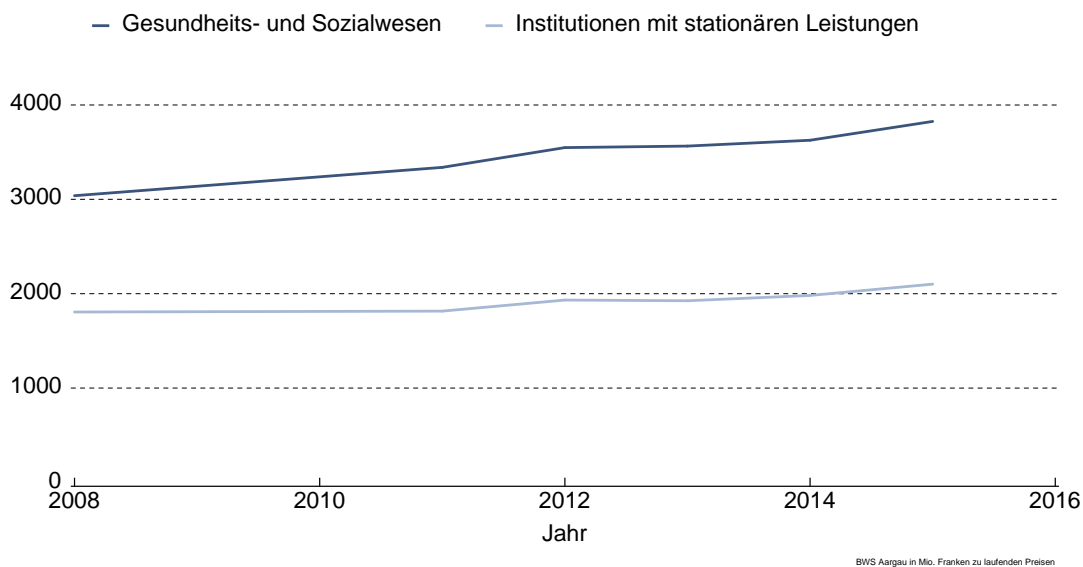
Erklärung zu den Sektionengruppen: A: Landwirtschaft, Forstwirtschaft und Fischerei; BCF: Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, Herstellung von Waren, Bau; DEPQ: Energieversorgung, Wasserversorgung, Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Erziehung und Unterricht, Gesundheitswesen; GHIJ: Handel und Reparatur von Fahrzeugen, Transport, Informationsdienstleistungen und Telekommunikation, Beherbergung und Gastronomie; K: Erbringung von Finanzdienstleistungen und Versicherungen; LMNRS: Grundstücks- und Wohnungswesen, sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten, wirtschaftlichen Dienstleistungen, Kunst, Unterhaltung und Erholung, sonstige Dienstleistungen; O: Öffentliche Verwaltung; T: Private Haushalte als Hersteller

Die kantonale Wertschöpfung in der Sektionengruppe DEPQ, die auch das Gesundheits- und Sozialwesen enthält, liegt zwischen 2011 und 2015 relativ konstant bei rund 5 Mrd. CHF.

Quelle: BFS.

Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der Bruttowertschöpfung, die im Gesundheits- und Sozialwesen bzw. von Institutionen mit stationären Leistungen von 2008 bis 2015 erwirtschaftet wurde. Im Gesundheits- und Sozialwesen stieg die Bruttowertschöpfung um 19 Prozent, während die Institutionen mit stationären Leistungen einen Anstieg von rund 16 Prozent verzeichneten.

Abbildung 8 Entwicklung BWS Gesundheitssektor in Mio. CHF von 2008 bis 2015



Teilt man die Wertschöpfung der Sektionengruppe DEPQ mit nationalen Anteilen und Produktivitätszahlen weiter auf, zeigt sich, dass das Gesundheits- und Sozialwesen mit 4 Mrd. CHF rund 80% bzw. die stationären Institutionen mit 2 Mrd. CHF rund 40% der Wertschöpfung in dieser Gruppe ausmachen.

Quelle: BFS.

2.5 Steuerzahlungen

Im Allgemeinen generiert eine Branche Steuererträge für den Kanton über zwei verschiedene Kanäle: zum einen über die Gewinn- und Kapitalsteuern der Unternehmen und Institutionen im Kanton und zum anderen über die Einkommenssteuern der im Kanton wohnhaften Angestellten in dieser Branche. Da viele Spitäler und Alters- und Pflegeheime von der Kapital- und Gewinnsteuer befreit sind, wurde der Gewinn- und Kapitalsteuerertrag der Institutionen mit stationären Leistungen für den Kanton Aargau nicht abgeschätzt. Den Steuerbetrag, welchen die Angestellten der Institutionen mit stationären Leistungen auf ihr Einkommen bezahlen, haben wir mit Hilfe einer Umfrage berechnet. Die Institutionen mit stationären Leistungen übermittelten uns die Anzahl Mitarbeiter mit Wohnsitz im Kanton Aargau pro Lohnkategorie, womit ein Steuerbetrag berechnet und anschliessend über alle Institutionen aufsummiert werden konnte. Da nicht alle Institutionen mit stationären Leistungen an der Umfrage teilgenommen haben, wurde die Anzahl der Angestellten hochgerechnet, damit die Summe der Beschäftigten mit den vom BFS ausgewiesenen Daten übereinstimmt.

Tabelle 4 zeigt die Resultate dieser Berechnungen: Im Jahr 2015 nahm der Kanton Aargau etwa 46.9 Mio. CHF aus der Einkommensteuer der Mitarbeiter von Institutionen mit stationären Leistungen ein. Dies stellt fast 3 Prozent der gesamten Steuereinnahmen des Kantons Aargau von

natürlichen Personen dar. Der Einkommenssteueranteil von fast 3 Prozent ist kleiner als der Beschäftigungsanteil dieser Institutionen, welcher bei 6.5 Prozent liegt, was darauf hinweist, dass diese Branche im Durchschnitt niedrigere Löhne auszahlt. Von den 46.9 Mio. CHF wird über die Hälfte von Mitarbeitern in allgemeinen Krankenhäusern generiert und etwa ein Viertel von Angestellten in Alters- und Pflegeheimen.

Tabelle 4 Steuereinnahmen des Kantons im Jahr 2015

Institution	Steuerertrag 2015 (in Mio. CHF)
Total Institutionen mit stationären Leistungen	46.9
Allgemeine Spitäler	27.8
Spezialkliniken	8.2
Alters- und Pflegeheime	10.9
Total Steuereinnahmen von natürlichen Personen	1'641.7

Im Jahr 2015 hat der Kanton Aargau gesamthaft 1.6 Mrd. CHF Steuern von natürlichen Personen eingenommen. Davon wurden 46.9 Mio. CHF von Mitarbeitern in Institutionen mit stationären Leistungen bezahlt.

Quelle: Eigene Berechnungen, Umfrage, Departement Finanzen und Ressourcen Kanton Aargau (2018).

2.6 Fazit

Im Kanton Aargau arbeiteten im Jahr 2015 rund 250'000 Vollzeitäquivalente (vgl. Tabelle 2). Das Gesundheits- und Sozialwesen ist als Branche der viertgrösste Arbeitgeber im Kanton und hat signifikant zum Arbeitsplatzwachstum seit 2011 beigetragen. Gesamthaft wurden im Kanton Aargau zwischen 2011 und 2015 gut 7'500 neue vollzeitäquivalente Arbeitsstellen geschaffen. Das Gesundheits- und Sozialwesen trug knapp zwei Drittel zu diesem Arbeitsplatzwachstum bei und verzeichnete rund 4'800 neue vollzeitäquivalente Arbeitsstellen zwischen 2011 und 2015. Von diesen rund 4'800 neuen Arbeitsstellen wurden rund 2'800 in Institutionen mit stationären Leistungen geschaffen was ein Wachstumsbeitrag von 37 Prozent zum gesamten Arbeitsplatzwachstum im Kanton Aargau darstellt.

Im Kanton Aargau wurde im Jahr 2015 rund 40 Mia. CHF Bruttowertschöpfung generiert, wovon rund 10 Prozent im Gesundheits- und Sozialwesen erwirtschaftet wurden (vgl. Tabelle 3). Mehr als die Hälfte der Bruttowertschöpfung des Gesundheits- und Sozialwesens wurde von Institutionen mit stationären Leistungen generiert. Gesamthaft stieg die Bruttowertschöpfung im Kanton Aargau zwischen 2011 und 2015 um 1.7 Mia. CHF. Das Gesundheits- und Sozialwesen trug gut 28 Prozent zu diesem Bruttowertschöpfungswachstum bei und konnte die Wertschöpfung zwischen 2011 und 2015 um 487 Mio. CHF erhöhen. Von diesen 487 Mio. CHF Bruttowertschöpfung wurden 286 Mio. CHF in Institutionen mit stationären Leistungen generiert, was ein Wachstumsbeitrag von 16.5 Prozent am gesamten Wertschöpfungswachstum im Kanton Aargau darstellt.

3 Die Rolle des Kantons Aargau als Mitfinanzierer

In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, ob der Kanton Aargau im Schweizer Vergleich über- oder unterdurchschnittliche Gesundheitsleistungen aufweist. Anschliessend werden die nachgefragten Gesundheitsleistungen dem Ausmass der kantonalen Mitfinanzierung von Gesundheitsleistungen aus Steuermitteln gegenübergestellt. Dies geschieht wiederum anhand eines interkantonalen Vergleichs.

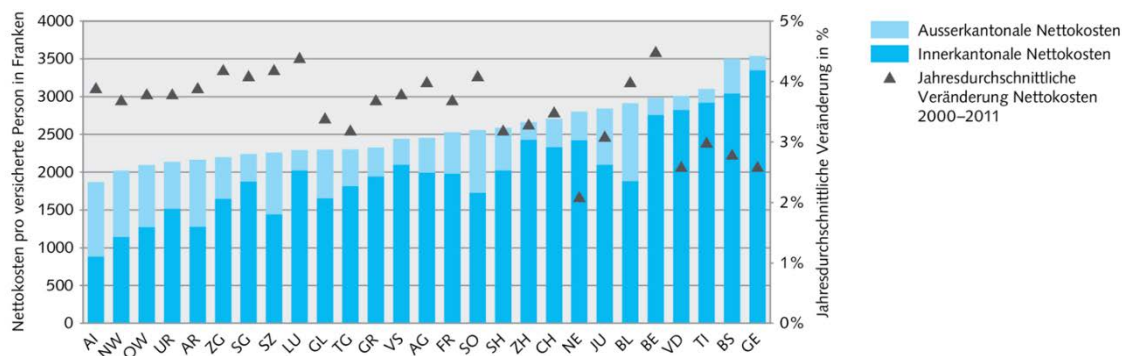
3.1 Kantonale Gesundheitsleistungen

3.1.1 Situation im Jahr 2011

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan hat im Jahr 2013 eine Übersicht über die kantonalen Unterschiede bei den verschiedenen Gesundheitsleistungen erstellt (Camenzind & Sturny, 2013). Es hat sich dabei auf Krankenversichererdaten der Sasis gestützt. Es werden damit lediglich die Kosten verglichen, welche über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) abgerechnet werden. Zusätzlich zu den Kosten hat das Obsan absolute Leistungsindikatoren wie Spital- oder Pflorgetage verglichen.

Insgesamt zeigt die Obsan-Studie, dass die Nettokosten der OKP pro versicherte Person für den Kanton Aargau ziemlich genau im Schweizer Durchschnitt liegen (vgl. Abbildung 9). Die Summe der ausser- und innerkantonalen Nettokosten liegen in der Mitte der kantonalen Verteilung.

Abbildung 9 Nettokosten OKP pro versicherte Person 2011 und jahresdurchschnittliche Veränderung 2000–2011, nach Wohnkanton der Versicherten



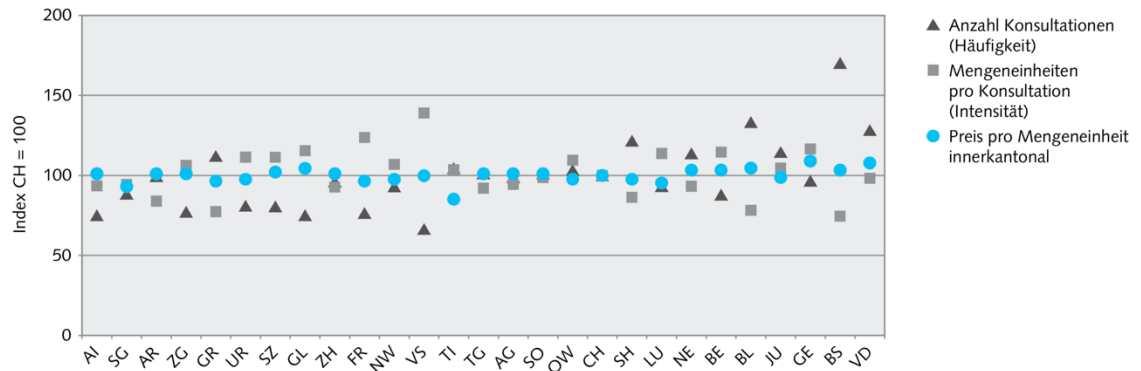
Die Nettokosten der obligatorischen Grundversicherung (OKP) unterscheiden sich stark zwischen den Kantonen. Der Kanton Aargau liegt ziemlich genau in der Mitte der kantonalen Verteilung.

Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 6.

Werden die verschiedenen Gebiete der Leistungserbringung separat betrachtet, zeigt sich für den Kanton Aargau mehr oder weniger dasselbe Bild wie bei den gesamten OKP-Kosten. Dies gilt insbesondere für Leistungen, welche in den stationären Einrichtungen des Kantons erbracht werden. Im Folgenden vergleichen wir die in den Kantonen erbrachten Leistungen und ihre Preise. Die tatsächlich resultierenden Kosten für die Bereiche sind im Anhang (vgl. Abschnitt 6.1) dargestellt.

Im Bereich der ambulanten Spitalleistungen liegt der Kanton Aargau sowohl bei der Anzahl Konsultationen, der Mengeneinheiten pro Konsultation als auch dem Preis pro Mengeneinheit genau im Schweizer-Durchschnitt (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10 Indizes der ambulanten Spitalleistungen, nach Kantonen, 2011

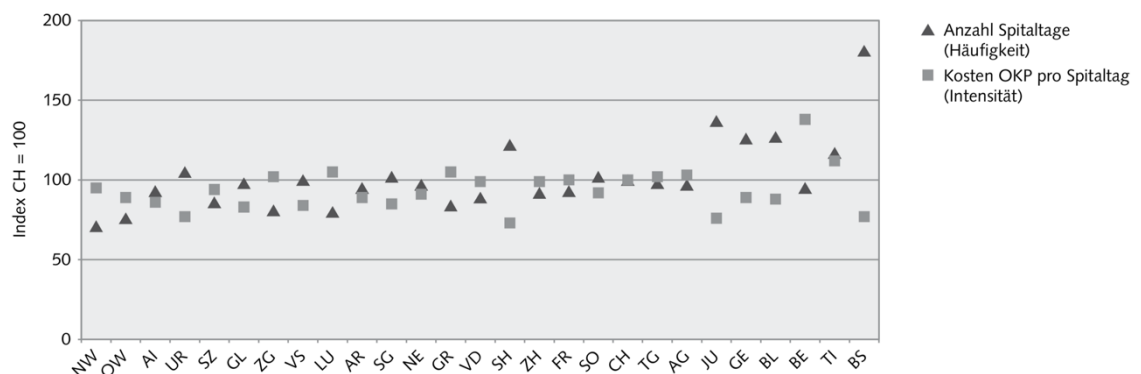


Die erbrachten Leistungen im ambulanten Spitalbereich liegen für den Kanton Aargau exakt im schweizerischen Durchschnitt.

Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 17

Auch bei den stationären Spitalleistungen zeigt sich dasselbe Bild. Die Anzahl Spitaltage und OKP-Kosten pro Spitaltag liegen fast zielgenau im schweizerischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 11). Das Jahr 2011 war das letzte Jahr vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung SwissDRG, deshalb sind als Preise der stationären Leistungen die Kosten pro Spitaltag und nicht die Basispreise (Baserates) pro Fall ausgewiesen. Nach 2011 gelten die Tagespreise weiterhin für die Psychiatrie (bis 2017) und die Rehabilitation (immer noch).

Abbildung 11 Indizes der Spitaltage und der OKP-Kosten pro Spitaltag, nach Kantonen, 2011

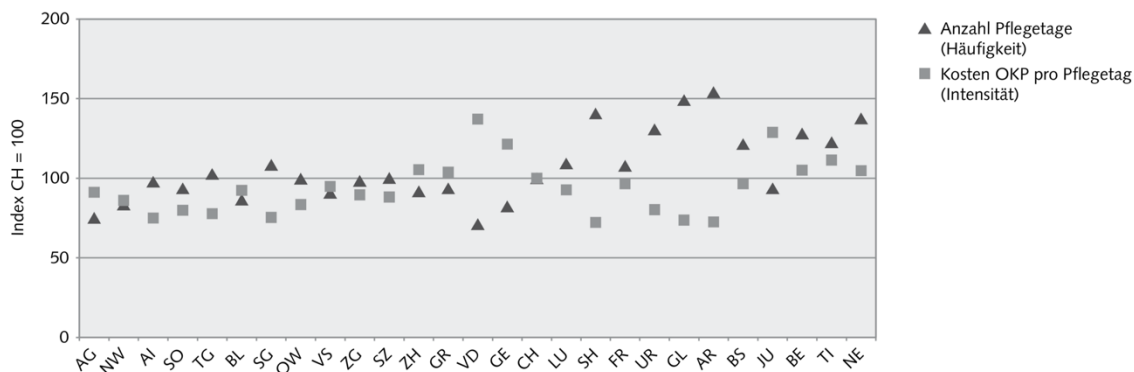


Die erbrachten Leistungen im stationären Spitalbereich liegen für den Kanton Aargau exakt im schweizerischen Durchschnitt.

Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 19.

Im Pflegeheimbereich liegt der Kanton Aargau bei der Anzahl Pflageetage pro Versicherten deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt, während die Kosten pro Pflageetage nur leicht unterdurchschnittlich sind.

Abbildung 12 Indizes der Anzahl Pflagetage und der OKP-Kosten pro Pflage-tag, nach Kantonen, 2011



Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 21.

Leider liegen keine neueren Vergleichszahlen zu den kantonalen Gesundheitsleistungen vor. Die Entwicklungen seit 2011 können aber zumindest ansatzweise mit einem Vergleich der Preisentwicklung in den Kantonen aufgezeigt werden. In den relativen Preisentwicklungen sollte sich ablesen lassen, ob sich bei der Nachfrage und Bereitstellung der Gesundheitsleistungen fundamentale Änderungen zwischen den Kantonen ergeben haben.

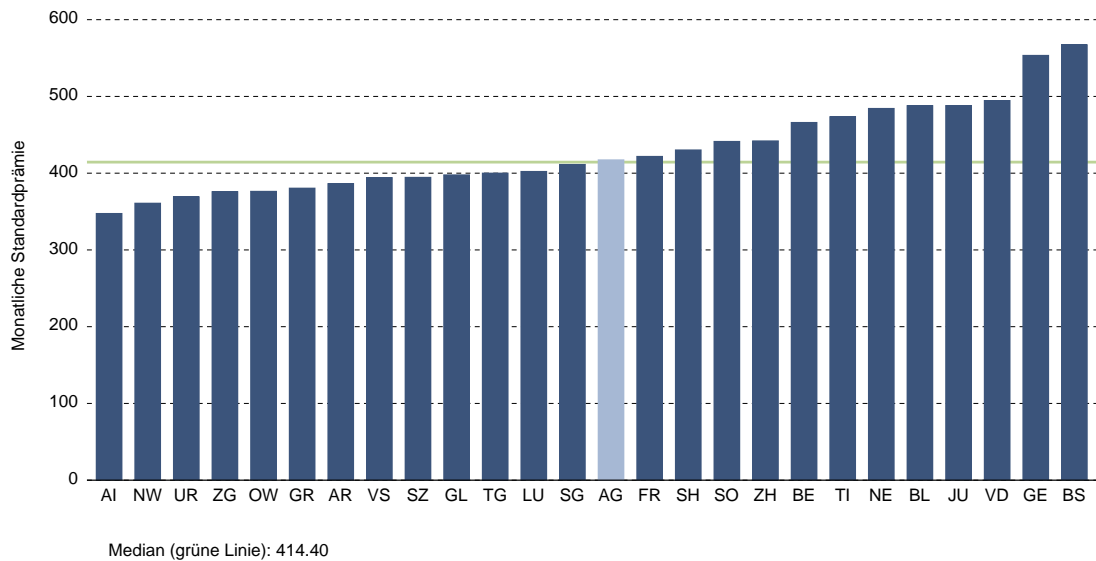
Dies ist möglich, weil die Preise im Gesundheitswesen grundsätzlich so reguliert sind, dass sie zumindest in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gerade die Kosten von effizient erbrachten Leistungen decken sollen. Höhere Preise (z. B. Krankenkassenprämien oder stationäre Basispreise) sollte es dementsprechend nur dort geben, wo auch tatsächlich mehr Leistungen nachgefragt und bereitgestellt werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierer im stationären Bereich müssen mehrere Preise verglichen werden. Die Krankenkassenprämien zeigen die Entwicklung der gesamten OKP-Kosten ohne den kantonalen Finanzierungsanteil (inklusive ambulante Spitalleistungen). Die Basispreise für die Vergütung der stationären Leistungen unter Swiss DRG zeigen die Kosten der akutstationären Leistungen, während sich die Rehabilitations- und Psychiatrieleistungen in den dort eingesetzten Tagespauschalen widerspiegeln.

3.1.2 Entwicklung seit 2011: Krankenkassenprämien

Ein Vergleich der Krankenkassen-Standardprämien des Jahres 2017 zeigt den Kanton Aargau im Mittelfeld (vgl. Abbildung 13). Er bildet hier sogar den Medianwert aller Kantone. Dies deutet daraufhin, dass die über Krankenkassenprämien finanzierten Leistungen (OKP-Leistungen) pro Versicherten auch weiterhin im Schweizer Durchschnitt liegen, vor allem auch weil die Verteilung der Wahlfranchisen (Franchisen grösser als 300 CHF) oder die Anteile an Managed-Care-Modellen (Hausarzt- und HMO-Modelle) nicht stark vom Schweizer Durchschnitt abweichen. Im Jahr 2016 haben im Kanton Aargau 20 Prozent der Versicherten eine ordentliche Franchise gewählt, schweizweit sind es 18.3 Prozent; 8.4 Prozent der Aargauer Versicherten haben ein HMO- und 39 Prozent ein Hausarztmodell, schweizweit sind es 8.6 respektive 36.9 Prozent (vgl. dazu die Abbildungen im Anhang unter Abschnitt 6.2).

Abbildung 13 OKP-Standardprämie, nach Kantonen, 2017

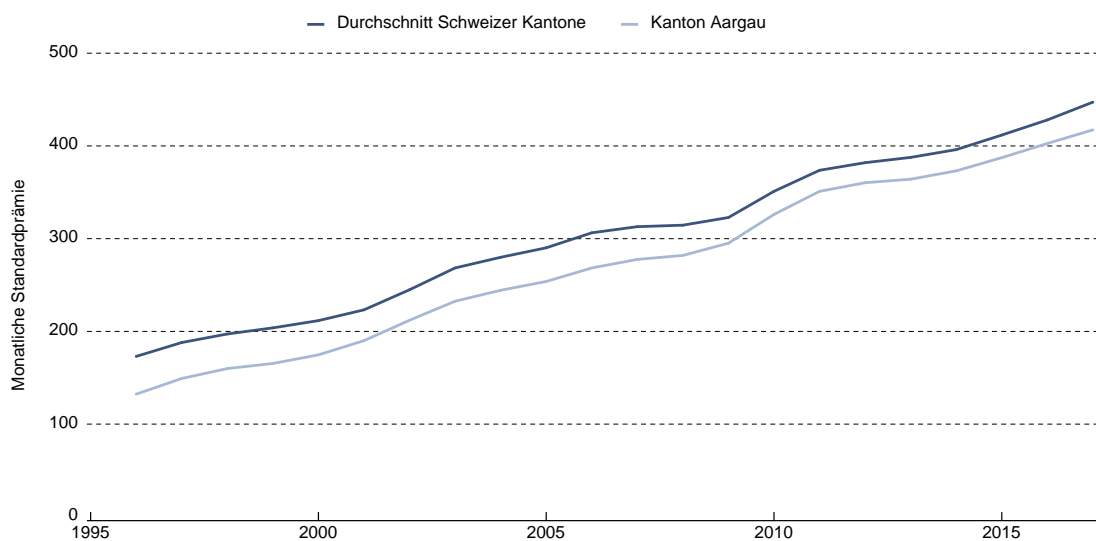


Die Standardprämie für die obligatorische Grundversicherung (OKP) liegt im Kanton Aargau nahe beim Schweizer Durchschnitt. Sie bildet sogar den Medianwert aller Kantone. Dies deutet daraufhin, dass die OKP-Leistungen pro Versicherten weiterhin dem Schweizer Durchschnitt entsprechen.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Der Vergleich über die Zeit zeigt, dass die Standardprämie im Kanton Aargau leicht unterdurchschnittlich ist. Seit ca. 2010 liegt sie sehr nahe am Schweizer Durchschnitt und entwickelt sich auch parallel zu diesem.

Abbildung 14 OKP-Standardprämie 1996 bis 2017



Die OKP-Standardprämie des Kantons Aargau liegt seit 2010 sehr nahe beim Schweizer Durchschnitt und entwickelt sich parallel dazu.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Die Resultate zur Entwicklung der Krankenkassenprämien bestätigen damit die Aussage der Obsan-Studie aus dem Jahr 2011, dass die gesamten OKP-Leistungen pro versicherte Person des Kantons Aargau immer noch dem schweizerischen Durchschnitt entsprechen.

3.1.3 Entwicklung seit 2011: stationäre Tarife

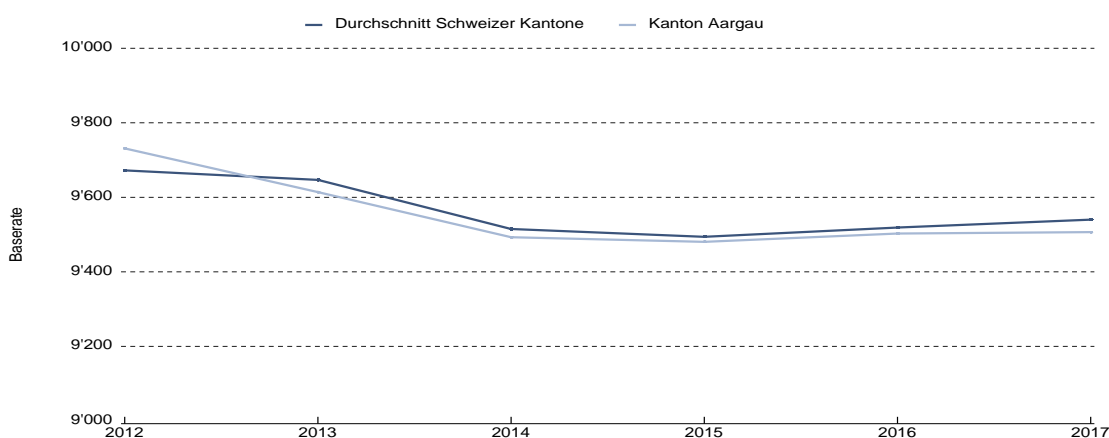
Seit 2012 werden die akutsomatischen Spitäler der Schweiz über Fallpauschalen im SwissDRG-System vergütet. Dabei wird jedem Fall durch das DRG-System ein Kostengewicht zugeordnet, welches anschliessend mit einem Basispreis multipliziert wird. Der resultierende Betrag stellt die Gesamtvergütung für den Fall dar, welche anteilmässig zu 45 Prozent von den Krankenkassen über Prämien und zu 55 Prozent von den Kantonen aus Steuermitteln bezahlt wird.

Die Basispreise orientieren sich prinzipiell an den durchschnittlichen Kosten der Leistungserbringung, wobei der Kanton als Genehmigungs- bzw. Festsetzungsinstanz einen Einfluss auf die Höhe der Basispreise nehmen kann. Verbreitet ist derzeit in der Schweiz, dass Spitäler mit einem aussergewöhnlichen Leistungsauftrag (z. B. gewisse Universitätsspitäler) aufgrund der komplexeren Patienten höhere Basispreise bekommen können.

Ein Vergleich über die kantonalen Basispreise zeigt, dass der Durchschnitt der Basispreise fast über alle Kantone identisch ist (vgl. dazu die Abbildungen in Abschnitt 6.3 im Anhang). Einzelne Spitäler können nach oben oder unten abweichen. Zudem nutzen einige Kantone ihren Spielraum für eine grössere oder kleinere Differenzierung der Basispreise aus.

Ein Rückschluss von der Höhe des Basispreises auf die erbrachten Leistungen ist jedoch nur unter der Annahme möglich, dass alle Spitäler gleich effizient arbeiten. Dies ist schon darum nicht gegeben, weil einige Kantone ihre Spitäler über gemeinwirtschaftliche Leistungen und Infrastrukturbeiträge stark subventionieren. Zielführender ist deswegen ein Vergleich über die Zeit. (vgl. Abbildung 15). Der durchschnittliche Basispreis im Kanton Aargau entwickelt sich seit 2013 nahezu identisch wie der Schweizer Durchschnitt. Die Schlussfolgerung für das Jahr 2011, dass die akutstationären Leistungsmengen im Kanton Aargau in etwa dem schweizerischen Durchschnitt entsprechen, dürfte deshalb auch nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung noch gelten.

Abbildung 15 Basispreise 2012 bis 2017, Durchschnitt aller Spitäler

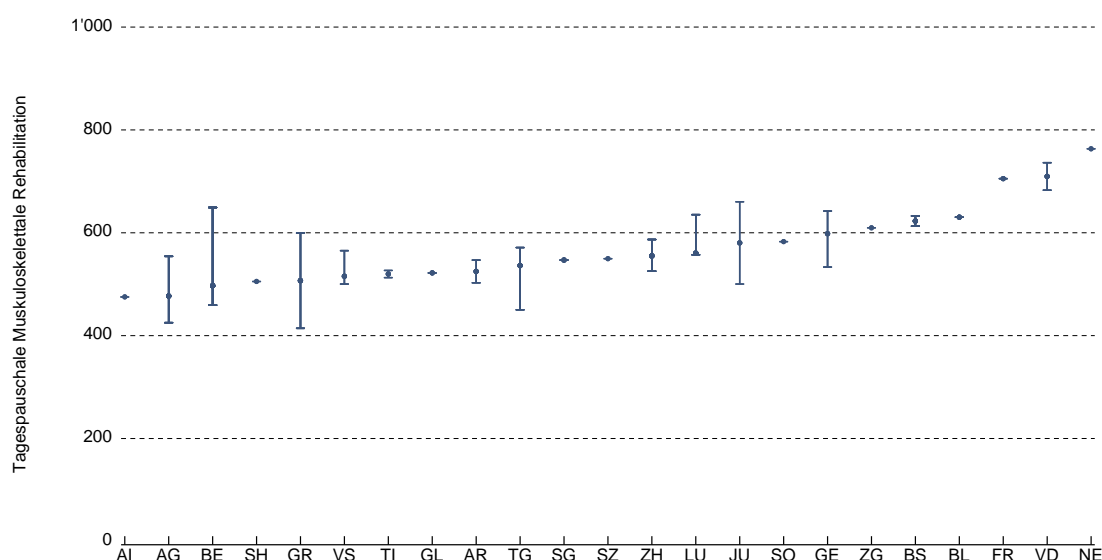


Die akutstationären Basispreise liegen sehr nahe beim Schweizer Durchschnitt und entwickeln sich identisch mit diesem.

Quelle: Daten: Cosandey et al., 2018. Darstellung Polynomics.

Aufenthalte in einer Rehabilitationsklinik sowie in der stationären Psychiatrie werden über Tagespauschalen abgegolten. In der Rehabilitation unterscheiden sich die Pauschalen dabei nach Art der Rehabilitation, so dass beispielsweise für die neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation andere Tarife gelten. In manchen Kantonen variieren die Tarife zudem auch innerhalb einer Rehabilitationsart nach der Schwere des Falles. Abbildung 16 vergleicht exemplarisch die Tagespauschalen in der muskuloskelettalen Rehabilitation in den Kantonen für das Jahr 2017. Es zeigt sich, dass der Kanton Aargau im schweizweiten Vergleich die zweitniedrigste Tagespauschale kennt. Die meisten Werte bewegen sich jedoch in einem relativ engen Band zwischen 500 und 600 CHF.

Abbildung 16 Tagespauschalen muskuloskelettale Rehabilitation 2017



Der Kanton Aargau weist in der muskuloskelettalen Rehabilitation die zweitniedrigsten Tagespauschalen aller Kantone auf.

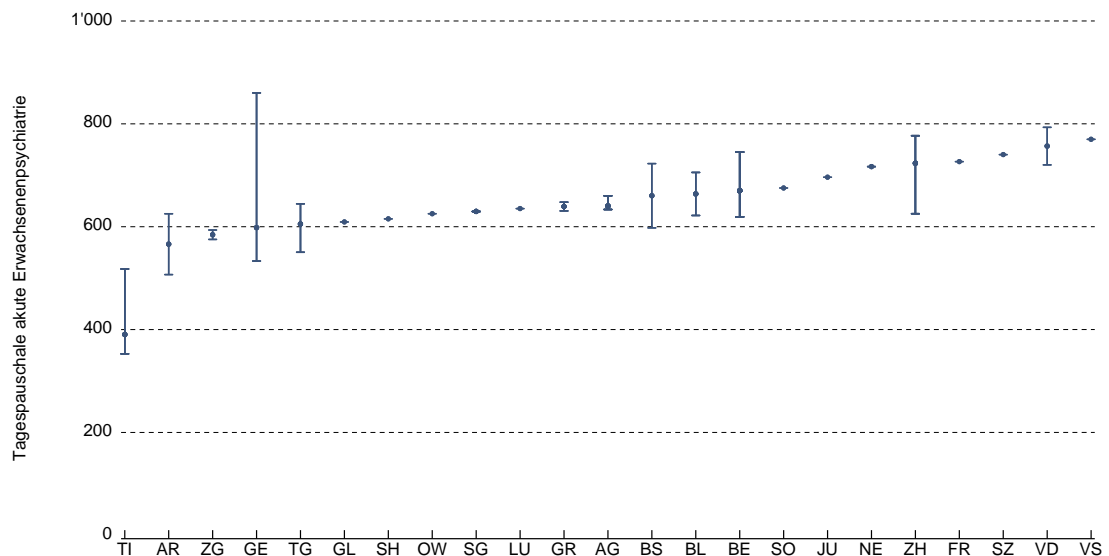
Quelle: Daten: Unterlagen der Kantone. Darstellung Polynomics.

In der Psychiatrie wird bei der Festlegung der Tagespauschalen zwischen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Suchttherapien unterschieden. Manche Kantone kennen zudem unterschiedliche Tarife für sogenannt Akut- und Langzeitfälle in der Erwachsenenpsychiatrie, wobei die Definition eines akuten Falles nicht einheitlich ausfällt. Ein Vergleich zwischen den Kantonen ist daher nur bedingt aussagekräftig. Abbildung 17 veranschaulicht die Tagespauschalen der Kantone in der akuten Erwachsenenpsychiatrie für das Jahr 2017.¹ Der Kanton Aargau befindet sich hier im Mittelfeld der Kantone.

Diese Resultate zur Entwicklung der verschiedenen Preiskomponenten bestätigen wiederum die Aussage der Obsan-Studie aus dem Jahr 2011, dass die verschiedenen nachgefragten Leistungen nahe beim Schweizer Durchschnitt liegen. Dasselbe Resultat zeigt sich auch, wenn man die OKP-Bruttoleistungen pro Kopf im interkantonalen Vergleich für das Jahr 2016 betrachtet (vgl. dazu Abbildung 31 bis Abbildung 33 im Anhang unter Abschnitt 6.1)

¹ In Kantonen, welche keine Unterscheidung zwischen Akut- und Langzeitfällen kennen, wird die allgemeine Tagespauschale der Erwachsenenpsychiatrie verwendet.

Abbildung 17 Tagespauschale akute Erwachsenenpsychiatrie 2017



Die Tagespauschale des Kantons Aargau in der akuten Erwachsenenpsychiatrie liegt im Mittel der Kantone.

Quelle: Daten: Unterlagen der Kantone. Darstellung Polynomics.

3.1.4 Fazit

Insgesamt zeigen die Resultate einer Obsan-Studie für das Jahr 2011 und ein aktueller interkantonaler Vergleich der Krankenkassenprämien und der Tarife in der stationären Versorgung, dass die im Kanton Aargau erbrachten Gesundheitsleistungen nahe am Schweizer Durchschnitt liegen.

3.2 Direkte Gesundheitsausgaben durch die Kantone

Nachdem aufgezeigt wurde, dass es sich beim Kanton Aargau in Bezug auf die nachgefragten und bereitgestellten Gesundheitsleistungen um einen durchschnittlichen Kanton handelt, lässt sich diesem Befund entgegenhalten, wie viel der Kanton von den resultierenden Gesundheitsausgaben durch Steuergelder selbst trägt. Diese Analyse führen wir wiederum im Vergleich mit den anderen Kantonen durch.

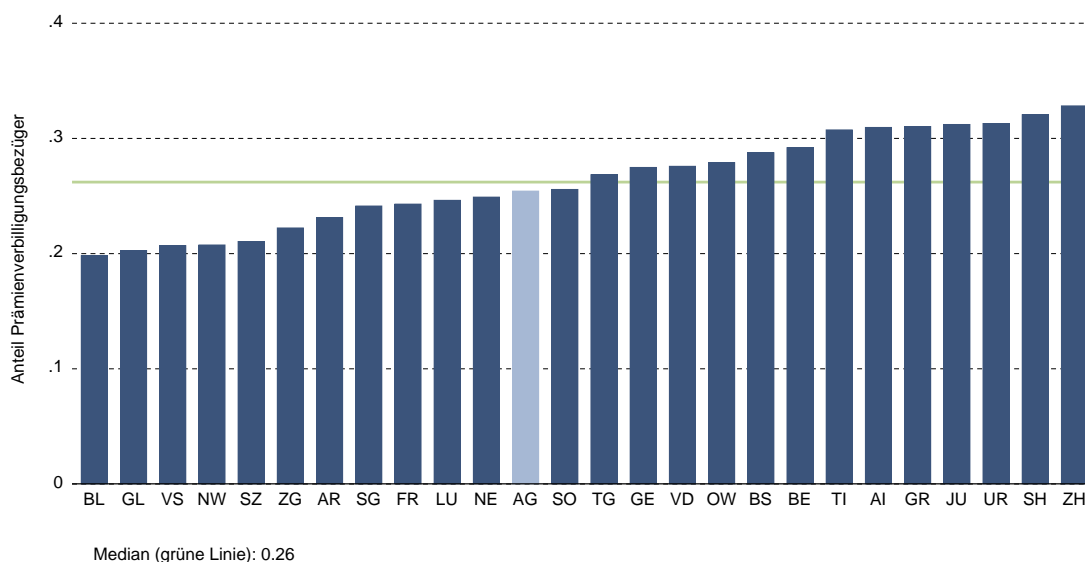
Den grössten Block der kantonalen Ausgaben im Gesundheitswesen macht die anteilmässige Finanzierung der stationären Leistungen aus. Hier ist der Kanton durch eine nationale Regulierung angewiesen 55 Prozent der Kosten zu übernehmen. Im stationären Gesundheitssektor beteiligt sich der Kanton zudem über die Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Letzteres kann zwischen den Kantonen direkt verglichen werden, während die anteilmässige Finanzierung der stationären Leistungen in den Daten nicht von den übrigen kantonalen Gesundheitsausgaben unterschieden werden kann. Ein zweiter wichtiger Ausgabenpunkt stellt für die Kantone die Auszahlung von individuellen Prämienverbilligungen dar, wobei es sich hier strenggenommen aller-

dings nicht um Gesundheits- sondern Sozialausgaben handelt. In der politischen Diskussion werden die Prämienverbilligungen allerdings jeweils dem Gesundheitswesen zugeordnet. Im Folgenden gehen wir daher auf alle drei Komponenten ein.²

3.2.1 Prämienverbilligungen

In Bezug auf die individuellen Prämienverbilligungen (IPV) zeigt sich, dass im Kanton Aargau etwas weniger Personen Prämienverbilligungen beziehen als in der Mehrheit der Kantone. Mit rund 25 Prozent aller Versicherten liegt der Anteil der Prämienverbilligungsbezüger an allen Versicherten leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Abbildung 18 Anzahl Prämienverbilligungsbezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestands 2016



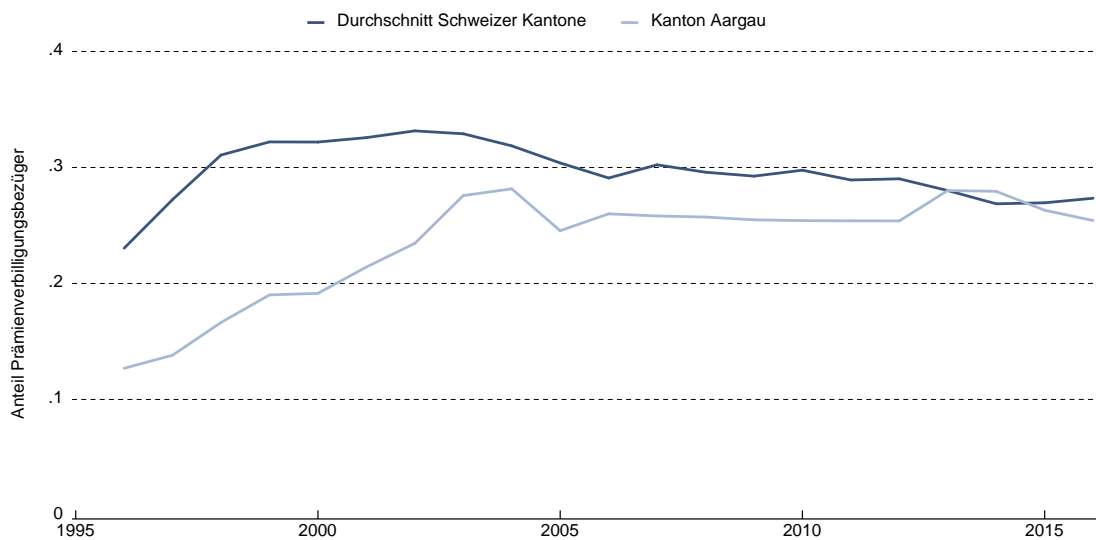
Der Anteil der Versicherten, die individuelle Prämienverbilligungen beziehen, liegt im Kanton Aargau leicht unter dem Mittelwert aller Kantone.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Seit 2003 ist der Anteil der IPV-Bezüger im Kanton Aargau relativ konstant geblieben (vgl. Abbildung 19). Der Durchschnitt der Schweizer Kantone hat sich jedoch in dieser Zeit fast kontinuierlich verringert, weshalb der heutige Anteil nur noch leicht unterdurchschnittlich ist. Lange Zeit war der Anteil im Kanton Aargau deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt.

² Zusätzlich finanziert der Kanton auch einen Teil der Ergänzungsleistungen der Patienten in den Pflegeheimen. Diese Ausgaben stellen jedoch streng genommen keine Gesundheitsausgaben dar und werden normalerweise auch nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet, weshalb wir hier nicht näher darauf eingehen. Im Anhang findet sich unter Abschnitt 6.4 eine Zusammenstellung interkantonaler Vergleiche zu den Ergänzungsleistungen.

Abbildung 19 Anteil Prämienverbilligungsbezüger in Prozent des durchschnittlichen Versichertenbestands 1996 bis 2016



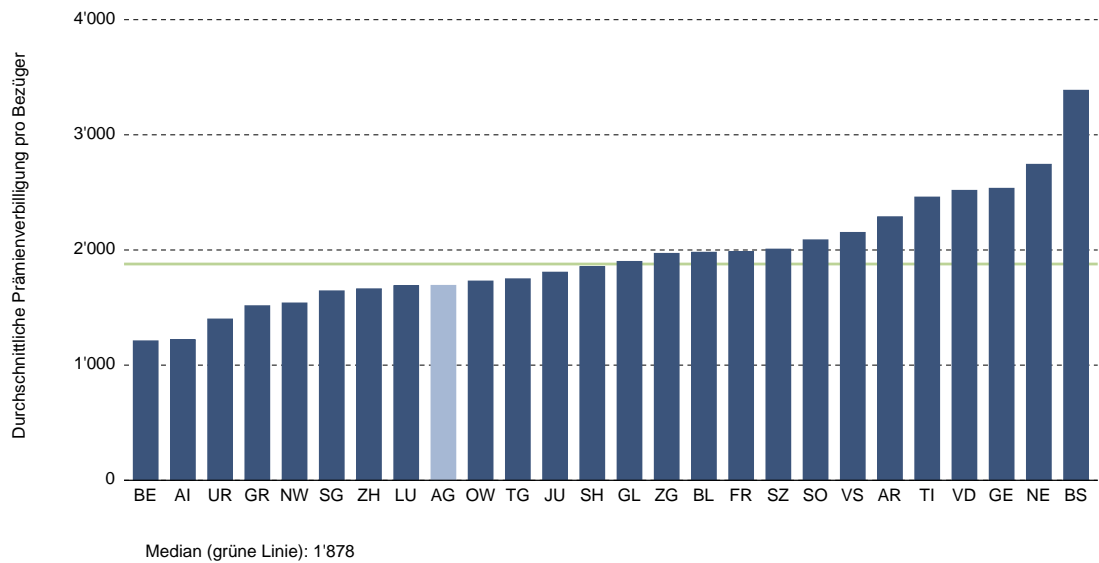
Der Anteil Prämienverbilligungsbezüger lag im Kanton Aargau lange Zeit deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt. Der schweizweite Rückgang des Anteils und der stabile Verlauf im Kanton Aargau führt zu einem nur noch leicht unterdurchschnittlichen Anteil.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Betrachtet man den durchschnittlichen Prämienverbilligungsbeitrag pro Bezüger zeigt sich ein ähnliches Bild. Die im Kanton Aargau ausgerichteten Beiträge pro IPV-Bezüger liegen unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Der durchschnittlich ausbezahlte Prämienverbilligungsbeitrag als Summe der kantonalen und Bundesbeiträge liegt mit rund 1'700 CHF im unteren Drittel aller Kantone (vgl. Abbildung 20).

Über die Zeit hinweg hat der durchschnittliche Prämienverbilligungsbeitrag pro Bezüger zwar stetig zugenommen, er lag im Kanton Aargau jedoch seit Einführung des neuen KVG im Jahr 1996 immer deutlich unter dem kantonalen Durchschnitt (vgl. Abbildung 21).

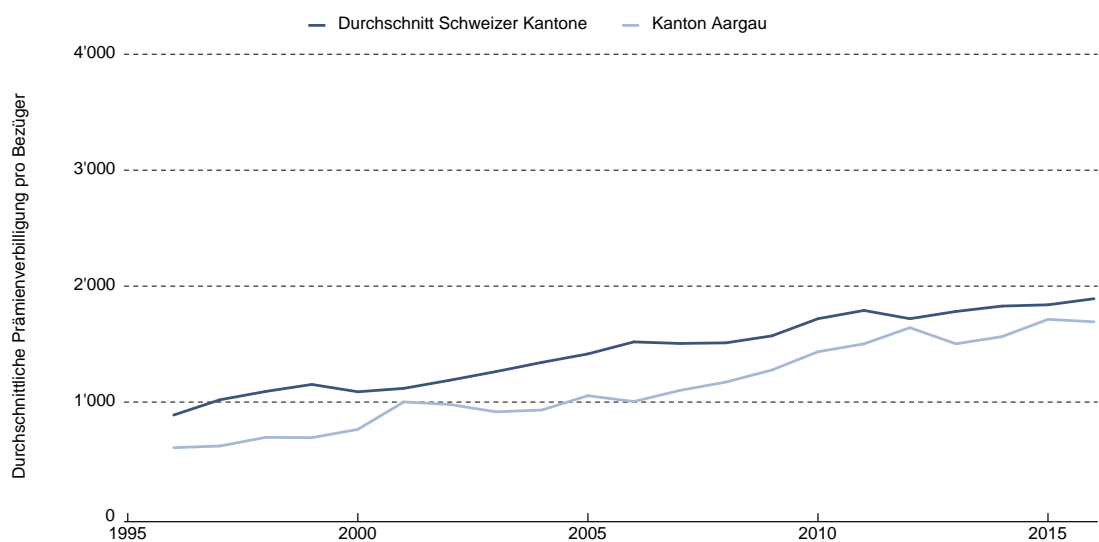
Abbildung 20 Durchschnittlicher Prämienverbilligungsbeitrag pro Bezüger 2016



Der durchschnittliche Prämienverbilligungsbeitrag pro IPV-Bezüger liegt deutlich unter dem Durchschnitt der Kantone.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Abbildung 21 Durchschnittlicher Prämienverbilligungsbeitrag pro Bezüger 1996 bis 2016



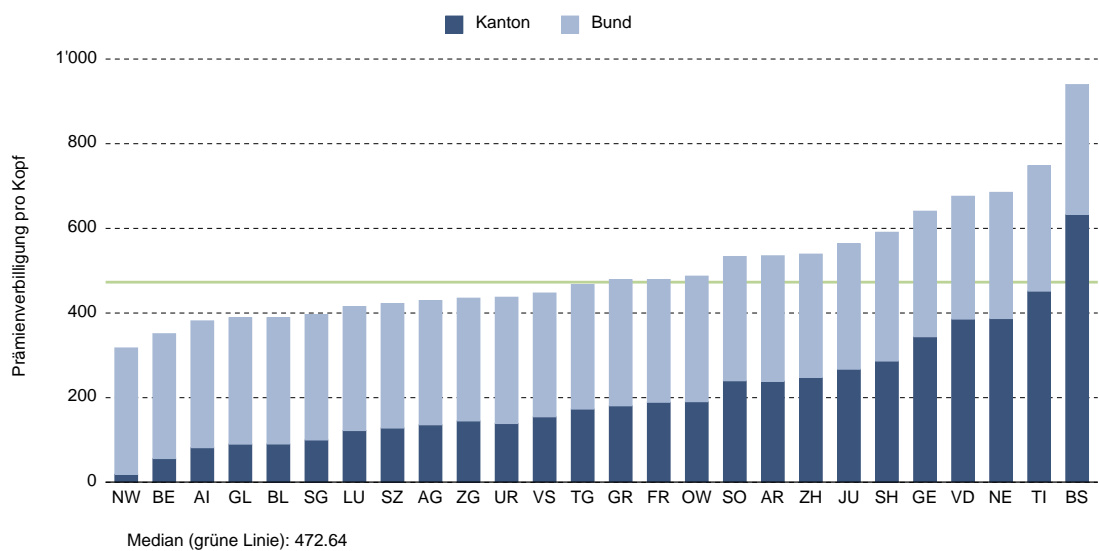
Seit dem Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist die Prämienverbilligung pro IPV-Bezüger im Kanton Aargau unterdurchschnittlich.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Die Kombination der beiden bisher betrachteten Grössen (Anteil IPV-Bezüger und durchschnittlicher IPV-Beitrag pro Bezüger), führt zu den gesamten Ausgaben für die individuellen Prämienverbilligungen. Werden die resultierenden Beträge ins Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung gesetzt, ergeben sich die ausgerichteten Prämienverbilligungsbeiträge pro Kopf.

In der folgenden Abbildung 22 sind diese IPV-Beiträge pro Kopf für die Kantone gezeigt. Da die IPV-Beiträge von Bund und Kantonen gemeinsam bezahlt werden, ist für jeden Kanton markiert, welcher Anteil vom Kanton und welcher vom Bund übernommen wird. Der Kanton Aargau befindet sich wenig überraschend beim gesamten IPV-Beitrag pro Kopf wiederum im unteren Drittel. Es zeigt sich allerdings, dass der Kanton von den gut 400 CHF pro Kopf nur etwa 140 CHF, also etwa ein Drittel, bezahlt. Den Rest übernimmt der Bund.

Abbildung 22 Prämienverbilligungsbeitrag pro Kopf Bund und Kantone 2016

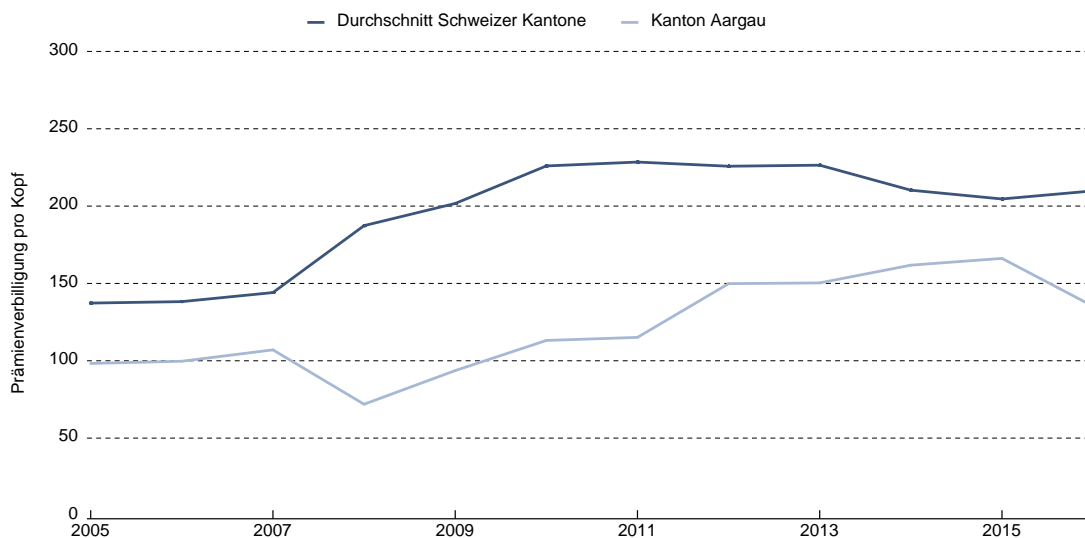


Bei den gesamten Ausgaben für individuelle Prämienverbilligungen pro Bevölkerung liegt der Kanton mit rund 400 CHF im unteren Drittel der Kantone. Dies liegt daran, dass der Kantonsanteil am Gesamtbetrag stark unterdurchschnittlich ist.

Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

Wird der kantonale Anteil wiederum über die Zeit betrachtet, zeigt sich, dass der Kanton Aargau seit 2008 deutlich unter dem Schnitt aller Kantone liegt, auch wenn sich die Differenz in den letzten paar Jahren wieder etwas verringert hat (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23 Ausgerichteter Prämienverbilligungsbeitrag pro Kopf Kantone 2005 bis 2016



Die ausgerichteten Prämienverbilligungen pro Bevölkerung sind im Kanton Aargau seit 2008 stark unterdurchschnittlich. In den letzten Jahren hat sich die Differenz zum Durchschnitt aufgrund der abnehmenden IPV-Bezüger in den übrigen Kantonen wieder etwas reduziert.

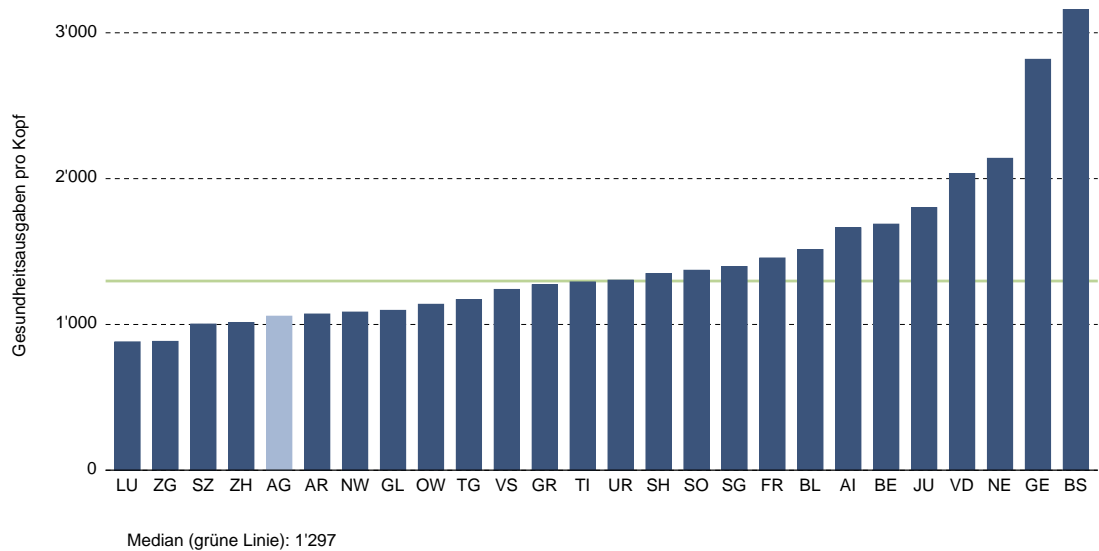
Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

3.2.2 Kantonale Gesundheitsausgaben

Die kantonalen Gesundheitsausgaben beinhalten als grössten Ausgabenblock Beiträge an stationäre Einrichtungen. Daneben sind aber auch Ausgaben für die ambulante Krankenpflege, die Gesundheitsprävention sowie für Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich enthalten. Ein Vergleich der kantonalen Gesundheitsausgaben pro Kopf des Jahres 2015 (exkl. ausbezahlte Prämienverbilligungen) zeigt, dass der Kanton Aargau den fünftniedrigsten Wert aufweist und auch deutlich unter dem schweizerischen Mittel liegt (vgl. Abbildung 24).

Der Vergleich über die Zeit zeigt zudem, dass dieser Wert im Kanton Aargau seit sehr langer Zeit unterdurchschnittlich ist und die Differenz zum Schweizer Durchschnitt seit 2008 noch grösser geworden ist (vgl. Abbildung 25). Seit dem Jahr 2008 werden die kantonalen Spitäler von der Finanzstatistik als eigenständige Unternehmen betrachtet und nicht mehr konsolidiert, d. h. nicht mehr den Kantonen zugerechnet. Seitdem beinhalten die kantonalen Gesundheitsausgaben lediglich die kantonalen Beiträge an die Spitäler und nicht mehr die gesamten Aufwendungen der Spitäler. Erstere umfassen einerseits die anteilmässige Finanzierung der stationären Leistungen durch den Kanton und andererseits die gemeinwirtschaftlichen Leistungen aber auch generelle Beiträge an den Bau, Betrieb und Unterhalt von stationären Einrichtungen.

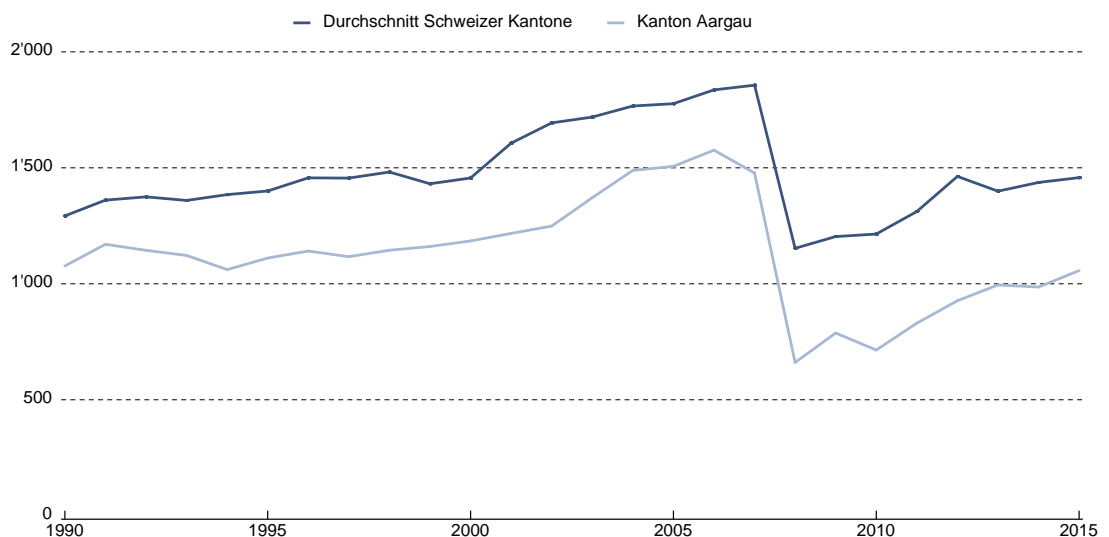
Abbildung 24 Kantonale Gesundheitsausgaben pro Kopf 2015



Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf weist der Kanton Aargau einen der niedrigsten Werte aller Kantone auf.

Quelle: Daten: EFV. Darstellung Polynomics.

Abbildung 25 Kantonale Gesundheitsausgaben pro Kopf 1990 bis 2015



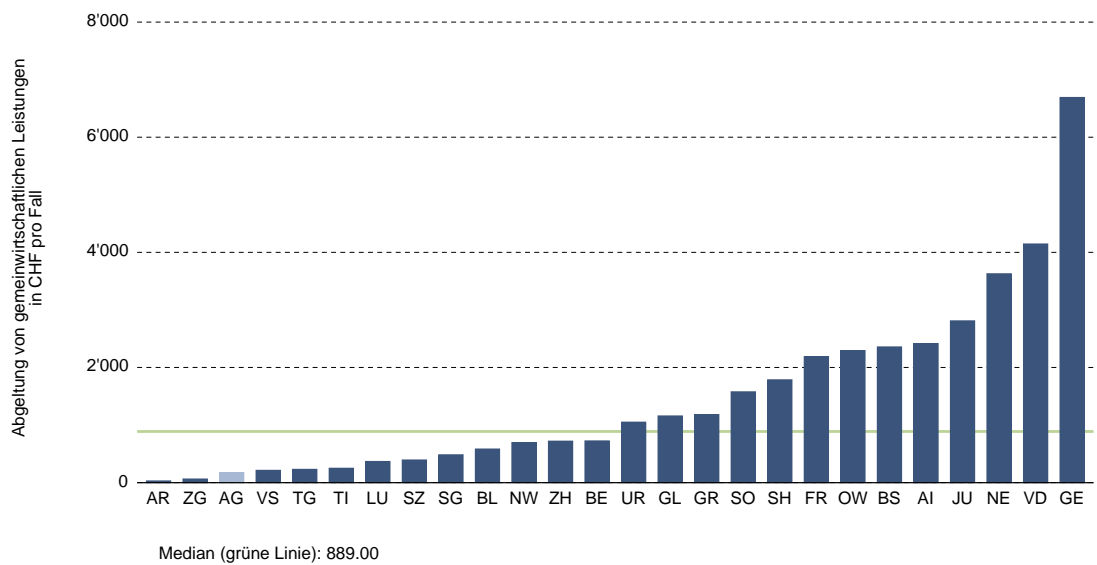
Die kantonalen Gesundheitsausgaben pro Kopf sind im Kanton Aargau bereits seit langer Zeit unterdurchschnittlich. Seit im Jahr 2008 die kantonalen Spitäler nicht mehr konsolidiert werden, ist der Abstand zum Schweizer Durchschnittswert noch grösser geworden.

Quelle: Daten: EFV. Darstellung Polynomics.

3.2.3 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler bezahlt der Kanton Aargau im Jahr 2015 auf einen stationären Fall bezogen am drittwenigsten von allen Kantonen (vgl. Abbildung 26). Während der Medianwert der Kantone bei rund 900 CHF und der Durchschnittswert sogar bei 1'471 CHF pro stationären Fall liegt, erreicht der Wert im Kanton Aargau lediglich 180 CHF.

Abbildung 26 Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall 2015

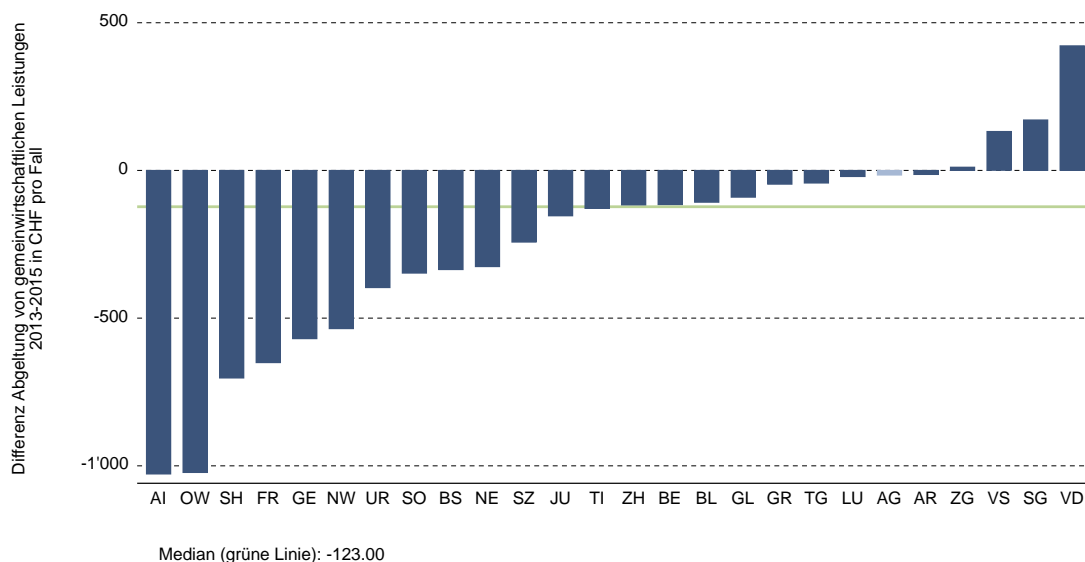


Pro stationären Fall zahlt der Kanton Aargau am drittwenigsten an gemeinwirtschaftliche Leistungen der stationären Einrichtungen.

Quelle: Daten: Felder (2017). Darstellung Polynomics.

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung haben sich die gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall im Kanton Aargau kaum verändert, d. h. sie waren von Beginn weg relativ niedrig (vgl. Abbildung 27). In den meisten anderen Kantonen sind sie seither teilweise deutlich gesunken.

Abbildung 27 Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall Veränderung 2015 zu 2013



Die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen haben sich im Kanton Aargau kaum verändert.

Quelle: Daten:Felder (2017). Darstellung Polynomics.

3.2.4 Fazit

Obwohl der Kanton Aargau eine durchschnittliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu haben scheint, wendet der Kanton deutlich weniger Mittel auf als die meisten anderen Kantone. Die Ausgaben für die individuellen Prämienverbilligungen pro Kopf ebenso wie die kantonalen Gesundheitsausgaben pro Kopf sind klar unterdurchschnittlich. Die Ausgaben zur Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören zu den niedrigsten der Schweiz.

Dieses Bild wird auch durch eine Obsan-Studie bestätigt, welche die regionalen Unterschiede bei der Belastung durch die obligatorischen Gesundheitsausgaben untersucht hat (Bieri & Köchli, 2013). Die Studie kam für das Jahr 2010 auf einen Anteil von 15 Prozent der Steuern (Kanton und Gemeinden), die im Kanton Aargau für das Gesundheitswesen aufgewendet werden (vgl. Abbildung 25). Dieser Wert ist der zweitniedrigste von allen Kantonen. Nur gerade Zug liegt mit 14 Prozent noch darunter, was aber wahrscheinlich eher auf die höheren Steuereinnahmen in Zug zurückzuführen ist. Der Kanton Uri gibt mit 31 Prozent anteilmässig mehr als das doppelte des Kantons Aargau für das Gesundheitswesen aus. Der gesamtschweizerische Schnitt liegt bei 20 Prozent.

Tabelle 5 Steueranteile der Kantone und Gemeinden für das Gesundheitswesen in Mio. CHF (2010)

	Subventionen an Leistungser- bringer	Kantonale Prä- mienverbilligun- gen	Ausgaben Total	Kantonale und kommunale Steuern	Steueranteil für das Gesund- heitswesen
Zürich	1'542	369	1912	11'839	16%
Bern	1'211	288	1'499	6'738	22%
Luzern	375	72	447	2'081	21%
Uri	34	4	38	124	31%
Schwyz	117	12	130	815	16%
Obwalden	33	9	42	174	24%
Nidwalden	45	7	52	253	21%
Glarus	39	5	44	163	27%
Zug	124	14	138	1'014	14%
Freiburg	374	77	450	1'730	26%
Solothurn	319	60	380	1'649	23%
Basel-Stadt	499	83	581	2'702	22%
Basel-Landschaft	328	52	380	2'030	19%
Schaffhausen	94	22	116	469	25%
Appenzell A. Rh.	58	10	68	302	23%
Appenzell I. Rh.	15	2	16	82	20%
St. Gallen	521	55	575	2'680	21%
Graubünden	259	30	290	1'295	22%
Aargau	472	71	543	3'527	15%
Thurgau	183	58	241	1'323	18%
Tessin	341	165	506	2'560	20%
Waadt	1'172	219	1391	7'271	19%
Wallis	370	95	464	1'952	24%
Neuenburg	283	45	328	1'442	23%
Genf	1'229	158	1387	6'810	20%
Jura	97	22	118	438	27%
Schweiz	10'132	2'004	12'136	61'464	20%

Quelle: Bieri & Köchli, (2013), Tab. 2.3.

4 Mögliche kantonale Sparbemühungen im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen

In diesem Kapitel diskutieren wir Möglichkeiten, wie der Kanton seine Gesundheitsausgaben reduzieren kann, das heisst, welche Sparmöglichkeiten ihm zur Verfügung stehen. Ziel ist es dabei, aufzuzeigen, welche Folgen die Einsparungen beim Kanton sowie bei anderen Akteuren und Finanzierern im Gesundheitswesen haben können. Im Zentrum steht die Darstellung der prinzipiell bestehenden Zusammenhänge. Eine Abschätzung der Grössenordnung von Effekten wird dort vorgenommen, wo bereits konkrete Umsetzungsvorschläge im Raum stehen. Im Rahmen dieser Studie legen wir den Fokus wiederum auf die stationären Leistungserbringer und gehen nicht detailliert auf den ambulanten Sektor ein.

4.1 Reduzierung der kantonalen Ausgaben für individuelle Prämienverbilligungen

Eine erste Möglichkeit, Ausgaben im Gesundheitswesen einzusparen, besteht für den Kanton darin, seine Ausgaben für die individuellen Prämienverbilligungen (IPV) zu reduzieren. Die Kantone und der Bund sind verpflichtet, Prämienverbilligungsbeiträge an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu leisten. Was unter letzterem zu verstehen ist, wird von Bund nicht genauer definiert. Die Kantone sind daher weitestgehend frei, sowohl die Bedingungen für den Erhalt einer Prämienverbilligung, sprich ab welcher Einkommens- und Vermögensgrenze jemand bezugsberechtigt ist, wie auch deren Höhe und Auszahlungsmodalität (automatisch oder auf Antrag, Frist) festzulegen.

Der Kanton kann grundsätzlich auf zwei Arten Kosteneinsparungen bei der IPV bewerkstelligen. Entweder reduziert er die Zahl der Bezüger oder den Betrag pro Bezüger. Die daraus resultierenden Folgen können sich stark voneinander unterscheiden.

Eine Reduktion der IPV-Beträge pro Bezüger kommt einer Umverteilung innerhalb des Kantons gleich. Die Empfänger von IPV erhalten weniger Geld und die Steuerzahler werden entlastet, entweder, weil die Steuern gesenkt werden oder weil sie nicht für zusätzliche Ausgaben aufkommen müssen, die mit den eingesparten Beträgen bezahlt werden können. Aufgrund der Progression in der Einkommenssteuer, werden somit eher höhere Einkommenschichten entlastet und niedrige Einkommenschichten belastet. Es resultiert eine Umverteilung von finanziellen Mitteln von niedrigen zu hohen Einkommensklassen.

Die zusätzliche Belastung (bzw. reduzierte Entlastung) der niedrigen Einkommenschichten könnte an anderen Orten zu Mehrausgaben bei Kanton oder Gemeinden führen. Es können beispielsweise mehr Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen nötig werden, wenn sich gewisse Personen/Familien die Krankenkassenprämien nicht mehr leisten können und dadurch in finanzielle Not geraten. Es wäre auch möglich, dass solche Personen versucht sind, vermehrt hohe Franchisenstufen zu wählen, um von Prämienrabatten profitieren zu können. Dies könnte wiederum zu einer Unterversorgung dieser Gruppen führen, wenn dadurch medizinische Hilfe zu spät in Anspruch genommen wird. Die tatsächliche Grösse der Effekte hängt stark davon ab, wie grosszügig die IPV bereits ausgestaltet ist und wie stark die Beiträge pro Empfänger gekürzt würden.

Bei einer Reduktion der Anzahl IPV-Bezüger sehen die zu erwartenden Effekte ein bisschen anders aus. Es findet zwar auch wieder eine Entlastung von höheren Einkommenschichten aufgrund der Progression bei den eingesparten Einkommenssteuern statt. Belastet werden aber nicht mehr alle IPV-Bezüger, sondern nur diejenigen, bei denen das Anrecht auf IPV wegfällt. Diese

verlieren dafür den gesamten vorher bezogenen IPV-Beitrag und nicht nur einen Teil davon wie im ersten Fall. Damit wird eine kleinere Personengruppe belastet, diese dafür aber stärker. Grundsätzlich können bei dieser Gruppe die gleichen Effekte auftreten wie im ersten Fall beschrieben. Der Vorteil gegenüber einer Kürzung aller Beiträge ist jedoch, dass der Kanton die IPV nur bei solchen Personen streichen kann, welche sich die Krankenkassenprämien noch leisten können. Dadurch liessen sich die Auswirkungen auf andere Sozialwerke und eine mögliche Unterversorgung minimieren. Selbstverständlich hängen hier die Grösse der Effekte davon ab, wie viele Personen heute IPV beziehen, die sich die Krankenkassenprämien eigentlich selbst leisten könnten (z. B. Jugendliche, die noch bei den Eltern wohnen oder Studenten, die noch von den Eltern unterstützt werden). Eine genauere Prüfung des Anrechts auf IPV zöge damit voraussichtlich auch einen höheren Verwaltungsaufwand nach sich.

4.2 Reduktion der kantonalen Beiträge an die stationären Leistungserbringer

Eine zweite Sparmöglichkeit besteht für den Kanton im Gesundheitswesen darin, die kantonalen Beiträge an die stationären Leistungserbringer zu verringern. Der Kanton ist zwar im stationären Bereich durch die neue nationale Spitalfinanzierung stark in seinem Entscheidungsspielraum eingeschränkt worden, indem er verpflichtet ist, mindestens 55 Prozent der stationär erbrachten Leistungen (inkl. Anlagenutzungskosten) zu bezahlen. Dennoch gibt es für ihn einige Möglichkeiten der Einflussnahme.³ Zum einen kann der Kanton Leistungen kürzen, für die er derzeit bezahlt bzw. er kann die Vergütung für diese reduzieren. Zum anderen können aber auch allgemeine Beiträge gekürzt werden, oder Globalbudgets eingeführt werden. Letztere Möglichkeit wird den Kantonen im Krankenversicherungsgesetz explizit zugestanden (KVG Art. 51).

4.2.1 Leistungsbezogene Kürzungen

Die leistungsbezogenen Kürzungen betreffen im stationären Sektor vor allem die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), welche der Kanton ausserhalb des SwissDRG-Systems aus Steuermitteln finanziert. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ergeben sich aus Art. 49 KVG, in dem festgehalten ist, dass die Vergütungen im SwissDRG-System keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen oder die Forschung und universitäre Lehre enthalten dürfen. Der Kanton ist dabei jeweils relativ frei, was er in welchem Umfang als GWL deklarieren möchte.

Diese Freiheit wird von den Kantonen auch genutzt, anders lassen sich die grossen kantonalen Unterschiede bei den ausgerichteten GWL (vgl. Abschnitt 3.2.3) nicht erklären. Es gibt allerdings einige Einschränkungen, die vor allem durch das Bundesverwaltungsgericht in diversen Rechtsfällen konkretisiert wurden (vgl. dazu von Stokar et al., 2016). Insbesondere soll die Entschädigung des Kantons für GWL höchstens die ermittelten und ausgewiesenen Kosten der erbrachten Leistungen decken.

Wenn der Kanton bei den GWL Ausgaben einsparen möchte, kann er dementsprechend entweder die Anzahl Leistungen kürzen, welche als GWL akzeptiert und damit vergütet werden, oder er kann die Entschädigung für die erbrachten GWL reduzieren. Die Reaktionen auf solche Einsparungen hängen stark von der Ausgangslage ab, insbesondere davon, in welcher Qualität und Menge und zu welchen Kosten welche Leistungen derzeit erbracht werden. Da der Kanton jedoch höchstens die Kosten der Leistungen decken kann, ist anzunehmen, dass Kosteneinsparungen

³ Als Genehmigungsinstanz hätte der Kanton zudem auch Einflussmöglichkeiten auf die Höhe der Basispreise. Da die Entscheide des Kantons aber einklagbar sind und das Bundesverwaltungsgericht das letzte Wort hat, gehen wir auf diese Möglichkeit hier nicht ein.

häufig auch mit einer Reduktion der gemeinwirtschaftlichen Leistungen einhergehen, sei dies über eine geringere Menge oder über eine reduzierte Qualität.

Da die Entschädigungen für GWL im Kanton Aargau bereits auf einem sehr niedrigen Stand sind (vgl. Abschnitt 3.2.3), liegen hier allerdings kaum Einsparmöglichkeiten für den Kanton vor. Gleichsam wäre mit einem insgesamt nur geringen Leistungsabbau zu rechnen, wenn die Vergütung der wenigen GWL im Kanton Aargau noch reduziert würde. Im Hinblick auf die grossen kantonalen Unterschiede müsste jedoch in diesem Bereich mitberücksichtigt werden, dass einige Kantone die GWL nutzen, um gezielt die eigenen Spitäler zu subventionieren und damit Strukturerhaltung betreiben. Solche subventionierten Spitäler erhalten einen Wettbewerbsvorteil im Schweizer Spitalmarkt, in dem seit 2012 grundsätzlich eine schweizweit freie Spitalwahl besteht. Spitäler in einem Kanton mit geringen GWL können in einem solchen System Wettbewerbsnachteile haben, da sie mit kürzeren Spiessen kämpfen müssen. Je nach Wettbewerbsintensität und Unterschiede in den kantonalen GWL-Vergütungen kann diese Situation sogar dazu führen, dass gewisse Spitäler in ihrer Existenz bedroht sein können, auch wenn sie eigentlich effiziente Leistungen erbringen (vgl. dazu Widmer et al., 2016).

4.2.2 Einführen von Globalbudgets und andere nichtleistungsbezogene Kürzungen

Obwohl das Fallpauschalensystem unter SwissDRG den Spitalern bereits starke Anreize für eine kosteneffiziente Leistungserbringung bietet, setzten einige Kantone zusätzlich Globalbudgets als finanzielles Steuerungsinstrument bei der Finanzierung der Spitäler ein. Die Ausgestaltung der Modelle unterscheidet sich je nach Kanton stark. Bekannt sind vor allem die Modelle in den Kantonen Genf und Waadt. Während in Genf ein Überschreiten des Globalbudgets erst im Folgejahr Auswirkungen in der Form von verordneten Kostensenkungsmassnahmen nach sich zieht, werden im Kanton Waadt nach Überschreiten des Globalbudgets die kantonalen Zahlungen an die Spitäler eingestellt. Diese müssen die überzähligen Fälle alleine durch die Beiträge der Krankenversicherer (45 Prozent) finanzieren.

Grundsätzlich geben Kürzungen von Beiträgen, die nicht leistungsbezogen sind, den stationären Institutionen mehr Möglichkeiten zu reagieren, als wenn leistungsbezogene Beiträge gekürzt werden. Die Spitäler sind in diesem Fall bis zu einem gewissen Grad frei, wo sie zusätzliche Kosteneinsparungen vornehmen möchten. Im Idealfall schafft es ein Spital, die Kosteneffizienz zu erhöhen, indem die gleichen Leistungen ohne Qualitätsverlust zu niedrigeren Kosten angeboten werden können.

Da die grössten Kostenblöcke im stationären Bereich Personalkosten sind, müssen die Bemühungen für grössere Kostenreduktionen hier ansetzen. Geringere Kosten lassen sich in diesem Bereich entweder über die Reduzierung des Personalbestands oder die Änderung des Personalmixes hin zu weniger qualifiziertem (und dadurch billigerem) Personal erreichen. Der Übergang von einer besseren Kosteneffizienz hin zu schlechterer Qualität der Leistungserbringung ist dabei flussend und schwierig im Vorneherein zu erkennen. Da die Spitäler untereinander im Wettbewerb stehen (insbesondere auch mit ausserkantonalen Institutionen), können solche Prozesse unter Umständen eine Dynamik annehmen, die für die Unternehmen existenzgefährdend sein können, wenn zu starke Qualitätssenkungen den Ruf des Hauses nachhaltig schädigen.

Zusätzlich kommen für die Institutionen jedoch auch Strategien der Patienten- und Leistungsselektion in Frage, mit denen nicht rentable Leistungen nicht mehr erbracht werden und teure Patienten abgewiesen oder weiterverwiesen werden. Leidtragende solcher Strategien sind neben den betroffenen Patienten die Spitäler mit einem Endversorgungscharakter, das heisst grosse Zent-

rums- und Universitätsspitäler, denen solche Strategien nur in sehr beschränktem Mass zur Verfügung stehen. Die eingesparten Kosten werden so primär zu anderen Spitälern (evtl. in anderen Kantonen) verschoben. Ob damit insgesamt Kosten eingespart oder sogar ausgeweitet werden, hängt stark von den individuellen Kostenstrukturen und Leistungsangeboten der betroffenen Spitäler ab.

Andere bekannte Strategien unter Globalbudgets sind eine verzögerte Leistungserbringung von elektiven und kleineren Eingriffen, bei denen aus medizinischer Sicht Wartezeiten möglich sind. Dies gilt selbstverständlich für Fälle, die unrentabel zu behandeln wären, was dazu führen dürfte, dass zusatzversicherte Patienten deutlich stärker bevorzugt behandelt werden, als dies heute der Fall ist.

Es ist äusserst schwierig abzuschätzen, wie sich die Einführung eines Globalbudgets konkret auswirken wird. Zum einen gibt es wie gezeigt, verschiedene Strategien für ein Spital, Kosten einzusparen mit unterschiedlichen Auswirkungen auf das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungserbringung. Es ist nicht davon auszugehen, dass dabei immer Strategien für eine reine Effizienzverbesserung im Vordergrund stehen. Die Wahl der Strategie hängt innerhalb jedes Unternehmens auch von der Unternehmenskultur und den internen Widerständen ab. So kann es für das Management eines Spitals aufgrund der internen Gegebenheiten im Betrieb unter Umständen rational sein, eine Strategie zu wählen, welche nicht im Sinne des Regulators war. Zusätzlich ist das System der Gesundheitsversorgung äusserst komplex mit vielen verschiedenen Schnittstellen. Es wäre vermessen hier alle Reaktionen der betroffenen Akteure vorhersehen und die Gesamtauswirkungen zuverlässig abschätzen zu können. Vielmehr ist mit unerwarteten Effekten zu rechnen, welche die Effizienz der gesamten Gesundheitsversorgung sogar verschlechtern könnten. Besonders gefährlich ist dies in einem föderal aufgebauten Gesundheitswesen wie in der Schweiz, wo die Regulierungsanstrengungen eines Kantons Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der anderen Kantone haben kann, wie oben gezeigt mit der Abschiebung von unrentablen Patienten oder Leistungen in ausserkantonale Endversorgerspitäler. Gegenreaktionen von negativ betroffenen Kantonen sind zu erwarten und können die ursprünglich angestrebten Ziele wieder zunichtemachen.

4.3 Regulierung der Art der Leistungserbringung: Ambulant vor Stationär (AvS)

Wie bereits oben erwähnt, hat der Kanton nur einen sehr eingeschränkten Einfluss auf die Beiträge, die er an die Spitäler im Rahmen der national regulierten Finanzierung der stationären Leistungen auszurichten hat. Eine Möglichkeit der Einflussnahme besteht aber darin, für gewisse Leistungen vorzugeben, dass diese nicht mehr stationär erbracht werden dürfen, sondern im Regelfall ambulant durchgeführt werden müssen. Dadurch werden Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben, in welchem der Kanton nicht mitfinanzieren muss.

Im Folgenden finden sich Hochrechnungen zu den Auswirkungen der Einführung von heute bereits in Kraft getretenen oder geplanten AvS-Listen auf die akutstationären Spitäler des Kantons Aargau. Die Berechnungen wurden vom Verein SpitalBenchmark durchgeführt. Auf Basis der Daten der Mitgliedspitäler des Vereins wird simuliert, welche Auswirkungen eine Einführung der AvS-Liste des Kantons Zürich sowie des Bundesamts für Gesundheit im Kanton Aargau haben können.

4.3.1 Ausgangslage

Der Kanton Luzern hat per 1. Juli 2017 als erster Kanton vorgegeben, welche Leistungen durch die Spitäler grundsätzlich nur noch ambulant erbracht werden dürfen. Die Kantone Wallis, Zürich und Zug haben ihrerseits per 1. Januar 2018 eine entsprechende Vorgabeliste erlassen. Der Kanton Aargau gibt, ebenfalls per 1. Januar 2018, für bestimmte Eingriffe vor, wie hoch der Anteil stationär erbrachter Eingriffe sein darf, wobei der vorgegebene stationäre Anteil nach Art des Eingriffs stark variiert.

Das Bundesamt für Gesundheit gibt per 1. Januar 2019 sechs Gruppen von operativen Eingriffen vor, welche nur noch bei einer ambulanten Durchführung von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet werden. In begründeten Fällen ist allerdings weiterhin eine stationäre Durchführung des Eingriffes möglich, wobei die zulässigen Ausnahmekriterien im Laufe des Jahres 2018 bekannt gegeben werden. Es steht den Kantonen zudem frei, weitere Behandlungsgruppen mit Leistungen welche nur noch ambulant erbracht werden dürfen zu definieren.

SpitalBenchmark hat auf der Basis von Daten des Geschäftsjahres 2016 für den Kanton Aargau berechnet, welche Kosteneinsparungen durch eine ambulante Durchführung bestimmter Eingriffe erzielt werden könnten. Im Kapitel 4.3.2 werden die Berechnungen für diejenigen operativen Eingriffe, welche sich auf der «Zürcher-Liste» befinden durchgeführt, im Kapitel 4.3.3 hingegen dient die Liste des Bundesamtes für Gesundheit als Grundlage. Die Auswertung wird für folgende Spitäler durchgeführt: das Gesundheitszentrum Fricktal, die Hirslanden Klinik Aarau, das Kantonsspital Aargau, das Kantonsspital Baden, die Klinik Barmelweid, das Spital Leuggern, das Spital Menziken, das Spital Muri und das Spital Zofingen.

4.3.2 Auswertungen nach «Zürcher-Liste»

Im Jahr 2016 wurden in den oben aufgeführten Spitälern des Kantons Aargau insgesamt 6'800 Patienten behandelt deren Hauptbehandlung (CHOP-Code) laut «Zürcher-Liste» ambulant erbracht werden muss (vgl. für Details Tabelle 8 im Anhang unter Abschnitt 6.5). Es wird für die Berechnungen angenommen, dass Patienten mit einer Verweildauer von mehr als zwei Tagen oder einem Schweregradindex (PCCL) von über 0 Mehrfacherkrankungen aufweisen und nicht ambulant behandelt werden können. Somit verbleiben 4'467 Patienten, welche potentiell ambulant behandelbar sind (vgl. für Details Tabelle 9 im Anhang unter Abschnitt 6.5). Dies entspricht in etwa 6 Prozent der 75'500 innerkantonalen stationären akutsomatischen Behandlungen im Jahr 2016 (Kanton Aargau, 2018).

Die Tabelle 6 zeigt den stationären Umsatzverlust der oben aufgeführten Spitäler wenn die Behandlungen auf der «Zürcher-Liste» für alle Patienten mit einer Verweildauer von einem oder zwei Tagen und einem Schweregradindex von 0 ambulant durchgeführt würden. Der Umsatzverlust wird separat für die drei Liegeklassen Allgemein, Halbprivat und Privat ausgewiesen. Es werden für die Berechnungen ein Basispreis von 9'650 CHF bei Kostengewicht 1.0 und Zuschläge für Zusatzversicherte von 4'000 CHF bzw. 4'500 CHF angenommen.

Bei den 3'212 allgemeinversicherten Patienten resultiert für die Aargauer Spitäler ein Umsatzverlust von rund 19 Mio. CHF, bei den 811 halbprivat versicherten Patienten ein Umsatzverlust von rund 6.7 Mio. CHF und bei den 444 privat versicherten Patienten ein Umsatzverlust von rund 3.8 Mio. CHF. Insgesamt würden den Spitäler durch eine ambulante Durchführung der Behandlungen auf der «Zürcher-Liste» im stationären Bereich Einnahmen in der Höhe von rund 29.5 Mio. CHF entgehen. Nicht berechnet werden konnten die zusätzlichen Erträge, welche den Spitälern durch

die Verschiebung in den ambulanten Bereich im TARMED entstehen. Der Kanton wiederum könnte durch die ambulante Durchführung der Behandlungen rund 14.5 Mio. CHF einsparen.

Tabelle 6 Umsatzverlust der Aargauer Spitäler und Einsparungen des Kantons gemäss «Zürcher-Liste» nach Liegeklasse

Klasse	Austritte	CM	CMI	Annahme Basispreis	Annahme VVG	Umsatz Spitäler (CHF)	Einsparungen Kanton (CHF)
Allgemein	3'212	1'968.6	0.61	9'650	0	18'966'508	10'448'079
Halbprivat	811	491.1	0.61	9'650	4'000	6'704'102	2'606'741
Privat	444	268.6	0.61	9'650	4'500	3'800'237	1'425'425
Total	4'467					29'500'847	14'480'246

Mit der Liste des Kantons Zürich wären in den Aargauer Spitälern rund 4'500 stationäre Fälle pro Jahr betroffen, welche in Zukunft ambulant erbracht werden müssten. Der stationäre Umsatz der Spitäler würde sich dadurch um knapp 29.5 Mio. CHF reduzieren, während der Kanton knapp 14.5 Mio. CHF an Beiträgen für die stationäre Versorgung einsparen könnte. Nicht berücksichtigt sind die ambulanten Erträge für die Spitäler bzw. zusätzliche ambulante Kosten, welche durch diese Regulierung entstehen würden.

Quelle: Verein SpitalBenchmark.

Die Einsparungen des Kantons entsprechen 55 Prozent des OKP-Anteils des eingesparten Umsatzes in den Spitäler, was insgesamt rund 14.5 Mio. CHF ausmacht. Dies entspricht in etwa 3 Prozent der kantonalen Beiträge an die stationäre akutsomatische Versorgung, welche für das Jahr 2016 rund 490 Mio. CHF ausmachten (Kanton Aargau, 2018).

4.3.3 Auswertungen nach «BAG-Liste»

Im Jahr 2016 wurden in den oben aufgeführten Spitälern des Kanton Aargaus insgesamt 2'653 Patienten behandelt deren Hauptbehandlung (CHOP-Code) laut Liste des BAG ambulant erbracht werden muss (vgl. für Details Tabelle 10 im Anhang unter Abschnitt 6.5). Es wird für die Berechnungen erneut angenommen, dass bei Patienten mit einer Verweildauer von mehr als zwei Tagen oder einem Schweregradindex von über 0 eine ambulante Durchführung des Eingriffes nicht möglich ist. Es verbleiben damit 2'217 potentiell ambulant behandelbare Patienten (vgl. für Details Tabelle 11 im Anhang unter Abschnitt 6.5).

Die Tabelle 7 zeigt den stationären Umsatzverlust der oben aufgeführten Spitäler wenn die Behandlungen auf der Liste des BAG für alle Patienten mit einer Verweildauer von einen oder zwei Tagen und einem Schweregradindex von 0 ambulant durchgeführt werden. Die Berechnungen erfolgen analog zum vorherigen Abschnitt. Bei den 1'611 allgemein versicherten Patienten resultiert für die Spitäler ein Umsatzverlust von rund 8.5 Mio. CHF, bei den 394 halbprivat versicherten Patienten ein Umsatzverlust von rund 2.8 Mio. CHF und bei den 202 privat versicherten Patienten ein Umsatzverlust von rund 1.4 Mio. CHF. Insgesamt würden den Spitälern durch eine ambulante Durchführung der Behandlungen auf der Liste des BAG im stationären Bereich Einnahmen in der Höhe von rund 12.7 Mio. CHF entgehen. Im Vergleich zur «Zürcher-Liste» reduziert sich der Umsatzverlust der Spitäler damit um mehr als die Hälfte. Gleiches gilt auch für die möglichen Einsparungen des Kantons, welche sich im Vergleich zur «Zürcher-Liste» von 14.5 Mio. CHF auf rund 6.3 Mio. CHF reduzieren, was noch 1.5 Prozent der kantonalen Beiträge an die stationäre akutsomatische Versorgung ausmacht.

Tabelle 7 Umsatzverlust der Aargauer Spitäler und Einsparungen des Kantons gemäss «BAG-Liste» nach Liegeklasse

Klasse	Austritte	CM	CMI	Annahme Basispreis	Annahme VVG	Umsatz Spitäler (CHF)	Einsparungen Kanton (CHF)
Allgemein	1'611	877.8	0.54	9'650	0	8'470'760	4'658'918
Halbprivat	394	201.2	0.51	9'650	4'000	2'748'209	1'068'103
Privat	202	101.6	0.50	9'650	4'500	1'438'305	539'491
Total	2'217					12'656'046	6'266'512

Mit der Liste des Bundesamts für Gesundheit wären in den Aargauer Spitälern rund 2'200 stationäre Fälle pro Jahr betroffen, welche in Zukunft ambulant erbracht werden müssten. Der stationäre Umsatz der Spitäler würde sich dadurch um knapp 12.7 Mio. CHF reduzieren, während der Kanton knapp 6 Mio. CHF an Beiträgen für die stationäre Versorgung einsparen könnte. Nicht berücksichtigt sind die ambulanten Erträge für die Spitäler bzw. zusätzliche ambulante Kosten, welche durch diese Regulierung entstehen würden.

Quelle: Verein SpitalBenchmark.

4.3.4 Erwartete Auswirkungen

Da die AvS-Liste des Kantons Aargau zwischen den beiden obigen Varianten liegt, zeigen die Simulationsrechnungen des Vereins SpitalBenchmark, dass der Kanton Aargau mit dieser Regulierung voraussichtlich Ausgaben in der Grössenordnung von 6 bis 14.5 Mio. CHF bzw. 1.5 bis 3 Prozent seiner Beiträge an die stationäre Akutsomatik einsparen kann.

Unklar bleibt, ob sich auch die stationären Kosten der Spitäler im gleichen Umfang reduzieren lassen, wie ihnen hier Umsatz verloren geht. Es ist anzunehmen, dass dies nicht zuletzt von der Grösse der Spitäler abhängt. Während grosse Spitäler eher in der Lage sind vom stationären Prozess weitgehend abgekoppelte ambulante Strukturen auf- bzw. auszubauen, ist anzunehmen, dass kleinere Spitäler die neu ambulant zu erbringenden Operationen weiterhin in grösstenteils für stationäre Prozesse genutzten Strukturen erbringen müssen. Dies kann unter Umständen sogar zu Kostensteigerungen führen, wenn z. B. die Operationssaalkapazitaten nur noch eingeschränkt genutzt werden können.

Durch die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich werden zudem Kosten vom Kanton zu den Krankenkassen bzw. über höhere Prämien zu den einzelnen Haushalten verlagert. Aufgrund der Progression des Steuersystems findet eine Umverteilung von schlechter- zu besser- verdienenden Haushalten statt. Ähnlich wie bei einer Reduktion der Prämienverbilligung kann diese zusätzliche Belastung niedriger Einkommensschichten an anderen Orten zu Mehrausgaben bei Kantonen oder Gemeinden führen. Es können beispielsweise mehr Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen nötig werden, wenn sich gewisse Personen/Familien die Krankenkassenprämien nicht mehr leisten können und dadurch in finanzielle Not geraten. Denkbar wäre auch, dass der Kanton unter Druck gerät die Prämienverbilligungen zu erhöhen bzw. den Kreis der bezugsberechtigten Personen auszuweiten. Ferner wäre es möglich, dass Personen mit niedrigem Einkommen versucht sind, vermehrt hohe Franchisenstufen zu wählen, um von Pramienrabatten zu profitieren. Dies könnte wiederum zu einer Unterversorgung dieser Gruppen führen, wenn dadurch medizinische Hilfe zu spät in Anspruch genommen wird. Die tatsächliche Grösse der Effekte hängt stark davon ab, wie stark die Prämien durch eine vermehrte Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär tatsächlich ansteigen würden.

4.4 Fazit

Ausgaben im Gesundheitswesen sind ein grosser Posten in jeder kantonalen Jahresrechnung. Es ist dementsprechend naheliegend, dass viele Kantone versuchen im Gesundheitswesen Kosten einzusparen. Dies können sie auf verschiedene Arten tun, sei es über eine Reduktion der individuellen Prämienverbilligungen, über eine Reduzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die Spitäler, über die Einführung von Globalbudgets oder sei es über andere Regulierungen, welche die Art der Leistungserbringung betreffen. Allen diesen Sparbemühungen ist gemein, dass sie in einem hochkomplexen System mit vielen Akteuren, noch viel mehr Leistungsarten und dementsprechend vielen Schnittstellen, mit unterschiedlichen Finanzierern und Regulierern auf Bundes- und Kantonsebene sowie mit komplexen Prozessen der Leistungserbringung stattfinden.

Die Auswirkungen von kantonalen Sparbemühungen lassen sich deshalb selten genau vorhersagen, und häufig ist mit ungewollten Effekten in anderen Teilen des Gesamtsystems oder auch ausserhalb des Gesundheitswesens zu rechnen. Während gewisse Regulierungen explizit den Abbau von Leistungen zum Gegenstand haben, zielen andere lediglich darauf ab, die Kosteneffizienz im System zu erhöhen. Gerade bei dieser zweiten Art der Sparbemühungen ist es wichtig, dass das Gesamtsystem im Auge behalten wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die eingesparten Kosten durch Mehrkosten an einem anderen Ort zunichtegemacht werden, oder dass ungewollt Leistungen abgebaut bzw. in einer schlechteren Qualität erbracht werden. Die eingesparten Kosten würden in diesem Fall mit einer schlechteren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erkaufte.

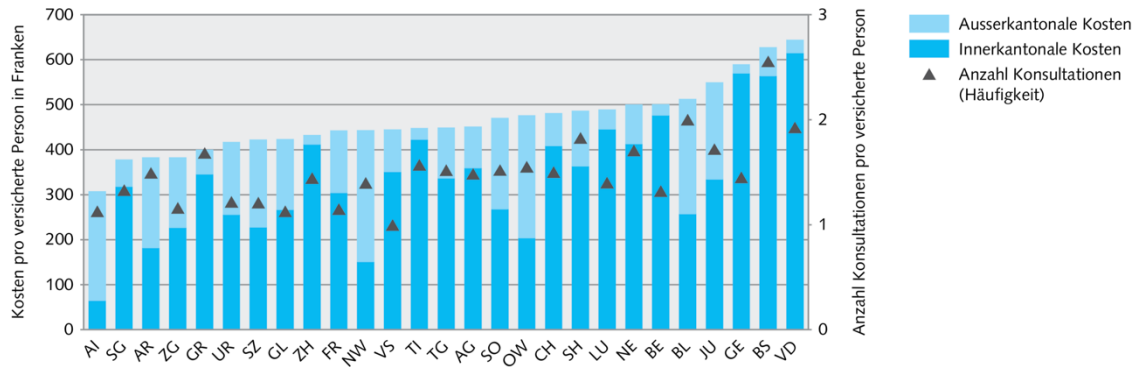
5 Quellenverzeichnis

- Bieri, O., & Köchli, H., 2013. Regionale Unterschiede bei der Belastung durch die obligatorischen Gesundheitsausgaben: OKP-Prämien, Prämienverbilligungen und Steueranteile für das Gesundheitswesen im kantonalen und kommunalen Vergleich, Obsan Dossier Nr. 25. Obsan, Neuchâtel.
- Camenzind, P., & Sturny, I., 2013. Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz, Obsan Bericht Nr. 59. Obsan, Neuchâtel.
- Cosandey, J., Roten, N., & Rutz, S., 2018. Gesunde Spitalpolitik – Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger “Kantönligeist.” Avenir Suisse, Zürich.
- Departement Finanzen und Ressourcen Kanton Aargau, 2018. Erträge und Steuerfuss – Kanton Aargau. URL https://www.ag.ch/de/dfr/finanzen/finanzpolitik_1/finanzkennzahlen/finanzkennzahlen_details/finanzkennzahlen_details_59912.jsp (accessed 5.7.18).
- Felder, S., 2017. Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015 (Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz). Universität Basel, Basel.
- Kanton Aargau, 2018. Jahresbericht mit Jahresrechnung 2017: Vorlage des Regierungsrats vom 14. März 2018. Kanton Aargau, Aarau.
- Stoker, D.L., Spiegelhalter, D.J., Singh, R., & Wellwood, J.M., 1994. Laparoscopic Versus Open Inguinal Prospective Trial Hernia Repair: Randomised Prospective Trial. *The Lancet* 343, 1243–1245.
- von Stokar, T., Vettori, A., Gschwend, E., & Boos, L., 2016. Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Infrac, Zürich.
- Widmer, P., Telser, H., & Uebelhart, T., 2016. Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Polynomics, Olten.

6 Anhang

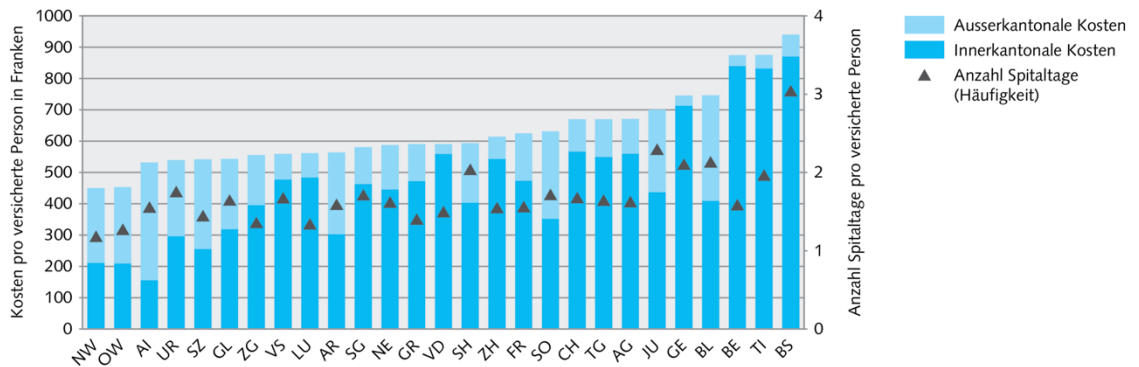
6.1 Kantonale OKP-Kosten

Abbildung 28 OKP-Kosten und Anzahl Konsultationen für ambulante Spitalleistungen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2011



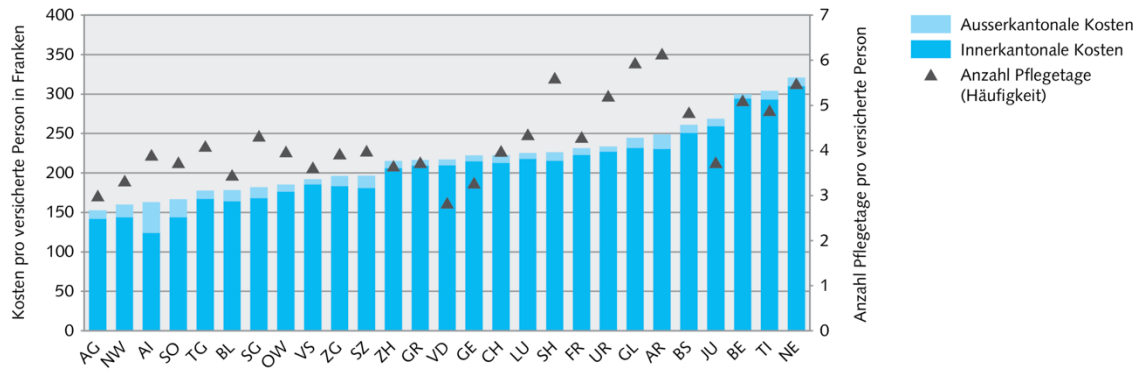
Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 16.

Abbildung 29 OKP-Kosten und Anzahl Spitaltage für stationäre Spitalleistungen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2011



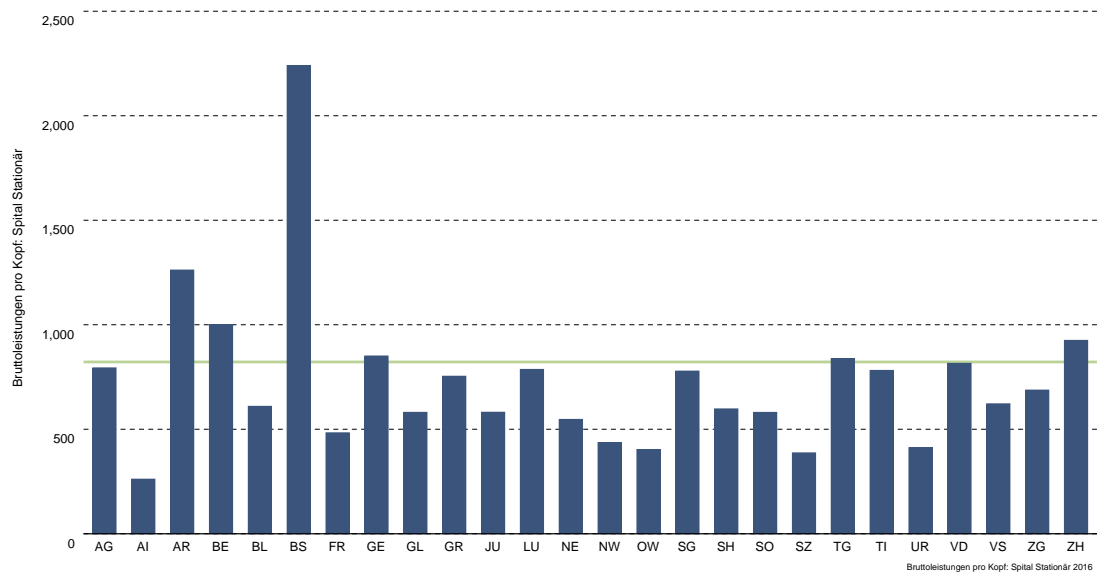
Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 18.

Abbildung 30 OKP-Kosten und Anzahl Pflgetage in Pflegeheimen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2011



Quelle: Camenzind & Sturny (2013), Abb. 20.

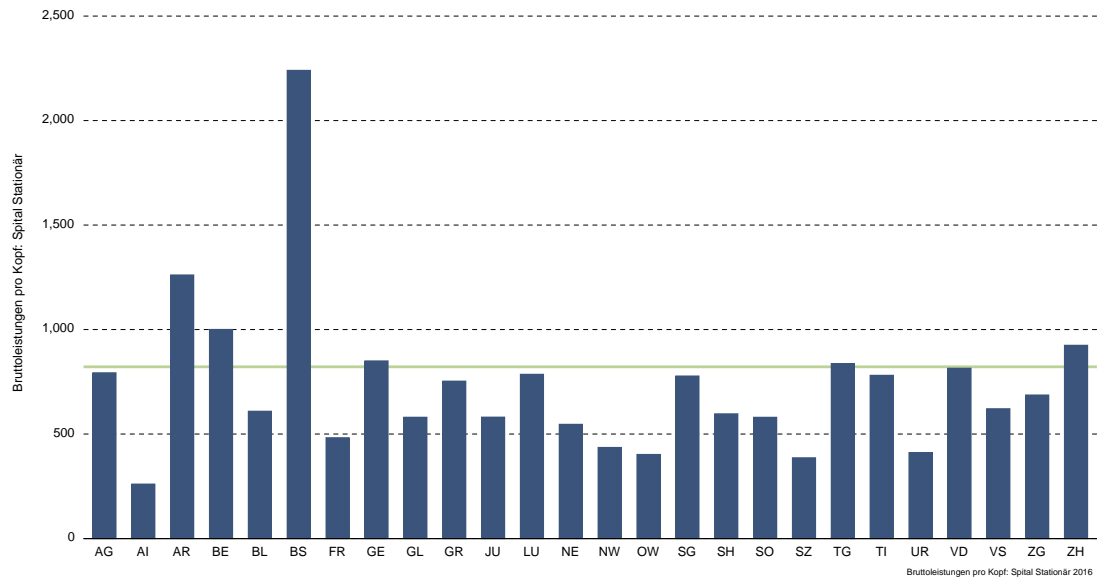
Abbildung 31 OKP-Kosten für ambulante Spitalleistungen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2016



Grüne Linie bezeichnet den Schweizer Durchschnittswert.

Quelle: SASIS AG, Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2016.

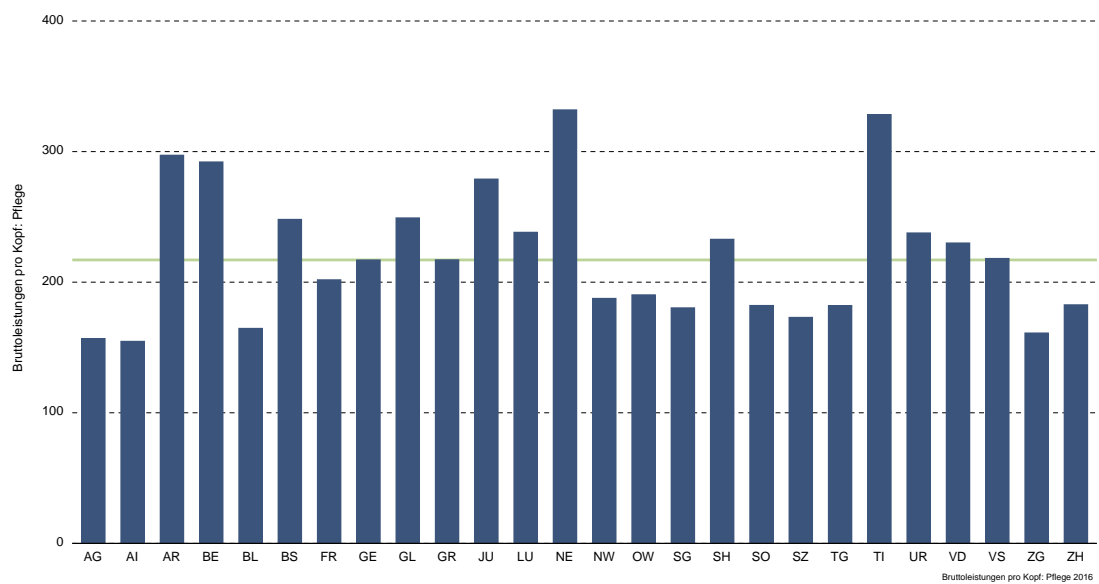
Abbildung 32 OKP-Bruttoleistungen für stationäre Spitalleistungen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2016



Grüne Linie bezeichnet den Schweizer Durchschnittswert.

Quelle: SASIS AG, Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2016.

Abbildung 33 OKP-Bruttoleistungen in Pflegeheimen pro versicherte Person, nach Kantonen, 2016

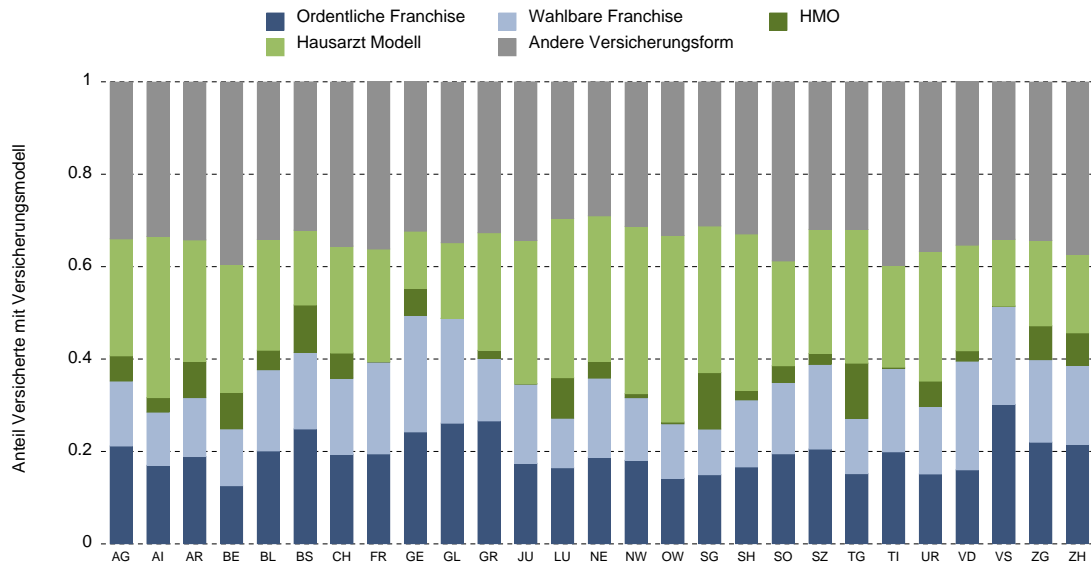


Grüne Linie bezeichnet den Schweizer Durchschnittswert.

Quelle: SASIS AG, Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2016.

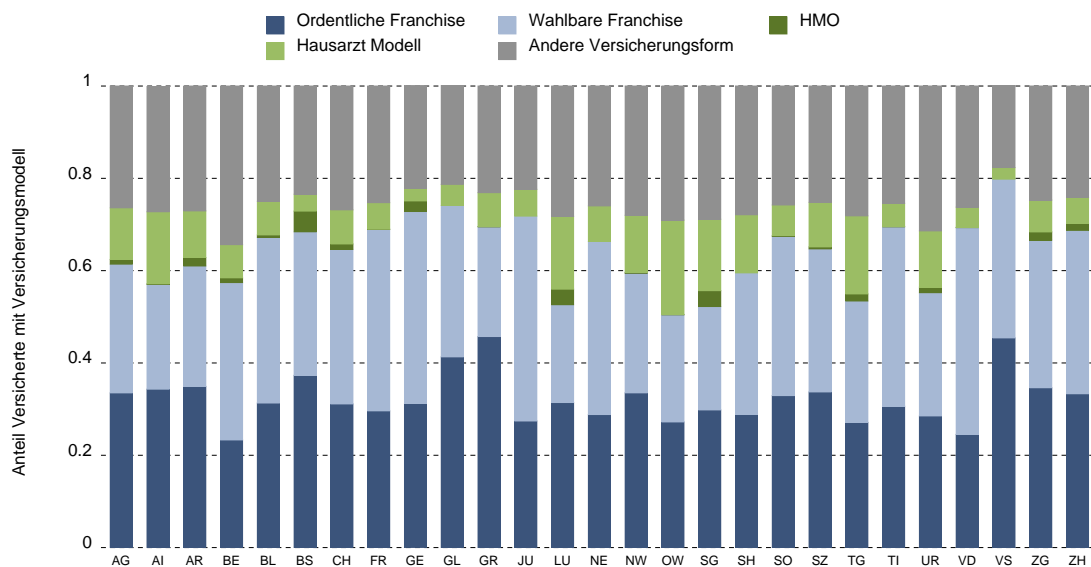
6.2 Versicherungsmodelle

Abbildung 34 Versicherte nach Versicherungsmodell 2015



Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

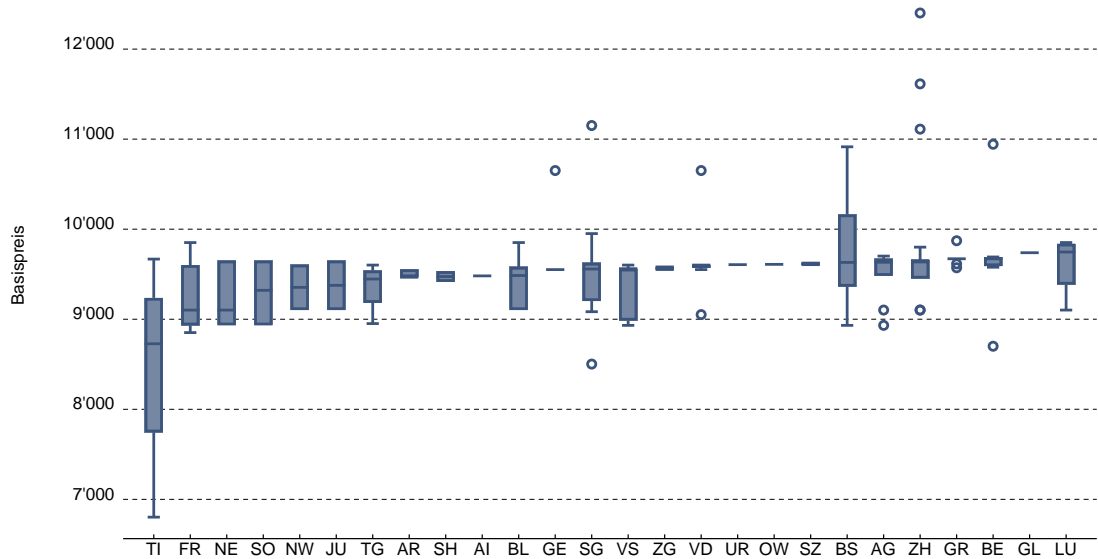
Abbildung 35 Versicherte nach Versicherungsmodell 2009



Quelle: Daten: BAG. Darstellung Polynomics.

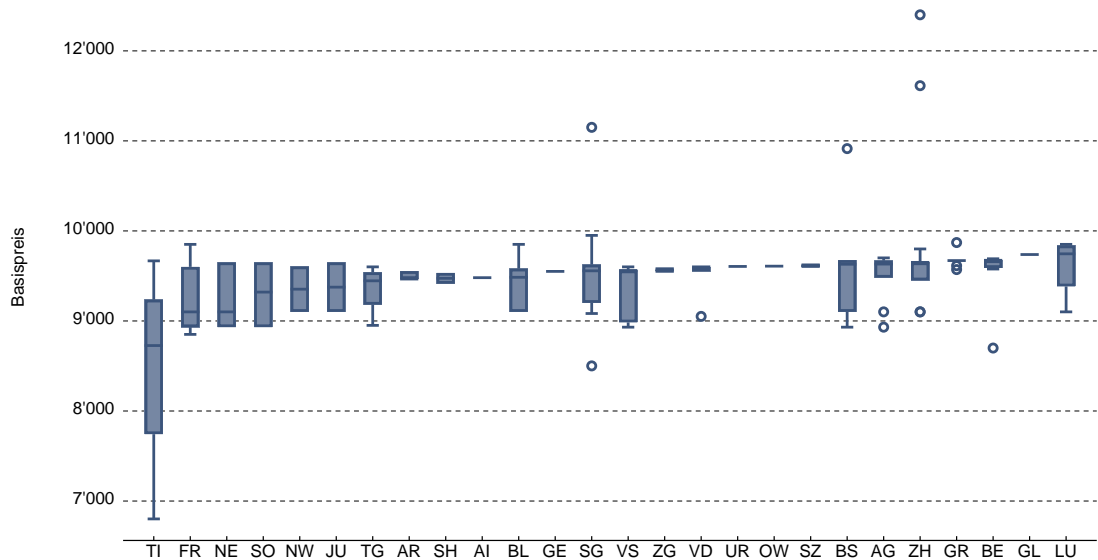
6.3 Basispreise

Abbildung 36 Basispreise 2017: Alle Spitäler



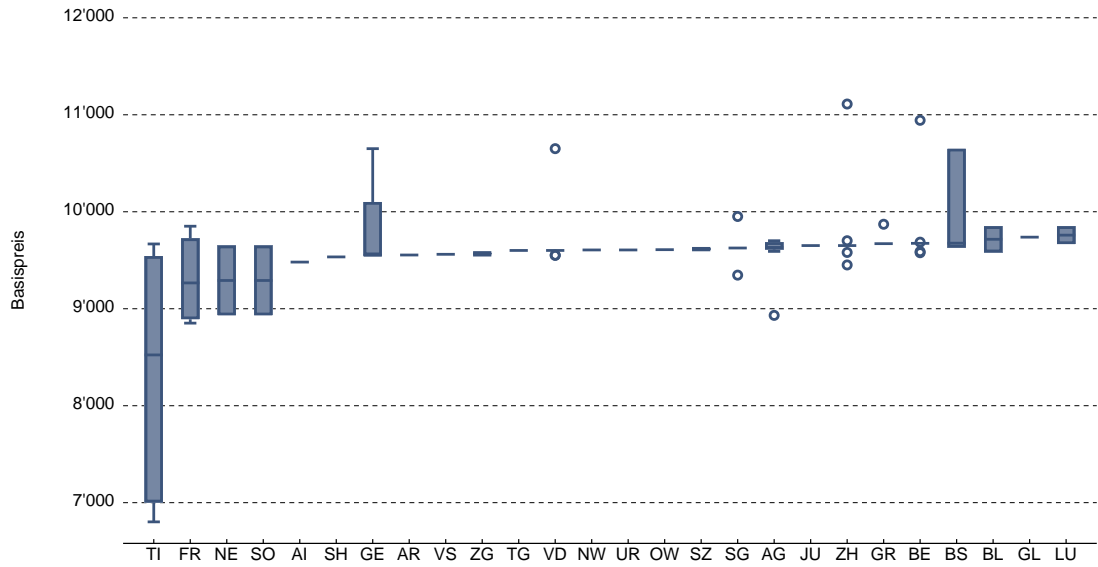
Quelle: Daten: Cosandey et al. (2018). Darstellung Polynomics.

Abbildung 37 Basispreise 2017: Spitäler ohne Universitätsspitäler



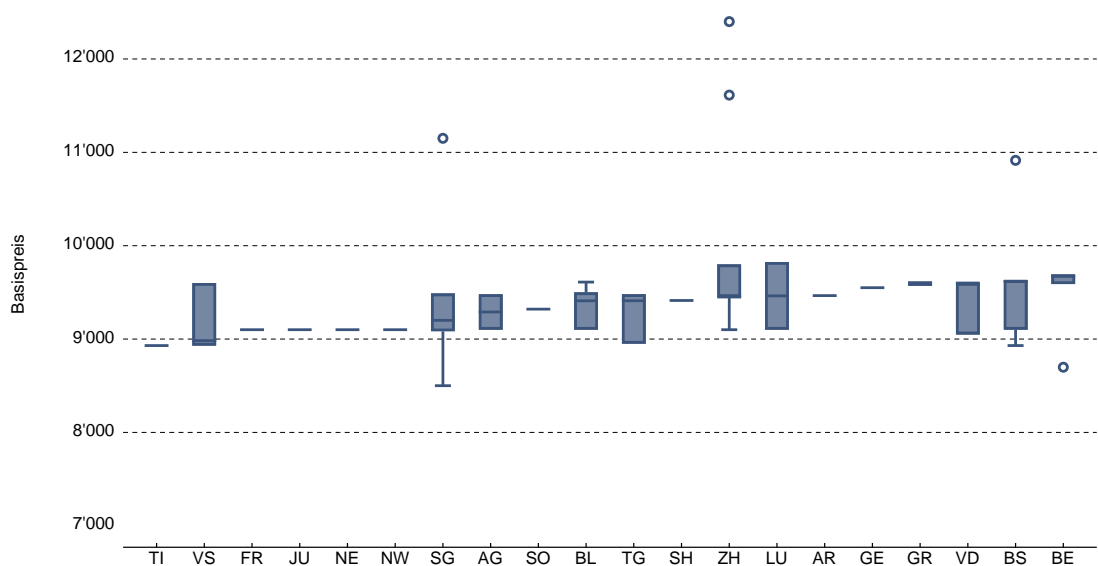
Quelle: Daten: Cosandey et al. (2018). Darstellung Polynomics.

Abbildung 38 Basispreise 2017: Allgemein Spitäler



Quelle: Daten: Cosandey et al. (2018). Darstellung Polynomics.

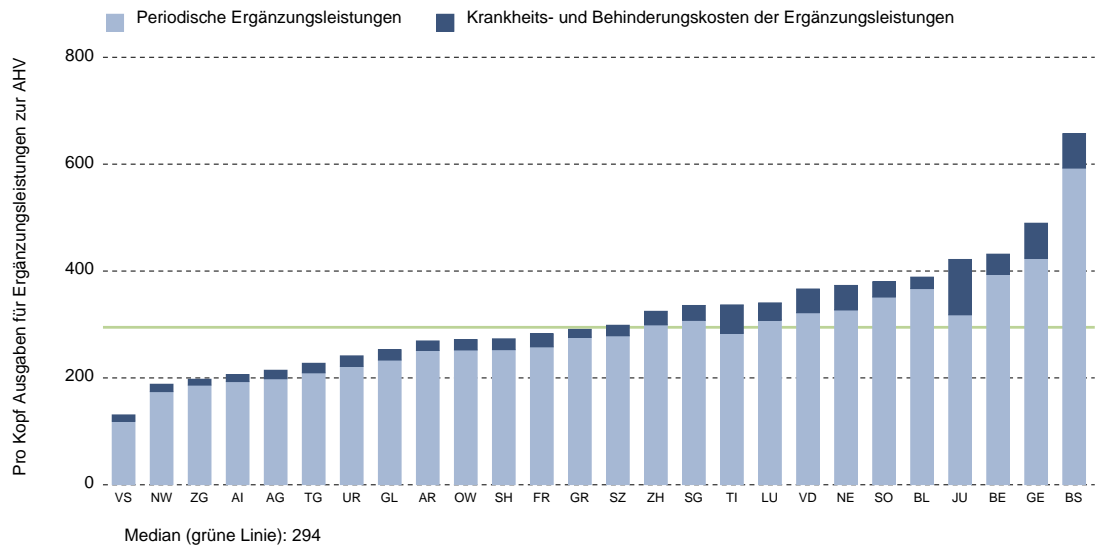
Abbildung 39 Basispreise 2017: Spezialkliniken



Quelle: Daten: Cosandey et al. (2018). Darstellung Polynomics.

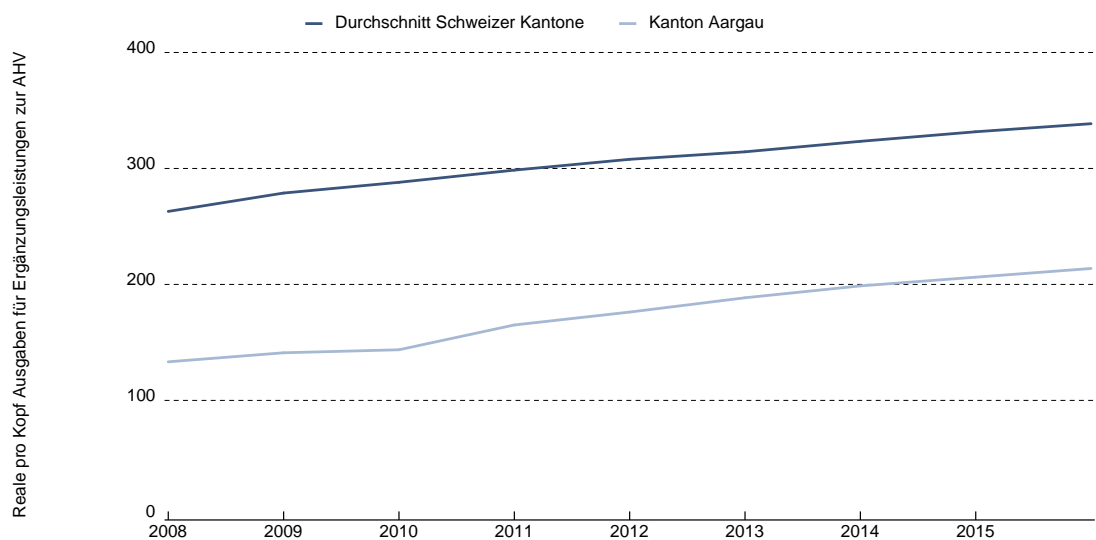
6.4 Ergänzungsleistungen

Abbildung 40 Pro Kopf Ausgaben der Kantone für die Ergänzungsleistungen zur AHV 2016



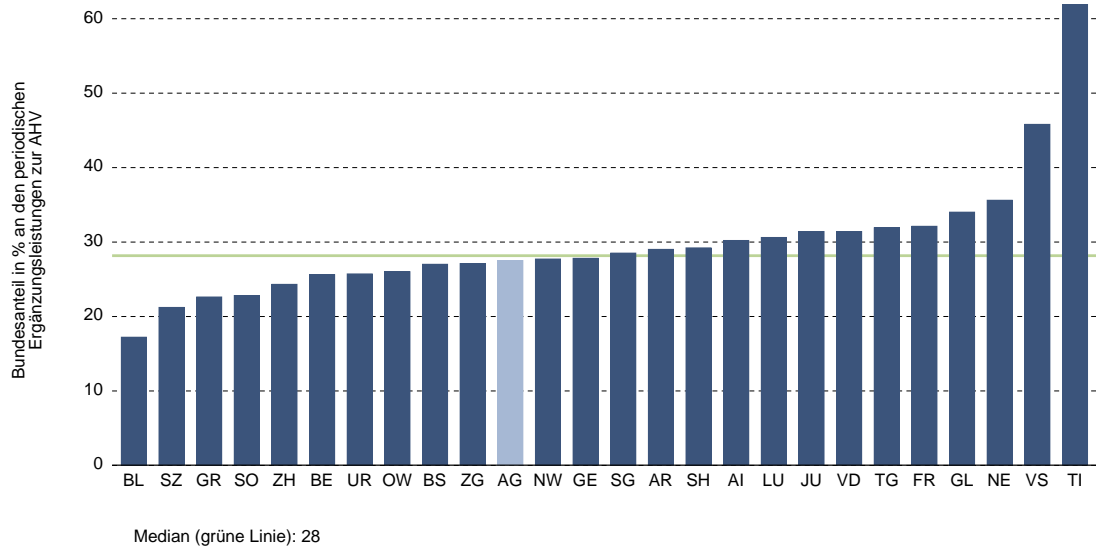
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 41 Pro Kopf Ausgaben der Kantone für die Ergänzungsleistungen zur AHV 2008 bis 2016



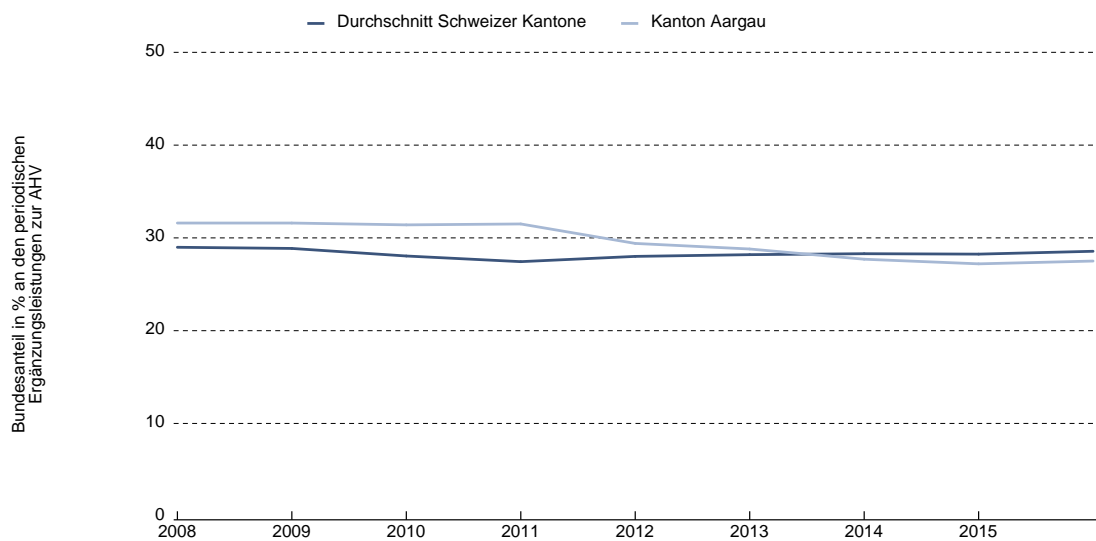
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 42 Bundesanteil an den Ausgaben der Kantone für die periodischen Ergänzungsleistungen zur AHV 2016



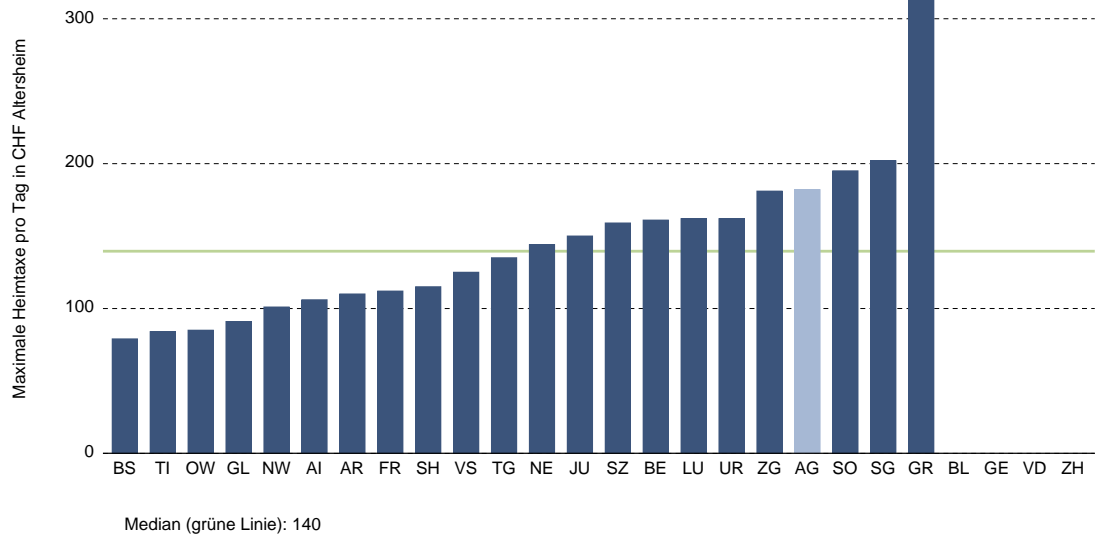
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 43 Bundesanteil an den Ausgaben der Kantone für die periodischen Ergänzungsleistungen zur AHV 2008 bis 2016



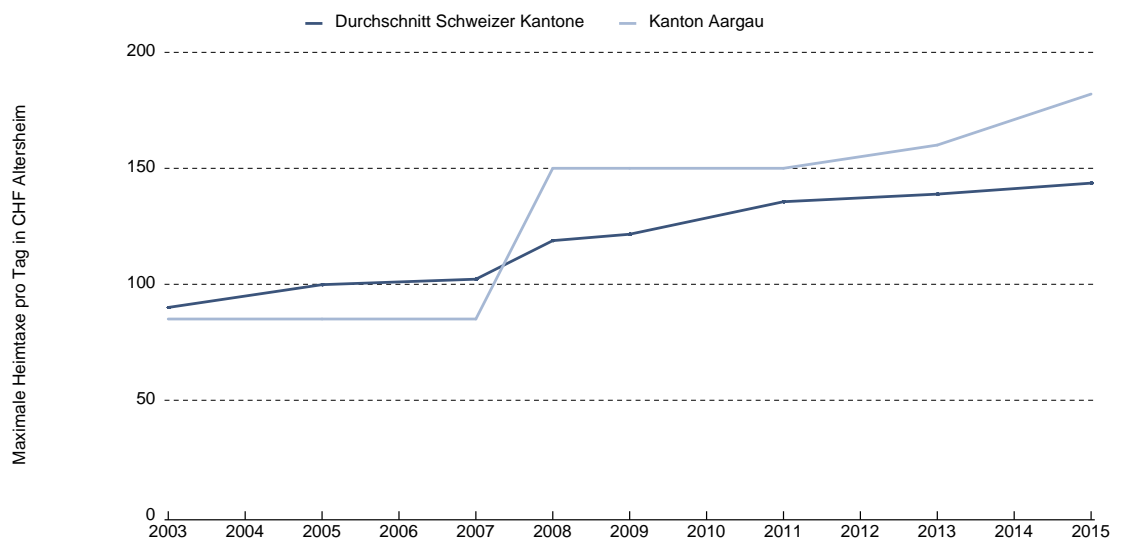
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 44 Ergänzungsleistungen: Maximale Heimtaxe pro Tag für Altersheime nach Kanton 2015



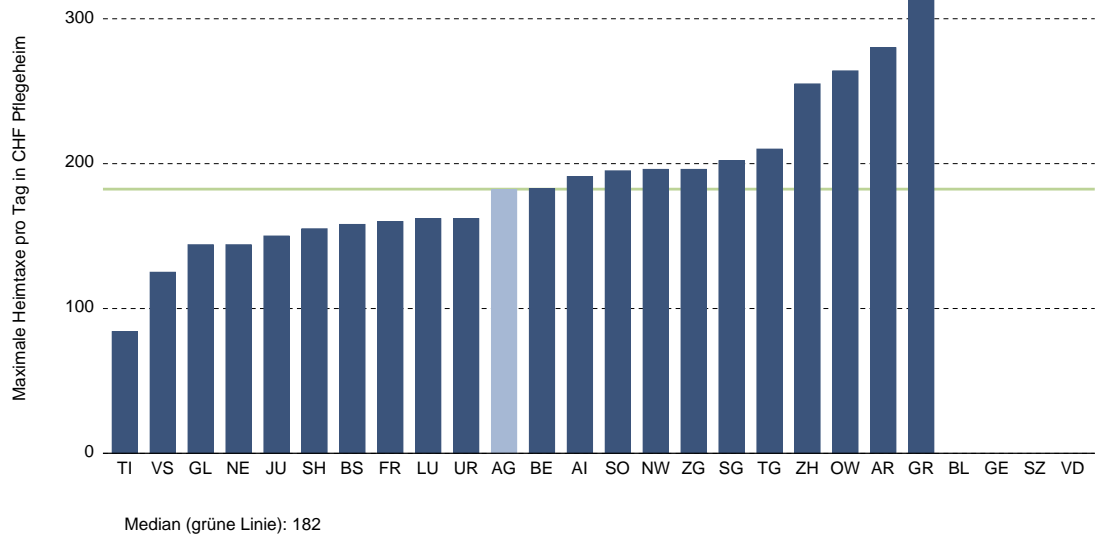
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 45 Ergänzungsleistungen: Maximale Heimtaxe pro Tag für Altersheime nach Kanton 2003 bis 2015



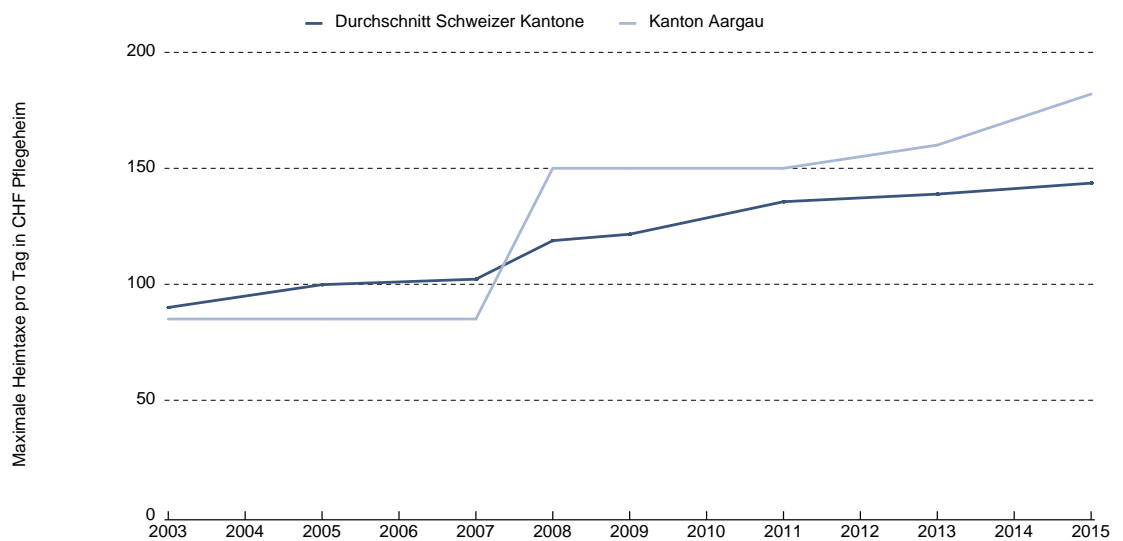
Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 46 Ergänzungsleistungen: Maximale Heimtaxe pro Tag für Pflegeheime nach Kanton 2015



Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

Abbildung 47 Ergänzungsleistungen: Maximale Heimtaxe pro Tag für Pflegeheime nach Kanton 2003 bis 2015



Quelle: Daten: BFS. Darstellung Polynomics.

6.5 Ambulant vor Stationär

Tabelle 8 Alle im Kanton Aargau 2016 behandelte Fälle gemäss «Zürcher-Liste»

Behandlungsgruppe	Aus- tritte	CM ef- fektiv	CMI	Verweil- dauer	Pflege- tage
Total	6'800	5'311.1	0.78	2.70	18'329
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	1'336	729.6	0.55	1.82	2'428
Diagnostische Herzuntersuchungen	1'135	906.1	0.80	3.49	3'960
Leistenhernienoperation	880	566.7	0.64	2.28	2'003
Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität	739	470.2	0.64	1.83	1'356
Perkutane transluminale Angioplastik inkl. Ballondilatation	559	726.0	1.30	3.13	1'751
Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter	499	312.9	0.63	2.46	1'230
Rekonstruktion u. Resektionen bei Deformitäten der Kleinzehen	482	327.9	0.68	3.18	1'531
Periphere Osteosynthesematerial-Entfernungen	474	321.4	0.68	3.17	1'501
Herzschrillmacherimplantation	332	731.2	2.20	4.68	1'555
Hämorrhoideneingriffe	168	77.6	0.46	2.29	384
Teilgebiete der Handchirurgie	109	80.7	0.74	3.77	411
Operation grauer Star	37	32.2	0.87	2.57	95
Nierensteinzertrümmerung	27	15.3	0.57	2.26	61
Zirkumzision	23	13.4	0.58	2.74	63

Quelle: Verein SpitalBenchmark.

Tabelle 9 Alle im Kanton Aargau 2016 behandelte Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von ein oder zwei Tagen sowie einem Schweregradindex von 0 gemäss «Zürcher-Liste»

Behandlungsgruppe	Aus- tritte	CM ef- fektiv	CMI	Verweil- dauer	Pflege- tage
Total	4'467	2'728.3	0.61	1.6	7'180
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	1'197	624.9	0.52	1.5	1'849
Diagnostische Herzuntersuchungen	561	287.3	0.51	1.5	851
Leistenhernienoperation	672	411.9	0.61	1.9	1'245
Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität	664	406.5	0.61	1.6	1'035
Perkutane transluminale Angioplastik inkl. Ballondilatation	271	283.9	1.05	1.7	473
Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter	302	144.1	0.48	1.3	396
Rekonstruktion u. Resektionen bei Deformitäten der Kleinzehen	162	103.8	0.64	1.9	307
Periphere Osteosynthesematerial-Entfernungen	301	151.1	0.50	1.5	457
Herzschrillmacherimplantation	105	197.8	1.88	1.9	198
Hämorrhoideneingriffe	124	53.5	0.43	1.6	193
Teilgebiete der Handchirurgie	53	30.4	0.57	1.7	88
Operation am grauen Star	22	15.0	0.68	1.3	29
Nierensteinzertrümmerung	22	12.1	0.55	1.9	42
Zirkumzision	11	6.0	0.55	1.5	17

Quelle: Verein SpitalBenchmark

Tabelle 10 Alle im Kanton Aargau 2016 behandelte Fälle gemäss «BAG-Liste»

Behandlungsgruppe	Aus- tritte	CM ef- fektiv	CMI	Verweil- dauer	Pflege- tage
Total	2'653	1'529.4	0.58	2.0	5'253
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	1'280	695.5	0.54	1.8	2'300
Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität	713	453.3	0.64	1.8	1'310
Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter	385	253.3	0.66	2.8	1'067
Eingriffe an Hämorrhoiden	207	94.6	0.46	2.2	459
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	57	24.6	0.43	1.5	83
Einseitige Leistenhernien-Operation	11	8.2	0.75	3.1	34

Quelle: Verein SpitalBenchmark

Tabelle 11 Alle im Kanton Aargau 2016 behandelte Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von ein oder zwei Tagen sowie einem Schweregradindex von 0 gemäss «BAG-Liste»

Behandlungsgruppe	Aus- tritte	CM ef- fektiv	CMI	Verweil- dauer	Pflege- tage
Total	2'217	1'180.7	0.53	1.5	3'365
Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus	1'159	603.5	0.52	1.5	1'786
Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität	643	393.2	0.61	1.6	1'004
Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder der Gebärmutter	204	93.3	0.46	1.3	268
Eingriffe an Hämorrhoiden	154	66.1	0.43	1.5	237
Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden	52	21.5	0.41	1.2	60
Einseitige Leistenhernien Operation	5	3.1	0.61	2.0	10

Quelle: Verein SpitalBenchmark

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80