

## **Erläuternder Bericht zum Entwurf für ein Gesetz betreffend die Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (Spitalplanung und -finanzierung)**

vom 21. September 2010

### **I. Ausgangslage**

Das eidgenössische Parlament beschloss am 21. Dezember 2007 eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 zur Neuregelung der Spitalplanung und -finanzierung. Hauptanliegen der Revision ist die Steigerung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Neu müssen deshalb sowohl die Spitalplanung als auch die Spitalfinanzierung leistungsorientiert erfolgen.

Gemäss dem revidierten KVG haben die Kantone mit ihrer Spitalplanung die stationäre Spitalversorgung sicherzustellen. Dabei müssen sie zwingend die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler und deren Leistungen berücksichtigen. Gestützt auf die Spitalplanung hat jeder Kanton eine Spitalliste zu erstellen, die sämtliche Spitäler aufführt, welche vom Kanton einen Leistungsauftrag erhalten. Künftig können diese sogenannten Listenspitäler im Rahmen ihres Leistungsauftrages zulasten der obligatorischen Krankenversicherung und des Kantons tätig werden. Neu wird sich sodann die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten auf sämtliche Listenspitäler aller Kantone erstrecken.

Die stationäre Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten wird künftig mit leistungsbezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRG) abgegolten. Diese sollen zum einen für die Spitäler einen Anreiz zur Steigerung ihrer Effizienz bilden und zum anderen die Kostentransparenz erhöhen und dadurch aussagekräftige Vergleiche zwischen den Spitälern ermöglichen.

Die Fallpauschalen werden von den Versicherern und den Spitälern ausgehandelt und anschliessend von den Kantonen genehmigt. Nur wenn keine Einigung zustande kommt, kann der Kanton den Tarif festsetzen. Neben den Betriebskosten gelten die Pauschalen neu auch die Investitionskosten ab, welche die Spitäler damit in Zukunft aus den laufenden Erträgen zu finanzieren haben.

Die Kantone müssen künftig mindestens 55 % und die obligatorische Krankversicherungen höchstens 45 % der ausgehandelten Pauschalen für die von den Listenspitälern im Rahmen ihrer Leistungsaufträge erbrachten Leistungen übernehmen. Die Kantone bestimmen ihren Anteil jährlich neu. Gemäss Übergangsbestimmung haben sie ihren Finanzierungsanteil bis spätestens 1. Januar 2012 festzusetzen. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Fallpauschalen die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 % und 55 % festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens zwei Prozentpunkte betragen.

Spitäler, die nicht auf die Spitalliste aufgenommen werden, können mit den Versicherungen Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen und damit den Status als sogenanntes Vertragsspital erlangen. Von der Mitfinanzierung durch den Kanton bleiben sie jedoch ausgeschlossen.

Das revidierte KVG ist seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Die leistungsbezogenen Fallpauschalen müssen bis am 31. Dezember 2011 eingeführt werden, und die kantonalen Spitalplanungen sind bis spätestens 1. Januar 2015 an die neuen Vorgaben anzupassen.

## **II. Anpassung der kantonalen Gesetzgebung**

### **1. Notwendigkeit und Form der Anpassung**

Die Revision des KVG macht eine Anpassung der kantonalen Gesetzgebung nötig. Diese soll analog zur Neuorganisation der Pflegefinanzierung im Rahmen des bestehenden kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (TG KVG; RB 832.1) erfolgen. Dabei geht es einzig um die technische Umsetzung der neuen Vorschriften des Bundes nach dem Motto „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“. Auf nicht zwingend notwendige Regelungen und Wiederholungen des Bundesrechts wird bewusst verzichtet.

Aufgrund der engen inhaltlichen Verbundenheit der leistungsbezogenen Fallpauschalen und der leistungsbezogenen Spitalplanung ist es zudem sinnvoll, die kantonale Neuregelung als Gesamtpaket auf einen durch den Regierungsrat zu bestimmenden Zeitpunkt in Kraft zu setzen. Im Kanton Thurgau sollen nach Ansicht des Regierungsrates die Neuregelung der Spitalfinanzierung sowie der Spitalplanung auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt werden.

### **2. Bisherige Regelung**

Die heute gültige Spitalplanung des Kantons Thurgau ist seit 1998 in Kraft. Sie stellt die stationäre Gesundheitsversorgung der Thurgauer Bevölkerung im Wesentlichen durch Leistungsverträge mit inner- und ausserkantonalen Spitälern sicher. Auf der Spitalliste A sind alle Spitäler mit einem Leistungsvertrag aufgeführt. Sie sind berechtigt, ihre Leistungen im Rahmen des KVG-Leistungskataloges und des jeweiligen Leistungsauftrages vollumfänglich zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen, soweit sie nicht vom Kanton subventioniert wurden. Zurzeit verfügen dreizehn innerkantonale und acht ausserkantonale Spitäler über einen Leistungsauftrag in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation (inkl. Nachbehandlung) und Psychiatrie. Bisher wurden die Leistungen nach Leistungsbereichen zugeteilt, und die Planung erfolgte kapazitätsbezogen mittels Festlegung einer Bettenobergrenze. Die Spitalliste B berechtigt zur Versorgung von Patienten und Patientinnen in der Zusatzversicherung.

### **3. Grundzüge der neuen Regelung**

Neu schreibt das KVG vor, dass alle wichtigen Planungsbeschlüsse durch die Kantonsregierungen zu treffen sind. Aufgrund der Justiziabilität, also der Anfechtbarkeit dieser Entscheide bei einer Gerichtsinstanz, ist deren Erlass durch

den Regierungsrat zwingend. Entsprechend sieht die Neuregelung vor, dass der Regierungsrat sowohl die Spitalplanung und die Spitalliste erlässt als auch die konkreten Leistungsaufträge an die Listenspitäler erteilt.

Wie bereits erwähnt, geht es nicht darum, die im KVG und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen enthaltenen Regelungen im kantonalen Gesetz zu wiederholen. Inhalt des kantonalen Gesetzes sollen einzig die für die Umsetzung des Bundesrechts zwingend nötigen Ausführungsbestimmungen und die entsprechenden Zuständigkeiten auf Kantonsebene sein. Demnach wird beispielsweise bewusst auf eine Aufzählung der bereits detailliert in den Artikeln 58a ff. der Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) enthaltenen Planungskriterien verzichtet.

Den Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) folgend ist es hingegen beispielsweise nötig, gesetzliche Grundlagen zu schaffen, um etwa auf Verstösse gegen einen Leistungsauftrag zu reagieren, die für die Spitalplanung und -finanzierung nötigen Daten zu erheben oder die zweckmässige Verwendung der finanziellen Leistungen des Kantons zu überwachen.

In finanzieller Hinsicht bringt die Revision den Wechsel zu einem sogenannten dual-fixen System, wonach sich der Kanton und die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten der durch die Listenspitäler erbrachten Leistungen zu einem festen Prozentsatz teilen. Während der Regierungsrat diesen kantonalen Anteil jährlich festlegt, handeln die Spitäler und Versicherungen die konkreten Tarife unter sich aus. Im Falle einer Einigung genehmigt der Regierungsrat die Tarife, im Falle einer Nichteinigung muss er sie festlegen. Ein wesentlicher Revisionspunkt betrifft sodann die Investitionen, welche neu durch die Fallpauschalen abgegolten werden. Diesbezüglich gilt es, eine kantonale Rechtsgrundlage für die Sicherstellung und Kontrolle der angemessenen Verwendung der Investitionsgelder zu schaffen. Demgegenüber sind Leistungen für universitäre Lehre und Forschung nicht durch die Fallpauschalen gedeckt und müssen separat abgegolten werden.

Die Aufhebung des Gesetzes über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten vom 10. Februar 1999 (RB 811.31) macht es sodann nötig, einzelne Bestimmungen daraus in einen separaten Paragraphen unter dem Titel „Kantons-eigene Spitäler“ zu überführen.

Im Übrigen ist der Regierungsrat zu ermächtigen, weitere Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsstufe zu erlassen.

### **III. Finanzielle Auswirkungen**

Mangels schweizweit einheitlicher Kostenerfassung ist die Verschiebung der bisherigen Finanzierungsstruktur durch die neue Regelung schwierig zu beurteilen. Dennoch zeichnen sich folgende finanziellen Tendenzen ab: Durch die neue kantonale Mitfinanzierung aller inner- und ausserkantonalen Listenspitäler dürften die Versicherer eher entlastet werden. Im Gegenzug werden sie durch die teilweise Übernahme der Investitionskosten eher belastet. Die Zusatzversicherungen dürften durch die kantonale Mitfinanzierung von ausserkantonalen Hospi-

talisationen eher entlastet werden. Noch unklar sind die finanziellen Auswirkungen der freien Spitalwahl. Im Kanton Thurgau ist aufgrund des relativ hohen Behandlungsanteils in bisher privaten Listenspitälern mit einem Anstieg der direkten Spitalbeiträge zu rechnen. Ausgehend von einem Kostenteiler zwischen Kanton und Versicherern von 55 % zu 45 % und aufgrund der Jahresrechnung 2009 ist mit einem systembedingten Mehraufwand für die Spitalfinanzierung von bis zu 40 Millionen Franken pro Jahr zu rechnen. Allfällige Kosten- und Mengensteigerungen bis ins Jahr 2012 sind darin nicht berücksichtigt.

#### **IV. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

##### **§ 28 Spitalplanung**

Zuständig für den Erlass einer Spitalplanung ist von Bundesrechts wegen der Regierungsrat. Zu beachten sind insbesondere die detaillierten Planungskriterien in den Artikeln 58a ff. KVV. Zweck der Planung ist eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Die Spitalplanung ist vom Regierungsrat zwar periodisch zu überprüfen, doch nur - nach Gewährung des rechtlichen Gehörs - bei Bedarf und nicht etwa alljährlich anzupassen. Als Betroffene im Sinne von Absatz 2 gelten in erster Linie die Spitäler. Nicht formell anzuhören sind Dritte wie etwa politische Parteien.

##### **§ 29 Spitalliste**

Gestützt auf die Spitalplanung erlässt wiederum von Bundesrechts wegen der Regierungsrat eine Spitalliste. Diese enthält gemäss Art. 58e KVV die inner- und ausserkantonalen Spitäler, die notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Sodann führt die Spitalliste für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum auf. Analog zur Spitalplanung überprüft der Regierungsrat auch die Spitalliste periodisch und passt sie - ebenfalls nur bei Bedarf und nach Gewährung des rechtlichen Gehörs - an. Als Betroffene im Sinne von Absatz 2 gelten auch hier in erster Linie die Spitäler. Nicht anzuhören sind Dritte wie etwa politische Parteien. Absatz 3 enthält eine nicht abschliessende Aufzählung von Auflagen, von welchen die Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste abhängig gemacht werden kann. Spitäler sollen auch nur für Teile ihres Angebotes auf die Liste aufgenommen werden können, z. B. ausserkantonale Spitäler für ihre Leistungen der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin.

##### **§ 30 Leistungsauftrag**

Jedem Spital auf der Spitalliste (Listenspital) erteilt der Regierungsrat einen Leistungsauftrag. Dieser ist an das jeweilige Spital, dessen Qualitätsvoraussetzungen und dessen Standort gebunden. Grundsätzlich soll ein Leistungsauftrag für die Dauer von vier Jahren erteilt werden, um dem Spital eine gewisse Planungssicherheit zu gewährleisten. Der Regierungsrat unterzieht die Leistungsaufträge jährlich einer Überprüfung.

Aus Gründen der Versorgungssicherheit ist eine Weiter- oder Untervergabe bzw. ein Verkauf von Leistungsaufträgen ausgeschlossen. Von diesem Verbot ausgenommen ist einzig die Untervergabe von medizinischen Supportleistungen, wenn diese die Versorgungssicherheit nicht gefährdet. Als medizinische Supportleistungen gelten einzelne Teilleistungen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrages unterstützen. Es kann beispielsweise sinnvoll sein, dass ein Listenspital zur Sicherstellung des externen Notfalldienstes mit anderen Spitälern zusammenarbeitet oder Radiologie-, Labor- und Pharmazieleistungen zukaft, sofern diese wirtschaftlich und in guter Qualität erbracht werden. Das untervergebende Listenspital trägt dabei die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtbehandlung. Untervergebene Supportleistungen sind im Leistungsauftrag zu kennzeichnen.

Ist ein Listenspital nicht mehr in der Lage, seinen Leistungsauftrag zu erfüllen, hat es den Kanton umgehend zu informieren und die im Leistungsauftrag definierten Massnahmen zu treffen.

Absatz 3 nennt den ganzen oder teilweisen Entzug des Leistungsauftrages und als Folge davon die Streichung des Spitals von der Spitalliste sowie die Rückforderung geleisteter Abgeltungen als Sanktionsmöglichkeiten des Regierungsrates, wenn ein Spital entweder in schwerer Weise oder wiederholt gegen seinen Leistungsauftrag verstösst. Eine Kompensation ist nicht geschuldet. Der Regierungsrat kann den ganz oder teilweise entzogenen Leistungsauftrag umgehend einem anderen Spital erteilen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

### **§ 31 Aufnahmepflicht**

Gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG sind die Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt gemäss Art. 41a Abs. 2 KVG die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Gemäss Art. 41a Abs. 3 KVG sorgen die Kantone für die Einhaltung der Aufnahmepflicht. Diese bundesrechtlich normierte Aufnahmepflicht ist auf kantonaler Ebene nicht zu wiederholen. Hingegen ist festzuhalten, dass das zuständige Departement die Einhaltung der Aufnahmepflicht überprüft. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen betreffend Notfallbehandlungen bei Leistungsaufschub des Versicherers gemäss der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (TG KVV; RB 832.10). Gemäss Absatz 2 kann der Regierungsrat für Thurgauer Patientinnen und Patienten einen Mindestanteil für Leistungen festlegen, die ausschliesslich durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.

### **§ 32 Mindest- und Höchstfallzahlen**

Gemäss § 32 kann der Kanton als Basis für die Zuteilung bestimmter Leistungen Mindestfallzahlen gemäss Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV festlegen und geeignete Massnahmen zur Verhinderung nicht gerechtfertigter Mengenausweitung treffen.

Mindestfallzahlen beruhen in der Regel auf Erfahrungen, normativen Werten oder wissenschaftlichen Überlegungen und dienen der Qualitätssicherung sowie der Angebotskonzentration und damit der Wirtschaftlichkeit. Mindestfallzahlen sind jedoch nur soweit festzulegen, als sie im Zusammenhang mit Qualität und Wirtschaftlichkeit stehen. Es müssen also nicht zwingend für alle Leistungen oder Leistungsbereiche Mindestfallzahlen festgelegt werden. Die bestehende nationale Zusammenarbeit bei der Definition der Mindestfallzahlen mit dem Ziel einer national einheitlichen Umsetzung wird vom Kanton begrüsst und unterstützt.

Im Gegensatz zu den Mindestfallzahlen ist die Festlegung von Höchstfallzahlen ein Instrument der gesetzlich vorgesehenen direkten Mengensteuerung. Mit der Mengensteuerung kann eine unerwünschte Ausdehnung von medizinisch nicht indizierten stationären Behandlungen (z. B. Mengenausweitung, stationäre statt ambulante Behandlungen), welche zwecks Ertragssteigerung vorgenommen wird, bei Bedarf eingeschränkt werden. Die direkte Mengensteuerung bezieht sich auf die Anzahl der Fälle für bestimmte Leistungen oder Leistungsgruppen. Im Leistungsauftrag werden bei der direkten Mengensteuerung die Folgen einer Überschreitung der festgelegten Leistungsmenge definiert. In erster Linie kommt ein Abschlag auf den Fallpauschalen in Frage (degressiver Tarif).

Eine Mengenüberschreitung ist sorgfältig zu analysieren, bedeutet doch das Überschreiten einer beschränkten Mengeneinheit nicht automatisch eine Mengenausweitung. Diese kann auch die Folge der Qualität des Spitals, der Patientenströme bei freier Spitalwahl oder der epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung sein.

### **§ 33 Tarifverträge**

Tarifpartner sind gemäss KVG die Versicherer und die Spitäler. Entsprechend genehmigt der Regierungsrat die vereinbarten Tarifverträge oder setzt Tarife fest, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können. Absatz 2 schreibt den Tarifpartnern inhaltlich vor, in den Tarifverträgen geeignete Massnahmen zur Verhinderung eines Kostenanstiegs aufgrund einer medizinisch und demographisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung vorzusehen. Dabei betreffen allfällige degressive Tarife die Abgeltung auf der Basis von 100 % der Fallentschädigung, welche in den Versicherungs- und den Kantonsanteil aufgeteilt wird.

Aufgrund seiner direkten Mitfinanzierung (55 % der Kosten) hat der Kanton ein wesentliches finanzielles Interesse am Verhandlungsverlauf und -ergebnis. Die Verhandlungspartner sind deshalb zu verpflichten, das Gesundheitsamt angemessen über ihre Tarifverhandlungen zu informieren.

### **§ 34 Daten**

Analog zu Art. 22a KVG auf Bundesebene bildet § 34 eine Rechtsgrundlage für die Datenlieferung der Spitäler und Versicherer an die zuständigen kantonalen Stellen. Sowohl die Spitäler als auch die Versicherer sind gemäss Absatz 1 verpflichtet, den zuständigen kantonalen Stellen die für die Erstellung der Spitalplanung und der Spitalliste, die Erteilung und Kontrolle eines Leistungsauftrages

sowie die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Angemessenheit der Leistungserbringung nötigen Daten der stationären und ambulanten Versorgung unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ohne diese Daten könnten die kantonalen Stellen die genannten Aufgaben nicht seriös erfüllen. Im Übrigen kann der Regierungsrat die Spitäler im Leistungsauftrag sowie die Versicherer gemäss Absatz 2 zur unentgeltlichen Lieferung weiterer Daten verpflichten, falls dies nötig erscheint. Absatz 3 sieht vor, dass die genannten Daten zu statistischen Zwecken und zum Vergleich mit anderen Spitälern in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden können.

### **§ 35 Abgeltungen des Kantons**

Die Abgeltung der vereinbarten Leistungen erfolgt nach einer national einheitlichen Tarifstruktur. Diese ist vom Bundesrat auf Antrag zu genehmigen und wird von der SwissDRG AG – einer gemeinsam von den Versicherern, Spitälern und Kantonen beauftragten Fachorganisation – schweizweit gepflegt und weiterentwickelt. Vorgesehen sind leistungsbezogene Pauschalen vom Typus DRG für die Akutsomatik. Tarifmodelle für die Abgeltung der Rehabilitation und der Psychiatrie sind in Erarbeitung. Das neue Tarifsysteem soll die Transparenz und die Vergleichbarkeit fördern. Die bisherige gesetzliche Pflicht der Kantone zur Defizitdeckung, die teilweise zu fehlenden Effizianzanreizen für die Spitäler führte, wird durch die leistungsorientierte Subventionierung aufgehoben. Der Regierungsrat ist zu ermächtigen, Ausführungsbestimmungen zur Auszahlung und Kontrolle der Abgeltungen zu erlassen.

### **§ 36 Investitionen**

Die leistungsbezogenen Fallpauschalen für die stationäre Behandlung beinhalten neu auch die Anlagenutzungskosten (Investitionen). Der Kanton beteiligt sich somit neu direkt an den Investitionskosten der Listenspitäler. Aus finanziellen und versorgungstechnischen Gründen hat der Kanton ein besonderes Interesse an einer langfristigen und im Sinn des jeweiligen Leistungsauftrages ausgeführten Investitionsplanung. Die Listenspitäler haben deshalb eine auf die langfristige Erfüllung des Leistungsauftrages ausgerichtete Investitionsplanung zu erstellen und diese im Rahmen der jährlichen Überprüfung des Leistungsauftrages offenzulegen. Der Regierungsrat soll bei Bedarf die Möglichkeit haben, geeignete Massnahmen zur Sicherstellung einer zweckmässigen Verwendung der Investitionsbeiträge anzuordnen.

Zudem kann der Regierungsrat den Listenspitälern für Investitionen, welche für die Erfüllung des Leistungsauftrages notwendig sind und für die auf dem privaten Kapitalmarkt keine Finanzierung realisiert werden kann, entsprechende Darlehen oder Garantieleistungen gewähren. Darlehen sind angemessen zu sichern und zu verzinsen. Ist die Sicherung nicht anders möglich, kann der Regierungsrat eine Beteiligung des Kantons am Eigentum verlangen.

### **§ 37 Universitäre Lehre und Forschung**

Gemäss § 37 werden Leistungen für universitäre Lehre und Forschung basierend auf einem Leistungsauftrag separat abgegolten, soweit sie nicht anderweitig finanziert werden. Als Kosten der universitären Lehre gelten Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines Medizinalberufes nach dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11) bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms sowie Aufwendungen für die entsprechende Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte sind gemäss KVG hingegen Teil der Betriebskosten des Spitals und werden mit den Fallpauschalen abgegolten. Die definitive Abgrenzung ist schweizweit einheitlich im Rahmen der Auslegung der nationalen Tarifstruktur vorzunehmen.

Als Forschungskosten gelten gemäss Art. 7 der Verordnung über die Kostenermittlung und der Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) die Aufwendungen für systematische, schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklungen zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden. Die entsprechenden Kosten dürfen nicht als weitere Versorgungsleistungen im Rahmen der Spitalrechnung kompensiert werden, weil Kernaufgaben des Bildungswesens nicht über das Gesundheitswesen finanziert werden sollen.

Die Leistungen der Spitäler im Bereich der universitären Lehre und Forschung sind als Bildungsleistungen von den Universitäten, vom Bund oder von den Kantonen separat abzugelten. Kantonale Lehr- und Forschungsbeiträge sind zwingend an einen Leistungsauftrag zu binden.

### **§ 38 Nicht universitäre Aus- und Weiterbildung**

Gemäss Absatz 1 hat ein Listenspital eine im Verhältnis zur Betriebsgrösse und zum kantonalen Bedarf angemessene Zahl von Fachleuten in den Berufen des Gesundheitswesens auszubilden. Der Regierungsrat regelt gemäss Absatz 2 die Einzelheiten. Die Leistungen der nicht universitären Aus- und Weiterbildung stellen keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG dar. Die Kosten sind deshalb grundsätzlich anrechenbar und durch die Fallpauschalen abzugelten. Wegen der kantonalen Mitfinanzierung sind die Leistungen in Aus- und Weiterbildung als Auflage im Leistungsauftrag festzulegen.

### **§ 39 Besondere Beiträge**

Im KVG wird neu nur noch zwischen ambulanten und stationären Behandlungen unterschieden. Der Begriff „teilstationär“ wurde gestrichen. Der Grund dafür liegt darin, dass sich das Konzept der teilstationären Behandlung in der Praxis nur bedingt bewährt hatte und oft keine kostendeckenden Tarifverträge vereinbart werden konnten. Zur Förderung der Grundstrategien „ambulant vor stationär“ sowie „Integration statt Isolation“ macht es jedoch Sinn, zukunftsorientierte spitalnahe Leistungsangebote in ausgewählten ambulanten Bereichen, für die noch keine kostendeckenden Tarife bestehen, zu fördern. Beispiele sind die mobile Einheit Palliative Plus, Akut-Tageskliniken der Psychiatrie oder Integrationspro-

jekte für verhaltensauffällige Jugendliche in Zusammenarbeit des Departementes für Erziehung und Kultur, des Departementes für Justiz und Sicherheit sowie des Departementes für Finanzen und Soziales (Multisystemische Therapie, MST).

#### **§ 40 Aufsicht**

Die finanziellen Beiträge an inner- und ausserkantonale Spitäler machen einen wesentlichen Teil des Staatshaushalts aus. Verursacht durch die demographische und die medizinische Entwicklung, steigt die Höhe der Abgeltungen. Der Kanton hat deshalb ein erhöhtes Interesse, die Leistungsabrechnungen periodisch zu überprüfen und bei Bedarf Einsicht in die Geschäftsbücher der Listenspitäler zu nehmen. Unabhängig davon hat das jeweilige Listenspital die privatrechtlich vorgesehenen, internen und externen Kontrollorgane einzusetzen und die branchenüblichen Standards zu erfüllen.

#### **§ 41 Verbund kantonaler Krankenanstalten**

Da aufgrund der Revision die öffentlich-rechtlichen und privaten Spitäler im Grundsatz gleich zu behandeln sind, ist das Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten aufzuheben. Diejenigen Bestimmungen, welche die Eigentümerstellung des Kantons betreffen, sind inhaltlich unverändert in einen neuen Paragraphen unter dem Titel „Kantoneigene Spitäler“ zu transferieren. Betroffen sind die Bestimmungen über die Rechtsform der Betriebsgesellschaft (Absatz 1), die Regelung der kapital- und stimmenmässigen Mehrheit und die Übertragung von Aktien (Absatz 2), die Vertretung des Aktienkapitals (Absatz 3), die Eigentumsverhältnisse an den Immobilien (Absatz 4) sowie die Rechtsbeziehungen und Haftungsgrundlagen gegenüber Dritten (Absatz 5).

#### **§ 42 Änderung und Aufhebung bisherigen Rechtes**

Im Rahmen der Revision soll in einem neuen § 32 Abs. 3 des Gesetzes über das Gesundheitswesen (GG) dem zuständigen Departement die Kompetenz erteilt werden, Richtlinien über die Erteilung einer Bewilligung sowie die Errichtung und den Betrieb kommunaler, regionaler oder privater Einrichtungen, namentlich von Krankenanstalten, Pflegeheimen oder medizinischen Instituten im Sinne von § 32 Abs.1 GG zu erlassen.

Sodann erfordert die Revision, wie erwähnt, die Aufhebung des Gesetzes über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten. Die nach wie vor nötigen Bestimmungen werden inhaltlich unverändert in § 41 übertragen.