



KANTON AARGAU

**DEPARTEMENT  
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

24. Juni 2015

**ANHÖRUNGSBERICHT**

---

**Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2025**

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Ausgangslage</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Handlungsbedarf</b> .....	<b>9</b>
2.1 Überarbeitungsbedarf im Spitalgesetz.....	9
2.2 Neue Spital- und Pflegefinanzierung .....	9
2.3 Veränderung im Berichtswesen .....	9
2.4 Verpflichtung des Kantons zur Beeinflussung der Gesundheitsausgaben.....	10
<b>3. Rechtsgrundlagen</b> .....	<b>13</b>
3.1 Gesundheitsrecht im Allgemeinen .....	14
3.2 Krankenversicherungsrecht im Besonderen .....	15
3.2.1 Spitalfinanzierung seit 2012.....	15
3.2.2 Pflegefinanzierung seit 2011.....	16
3.3 Planungsrechtliche Grundlagen .....	16
<b>4. Megatrends im Gesundheitswesen</b> .....	<b>17</b>
4.1 Neues Verständnis von Gesundheit .....	18
4.2 Medizinisch-technischer Fortschritt.....	18
4.3 Demographische Veränderungen .....	19
4.4 Höhere Mobilität .....	20
4.5 Steigende Fragmentierung.....	20
4.6 Ökonomisierung .....	21
4.7 Wandel auf dem Personalmarkt.....	21
4.8 Steigendes Gesundheitsbewusstsein .....	22
<b>5. Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens</b> .....	<b>23</b>
<b>6. Umsetzung</b> .....	<b>26</b>
6.1 Systematik der GGpl 2025 .....	26
6.2 Strategiefindungsprozess.....	27
6.3 Übergeordnete Zielsetzung.....	28
6.4 Strategien in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2025.....	31
6.4.1 Funktionale Strategien .....	32
Strategie 1: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung.....	33
Strategie 2: Fachpersonal.....	37
6.4.2 Strategisches Geschäftsfeld 1: Ambulante Akutversorgung .....	40
Strategie 3: Ambulante Akutversorgung .....	40
Strategie 4: Rettungswesen.....	43
Strategie 5: Palliative Care .....	45
6.4.3 Strategisches Geschäftsfeld 2: Stationäre Akutversorgung .....	48
Strategie 6: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation .....	48
6.4.4 Strategisches Geschäftsfeld 3: Langzeitversorgung .....	54
Strategie 7: Langzeitversorgung .....	54
6.4.5 Strategisches Geschäftsfeld 4: Gesundheitsförderung und Prävention .....	58
Strategie 8: Gesundheitsförderung und Prävention .....	58
<b>7. Finanzielle Auswirkungen</b> .....	<b>62</b>

## Zusammenfassung

Der vorliegende Anhörungsbericht beinhaltet die Grundlagen, Herleitung, strategische Umsetzung und finanziellen Auswirkungen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2025.

Das Gesundheitssystem in den kommenden Jahren wird geprägt sein von einem neuen Verständnis von Gesundheit, das nicht nur auf physische Aspekte ausgelegt ist, sondern ein komplexes Zusammenspiel physischer, psychischer und sozialer Komponenten beinhaltet. Der medizinisch-technische Fortschritt wird immer bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nach sich ziehen, welche die Lebenserwartung erhöhen und den Konsum an Versorgungsleistungen steigern werden. Die höhere Lebenserwartung und weiterhin verhältnismässig niedrige Geburtenrate führen zu demographischen Veränderungen, die sich insbesondere in der zunehmenden Anzahl älterer Menschen und chronisch/multimorbid Erkrankter niederschlagen wird. Gleichzeitig wächst die Mobilität der Menschen rapide an, was künftig zu einer schnelleren Verbreitung von Krankheiten, aber auch zu verstärkt ortsunabhängigen Behandlungsmöglichkeiten führen könnte. Die freie Spitalwahl begünstigt zudem eine zielgerichtete Auswahl des Behandlungsortes, was eine Zunahme an ausserkantonalen Patientenströmen nach sich zieht. Auf dem Angebotsmarkt wird durch die stetige Ausdifferenzierung der Leistungen und des Personals die Fragmentierung weiter zunehmen, wodurch zukünftig mehr Koordination unter den Leistungserbringern und mehr integrierte Versorgungsmodelle benötigt werden. Durch die Wettbewerbsstärkung im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung und eine grundsätzlich steigende Anspruchs- und Konsumhaltung der Patientinnen und Patienten wird das Gesundheitssystem darüber hinaus immer stärker ökonomischen Kriterien unterliegen. Ebenfalls verändern werden sich sowohl die Anzahl als auch die Qualifikation des Fachpersonals im Gesundheitswesen, was aufgrund des steigenden Bedarfs unweigerlich die Risiken einer Personalknappheit mit sich bringen wird. Sämtliche beschriebenen Entwicklungen finden vor dem Hintergrund eines steigenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung statt, das künftig zu einer aktiveren Rolle der Patientinnen und Patienten führen könnte.

Neben den dargestellten Trends sind ebenfalls die Kosten und Nutzen des Gesundheitssystems in der strategischen Planung zu berücksichtigen. Verschiedene Faktoren führen dazu, dass der Konsum von Versorgungsleistungen weiter zunimmt und die Gesundheitskosten schweizweit und im Kanton Aargau in den kommenden Jahren weiter ansteigen werden. Auf kantonaler Ebene wurden zur Steuerung der Kostenentwicklung bereits Massnahmen auf Basis des Berichts "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" in die Wege geleitet, die im Rahmen der Revision der GGpl aus aktueller Perspektive neu bewertet werden. Im Zusammenhang der steigenden Kosten im Gesundheitssystem ist ebenfalls der volkswirtschaftliche Nutzen des Gesundheitswesens zu beachten. Dieser manifestiert sich insbesondere in der Beschäftigung und Wertschöpfung, die sich aus dem Gesundheitssektor ergeben.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen beinhaltet die übergeordnete strategische Ausrichtung der Gesundheitspolitik im Kanton Aargau eine doppelte Perspektive, die sowohl individuelle als auch strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens miteinbezieht. Gesundheitspolitik hat zum Ziel, die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung mit den politisch zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu gewährleisten. Gemäss diesem Ziel werden für die GGpl 2025 drei Teilzielsetzungen formuliert, von denen sich eine auf die individuelle Ebene des Gesundheitsverhaltens (Befähigungszielsetzung) bezieht und zwei auf der strukturellen Ebene des Gesundheitssystems (Versorgungs- und Finanzierungszielsetzung) angesiedelt sind. Im Rahmen der Befähigungszielsetzung wird angestrebt, Menschen im Kanton Aargau zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu befähigen. Die Versorgungszielsetzung beinhaltet bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgungsangebote in der notwendigen Qualität. Die Finanzierungszielsetzung strebt die langfristige Finanzierbarkeit des aargauischen Gesundheitssystems im Interesse der Leistungsbezügler, Prämien- und Steuerzahler an. Insgesamt acht Strategien sollen zur Erreichung der übergeord-

neten Zielsetzung beitragen. Innerhalb der acht Strategien wird anhand von strategischen Schwerpunkten beschrieben, wie die Umsetzung der einzelnen Strategien konkret geplant ist. Die Strategien in der GGpl 2025 werden verstanden als grundsätzliche Aussagen innerhalb der relevanten Geschäftsfelder über die Verwirklichung langfristiger Ziele im Gesundheitswesen mit einem strategischen Horizont bis 2025. Die langfristige und umfassende Formulierung der Strategien und strategischen Schwerpunkte ermöglicht es, ihre Umsetzung jeweils in Bezug zur aktuellen finanziellen Situation des Kantons zu bewerten.

Die Strategien 1 und 2 sind funktionaler Art, was bedeutet, dass sie sich auf Querschnittsthemen beziehen, die das gesamte Gesundheitswesen betreffen. Strategie 1 (Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung) zielt darauf ab, alle Partner im Aargauer Gesundheitswesen miteinander zu vernetzen und die Behandlungs- und Betreuungsprozesse zu integrieren. Weiterhin sollen zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung dieser Prozesse gezielt elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien (zum Beispiel das elektronische Patientendossier) eingesetzt werden. Strategie 2 beinhaltet die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifiziertem Fachpersonal für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung. Hierfür sind insbesondere die Erhöhung der Berufsverweildauer sowie der Erhalt im und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zentral.

Die Strategien 3 bis 8 gelten themenspezifisch für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche und verteilen sich auf insgesamt vier strategische Geschäftsfelder: Erstens ambulante Akutversorgung, zweitens stationäre Akutversorgung, drittens Langzeitversorgung und viertens Gesundheitsförderung und Prävention. Im strategischen Geschäftsfeld 1 (ambulante Akutversorgung) werden insgesamt drei Strategien formuliert. Strategie 3 bezieht sich auf die ambulante Akutversorgung im Allgemeinen und hat deren Sicherstellung im Sinne einer Vermeidung von Über- und Unterversorgung zum Ziel. Zudem werden in der Strategie bedarfsgerechte Versorgungsmodelle berücksichtigt. Strategie 4 betrifft den Teilbereich Rettungswesen und beinhaltet eine Ausrichtung der rettungsdienstlichen Versorgung auf anerkannte Qualitätskriterien, was beispielsweise die Verpflichtung der akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste zur Sicherstellung der Rettungsdienste und die Einführung eines Notarztsystems nach sich zieht. In Strategie 5 wird das Thema Palliative Care behandelt und ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Angebot der entsprechenden Palliative Care Leistungen in der Grundversorgung und spezialisierten Versorgung angestrebt. Die Umsetzung dieses Angebots könnte über die Bildung mobiler Palliativdienste erfolgen.

Das strategische Geschäftsfeld 2 (stationäre Akutversorgung) beinhaltet eine umfassende Strategie für die Teilbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation (Strategie 6). Diese zielt darauf ab, in der akutstationären Versorgungslandschaft wettbewerbsnahe Rahmenbedingungen zu schaffen und über die Spitalplanung ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Versorgungsangebot zu gewährleisten. Über die Spitalliste sollten in spezialisierten und hochspezialisierten Fachgebieten Leistungen konzentriert angeboten werden, um unangemessene Mengenausweitungen, Qualitätseinbussen und Fragmentierungen zu vermeiden. Bei der Auswahl der Leistungserbringer für ein bestimmtes Angebot kann der Kanton somit bewusst jene auswählen, die kostengünstig und in der notwendigen Qualität arbeiten. In diesem Zusammenhang wird zudem angestrebt, das Kosten- und Leistungscontrolling dezidiert durchzuführen. Weiterhin soll die Möglichkeit, Leistungsaufträge in Bezug auf ambulante Tätigkeiten zu konkretisieren, ausgeschöpft werden. Im Hinblick auf die Spitalaktiengesellschaften des Kantons sollen das Eigentümerprofil geschärft und Instrumente zu dessen Umsetzung zur Anwendung kommen.

Auch im strategischen Geschäftsfeld 3 (Langzeitversorgung) wird für den ganzen Bereich der Langzeitversorgung, das heisst sowohl ambulant als auch stationär, eine Strategie formuliert. In Strategie 7 wird das Ziel verfolgt, für Menschen in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf integrierte, regionale und kostengünstige Versorgungs- und Betreuungsstrukturen zu schaffen, welche sich nach dem aktuellen Bedarf richten. Das entsprechende Angebot soll durch die Regionalpla-

nungsverbände mit Unterstützung durch den Kanton organisiert werden. Weiterhin relevant für die Strategie im Bereich Langzeitversorgung sind die Aspekte der Selbstbestimmung und sozialen Integration der Betroffenen, welche durch die Versorgungsstrukturen begünstigt werden sollen. Wachsende Bedeutung ist jenen Menschen beizumessen, die an demenziellen Erkrankungen leiden und somit einer besonderen Behandlung bedürfen.

Das strategische Geschäftsfeld 4 beinhaltet schliesslich die Themen Gesundheitsförderung und Prävention, für welche ebenfalls eine umfassende Strategie gelten soll. Strategie 8 zielt darauf ab, Menschen im Kanton Aargau dazu zu befähigen, ihre Gesundheit zu fördern und die Entstehung und Verbreitung übertragbarer und nicht-übertragbarer Krankheiten mittels präventiver Massnahmen zu begrenzen. Die Strategie gilt insbesondere für die Themengebiete Infektionskrankheiten und chronische Erkrankungen und den Bereich der Gesundheitskompetenz.

---

## 1. Ausgangslage

Mit der Botschaft vom 6. Juli 2005<sup>1</sup> hat der Regierungsrat dem Grossen Rat die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) erstmalig unterbreitet. Die zweite Fassung der GGpl entstand im Jahr 2010 aus der redaktionellen und auf die neue Spital- und Pflegefinanzierung ausgerichteten Überarbeitung der GGpl 2005 und stellte keine umfassend neue strategische Planung dar. Vier Hauptgründe rechtfertigen die Überarbeitung der GGpl zum aktuellen Zeitpunkt: Erstens besteht der explizite Auftrag im Spitalgesetz, die GGpl periodisch zu überarbeiten, zweitens führen unter anderem die bereits umgesetzte Spital- und Pflegefinanzierung sowie externe Entwicklungen zu neuen Herausforderungen in der gesundheitspolitischen Planung, drittens sind eine Veränderung im Berichtswesen und eine deutliche Reduktion der Planungswerke angezeigt, welche eine konsequente strukturelle Überarbeitung der GGpl benötigen, und viertens kann mit der GGpl eine strategische Grundlage geschaffen werden, der expliziten Verpflichtung des Kantons zur Dämpfung steigender Gesundheitsausgaben nachzukommen.<sup>2</sup> Aufgrund des vorausschauenden Charakters bezieht sich der Titel der GGpl neu nicht mehr auf das Erstellungsjahr, sondern auf den strategisch anvisierten Zeithorizont bis 2025. Somit zielen die Strategien auf eine langfristige Gültigkeit ab. Ihre Umsetzung ist folglich stets in Abhängigkeit von der jeweiligen finanziellen Situation des Kantons zu bewerten. Jegliche Umsetzungsvorschläge der strategischen Schwerpunkte sind im Rahmen der geltenden Aufgaben- und Finanzplanung zu entwickeln und entsprechend der Zuständigkeiten vom Regierungsrat und Grossen Rat zu beschliessen. Je nach Ausgestaltung und zeitlicher Staffelung werden Umsetzungsvorschläge vorgelegt, über deren Kostenfolge und Ausgestaltung von Fall zu Fall unterschieden wird.

Auf Basis der Strategien aus der GGpl 2010 wurden im Kanton Aargau verschiedene Massnahmen eingeleitet, deren Umsetzung aus aktueller Perspektive beurteilt und in die Strategieentwicklung für die GGpl 2025 miteinbezogen werden müssen. Diese werden in der folgenden Tabelle validiert. Damit wird aufgezeigt, welche Wirkung die Strategien bislang hatten und in welchen Bereichen noch Handlungsbedarf für die GGpl 2025 besteht. Somit wird in der Darstellung auch darauf verwiesen, welche Themenbereiche in der GGpl 2025 strategisch weiterverfolgt werden.

Die Grundlage der unten stehenden Validierung des Status Quo bilden die GGpl 2010 sowie der Bericht "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik". Letzterer galt ergänzend zur GGpl 2010 als Referenzwerk für die künftige Kostenentwicklung und hatte entsprechende Massnahmen zur Kostenbeeinflussung hervorgebracht, die im Zuge der GGpl 2025 aus heutiger Perspektive nochmals im Detail überprüft werden (Kapitel 2.4).

---

<sup>1</sup> Botschaft-Nr. 05.181.

<sup>2</sup> vgl. Strategie 25 der GGpl 2010 "Finanzierbarkeit"

- ✓ Strategie erfüllt; keine Weiterführung des Themas in der GGpl 2025
- Weiterführung des Themas in der GGpl 2025

Strategien in der GGpl 2010	Eingeleitete Massnahmen		Verortung des Themas in der GGpl 2025
Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung	Umsetzung der neuen Spital- und Pflegefinanzierung seit 2011/2012	✓	–
Strategie 2: Spitalliegenschaften	Übertragung der Spitalliegenschaften an Aktiengesellschaften	✓	–
Strategien 3–5: Gesundheitsförderung, Prävention, Suchtprävention	Weiterführung der Schwerpunktprogramme: Gesundes Körpergewicht, Gesundheitsfördernde Schulen Aargau, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung im Alter, Psychische Gesundheit	→	Strategie 8
Strategien 6–8: Spitalversorgungskonzept, Spitalliste, Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung	Umsetzung der Spitalliste	→	Strategie 6
Strategien 9–10: Ambulante Versorgung durch Spitäler und Niedergelassene	Etablierung der Hausarztmentoren	→	Strategie 3
Strategien 11–12: Notfallversorgung, Rettungswesen	Etablierung der Einsatzleitstelle Sanität	→	Strategie 4
Strategien 13–17: Unterstützung und Vernetzung in der Langzeitversorgung, Angebote der Übergangspflege	Mandatierung der Regionalplanungsverbände für die Koordination des Angebots in der Langzeitversorgung Etablierung der kantonalen Clearingstelle Pilotprojekt Akut- und Übergangspflege	→	Strategie 7
Strategie 18: Palliative Care	Leistungsvergabe an Listenspitäler (Kompetenzzentrum Palliative Care) Kantonales Palliative Care Konzept	→	Strategie 5

Strategien in der GGpl 2010	Eingeleitete Massnahmen		Verortung des Themas in der GGpl 2025
Strategie 19: Psychiatrie	<p>Förderung ambulanter Angebote: Pilotprojekt Integrierte sektorisierte Psychosebehandlung (ISPB)</p> <p>Eröffnung des Kriseninterventions- und Triagezentrums (kitz)</p>	→	Strategie 6
Strategie 20: Suchttherapie	<p>Stationäre Suchttherapie: Leistungsvergabe auf der Spitalliste an zwei Suchttherapiestationen</p> <p>Ambulante Suchttherapie: Überprüfung ambulanter Strukturen</p>	→	Strategie 3 Strategie 6
Strategie 21: Rehabilitation	keine	→	Strategie 6
Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen	Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung auf der Basis der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes	→	Strategie 2
Strategie 23: Einsatz von eHealth	<p>Massnahmen im Rahmen des Programms "eHealth Aargau 2015" und des Projekts "Masterplan Integrierte Versorgung" (MIVAG 2017)</p> <p>Bildung des kantonalen Koordinationsorgans zur Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen für das elektronische Patientendossier</p> <p>Erste Massnahmen zum Aufbau des elektronischen Patientendossiers</p> <p>Gründung des Vereins eHealth Aargau (Zweck: Aufbau und Betrieb der eHealth-Gemeinschaft Aargau)</p> <p>Modellversuche im Rahmen von Kooperationen zwischen Behörden und Privaten</p>	→	Strategie 1
Strategie 24: Qualität	<p>Qualitätsmessungen in Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation auf der Basis des nationalen Qualitätsvertrags (ANQ)</p> <p>Externe Qualitätsaudits bei den Listenspitälern</p> <p>Qualitätsreporting und externe Audits in der ambulanten und stationären Langzeitpflege</p>	→	Übergeordnete Versorgungszielsetzung

Strategien in der GGpl 2010	Eingeleitete Massnahmen		Verortung des Themas in der GGpl 2025
Strategie 25: Finanzierbarkeit	<p>Priorisierte Massnahmen zur Dämpfung des Wachstums der Gesundheitskosten (Szenario A):</p> <p>Spitalmonitoring: Beobachten der Listenspitäler hinsichtlich der Aufgabenerfüllung in verschiedenen Dimensionen (Leistungsauftrag, Gestehungskosten, Qualität, Finanzielle Aspekte)</p> <p>Analyse der Baserates und ihrer Veränderungen vor dem Hintergrund der Kostensituation</p> <p>Tarifgenehmigung auf der Basis von klaren Fakten</p> <p>Durchsetzung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung</p> <p>Förderung der Konzentration von Leistungen über die Spitalliste (Mindest- und Maximalfallzahlen, Qualität und Wirtschaftlichkeit) und Optimierung der Spezialversorgung (inner- und interkantonal)</p> <p>Massnahme im Rahmen der Eigentümerstrategie für festgelegte Bereiche unter Beibehaltung der Qualität</p> <p>Förderung eines überkantonalen Preiswettbewerbs zwischen Leistungserbringern</p> <p>Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich</p> <p>Laufende Anpassung der Psychiatriever-sorgung</p> <p>Sensibilisierung der aargauischen National- und Ständeräte</p> <p>Interventionen in der GDK</p> <p>Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für neue Lösungsansätze und implizite Konflikte (Leistungskonsum, Kostensensibilität).</p>	→	<p>Übergeordnete Finanzierungszielsetzung</p> <p>Strategie 6</p>

## 2. Handlungsbedarf

### 2.1 Überarbeitungsbedarf im Spitalgesetz

Das Spitalgesetz (SpG) äussert sich explizit in § 5 Abs.1 zur periodischen Überarbeitung der GGpl. Zur Periodizität lassen sich aus den Gesetzen keine bestimmten Zeiträume ableiten, jedoch ergibt sich der aktuelle Bedarf aus den nun umgesetzten Änderungen in der Pflege- und Spitalfinanzierung, welche die Strategien der GGpl sowie alle anderen Planungskonzeptionen beeinflussen.

### 2.2 Neue Spital- und Pflegefinanzierung

Seit dem Inkrafttreten der neuen Spital- und Pflegefinanzierung am 1. Januar 2012 beziehungsweise 2011 sind erste Erfahrungen vorhanden, welche eine Aktualisierung der Strategien in der GGpl nach sich ziehen. Die Absicht, die Revision der GGpl zu diesem Zeitpunkt zu realisieren, hat die Vorsteherin des Departements Gesundheit und Soziales in der Debatte des Grossen Rats vom 26. Oktober 2010 zur Beschlussfassung über die GGpl 2010 bereits erläutert. Dies unter anderem deshalb, da die GGpl 2010 primär eine redaktionelle Überarbeitung der GGpl 2005 und keine umfassend neue strategische Planung war. Diese Vorgehensweise lag in dem Vorhaben begründet, die strategischen Leitlinien nach Inkrafttreten der neuen Regeln des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) umfassend neu gestalten zu können. Seither haben sich Veränderungen ergeben, die eine inhaltliche Überarbeitung der Strategien bewirken (vgl. Megatrends im Gesundheitswesen, Kapitel 4).

### 2.3 Veränderung im Berichtswesen

Die GGpl bildet neben den gesetzlichen Grundlagen die Hauptreferenz für gesundheitspolitische Entscheidungen. Weiterhin sind die Spitalliste sowie die Strukturberichte massgeblich für die kantonale Steuerung. Insgesamt bestehen zwölf weitere unterschiedliche aktuelle Konzeptionen für den Gesundheitsbereich (unter anderem Spitem-Leitbild, Pflegeheimkonzeption, Spitalkonzeption etc.). Die unübersichtliche Fülle an Dokumenten hat zu der Überlegung geführt, den Umfang an Publikationen zu verringern, ohne jedoch auf wesentliche Inhalte zu verzichten. Somit sollen künftig drei Strukturberichte verfasst werden, welche sich jeweils auf den Akutbereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation), den Langzeitbereich (inklusive Pflegeheimkonzeption und Spitem-Leitbild) und neu auch auf den ambulanten Bereich beziehen. Der Bedarf eines Berichts zur ambulanten Versorgung ergibt sich unter anderem aus dem (13.28) Postulat von Dr. Theo Voegtli und weiteren vom 5. März 2013 zur Finanzierbarkeit und Gewährleistung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung. In diesem Bericht wird die Notwendigkeit strategischer Weichenstellungen in Bezug auf die Kostenentwicklung und Steuerungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich festgeschrieben. Auch der Bundesrat bezeichnet in seiner gesundheitspolitischen Planung die Untersuchung des ambulanten Sektors als prioritär.<sup>3</sup> Der Strukturbericht zur ambulanten Versorgung wird erst mit einem gewissen zeitlichen Abstand zu den Strukturberichten über Akut- und Langzeitversorgung erscheinen können. Der Grund liegt in der Sammlung und Analyse ambulanter Gesundheitsdaten, welche erst in den Anfängen steckt, da in der Schweiz bisher nur die Steuerung des stationären Gesundheitswesens üblich ist. Zusätzlich zu den drei Strukturberichten existiert in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention eine eigenständige Strategie mit 5 Schwerpunktprogrammen.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> vgl. den Bericht "Gesundheit 2020 – die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates"

<sup>4</sup> Gesundes Körpergewicht, Gesundheitsfördernde Schule Aargau, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung im Alter, Psychische Gesundheit.

Da die GGpl als übergeordnetes Werk den Referenzpunkt für die drei periodisch zu verfassenden Strukturberichte bilden soll, muss sie zwingend vor der Erstellung der Berichte inhaltlich sowie strukturell an das neue Berichtswesen angepasst werden. Es entsteht damit eine klare Zweiteilung des Berichtswesens mit Unterscheidung zwischen strategischer und operativer Berichtstätigkeit. Die GGpl schreibt die mittelfristige strategische Planung mit einem Horizont von zehn Jahren fest, während die Strukturberichte die jeweils aktuellen Strukturen des kantonalen Gesundheitswesens sowie alle versorgungsrelevanten Basisdaten, wie beispielsweise die Bevölkerungsentwicklung, Fallzahlen, Kostendaten und Patientenströme abbilden. Die Strukturberichte können in kurzen Abständen überarbeitet werden und damit auf die aktuellen Entwicklungen reagieren.

## **2.4 Verpflichtung des Kantons zur Beeinflussung der Gesundheitsausgaben**

Die Erfüllung des kantonalen Versorgungsauftrags gestaltet sich insofern äusserst vielschichtig, als dass das Gesundheitssystem eine Vielzahl verschiedener Akteure mit divergierenden Erwartungen umfasst und idealtypisch marktwirtschaftliche sowie politisch steuerbare Elemente nebeneinander existieren. Innerhalb dieses Erwartungsspektrums kommt dem Kanton häufig eine anspruchsvolle Mehrfachrolle zu: So vereint er in vielen Bereichen sowohl gestalterische und planerische als auch finanzielle Kompetenzen. Diese Mehrfachrolle bleibt aufgrund der dargestellten Verflechtungen nicht widerspruchsfrei und verlangt nach Möglichkeiten, sich flexibel an neue Gegebenheiten anzupassen. Insbesondere vor dem Hintergrund der immer virulenter werdenden Diskussion über Massnahmen zur Kostendämpfung tut sich ein offensichtliches Spannungsfeld zwischen ökonomischen Überlegungen einerseits und qualitäts- und solidaritätsorientierten Absichten andererseits auf.

Im Bericht "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" aus dem Jahr 2012 wurden Massnahmen priorisiert, welche das Wachstum der Gesundheitskosten – soweit in der Kompetenz des Kantons liegend – bis 2025 dämpfen sollen. Mit dem Szenario A wurde eine Entwicklung der Gesundheitskosten angestrebt, welche die Erfüllung anderer Staatsausgaben nicht gefährdet. Indes hat sich gezeigt, dass die konkrete Umsetzung der Spitalfinanzierung zum Teil eine Revision der im Rahmen des Finanzierbarkeitsberichts getroffenen Annahmen notwendig macht. Dies betrifft insbesondere die im Finanzierbarkeitsbericht prognostizierte Entwicklung der Baserate sowie die aufgrund der Rechtspraxis vorhandenen Steuerungsmöglichkeiten des Kantons im Bereich der Tariffestsetzung und -genehmigung. Die Entwicklungen führen zu einer Neugewichtung der bestehenden Massnahmen aus dem Finanzierbarkeitsbericht, die entsprechend im strategischen Geschäftsfeld 2 berücksichtigt wird (Kapitel 6.4.3).

Das gemäss AFP 2015–2018 verwendete "realistische" Szenario A geht von einer jährlichen Abnahme der durchschnittlichen Baserate im Bereich der Akutsomatik von 2 % aus. Diese Entwicklung kann nach neuen Erkenntnissen nicht bestätigt werden. So lag die in Szenario A als Ausgangspunkt angenommene Baserate bereits unter dem tatsächlich genehmigten Tarif. Die aktuelle Datenlage zeigt zudem, dass bei den Zentrumsspitalern lediglich von einer jährlichen Abnahme von ca. 0,25 % der durchschnittlichen Baserate ausgegangen werden kann, bis sich eine Nivellierung des Tarifs einstellt. Diese hat laut aktueller Einschätzung bei den Regionalspitalern bereits stattgefunden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nach erfolgter Nivellierung die Baserate in beiden Spitalformen analog der Teuerungsrate leicht steigen wird. Diese Prognose widerspricht den Annahmen des Szenarios A aus dem Finanzierbarkeitsbericht, innerhalb welchem von einer kontinuierlichen Degression ausgegangen wurde, und hat zur Folge, dass die resultierenden Aufwände im Bereich der Akutsomatik angepasst werden müssen.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Baserate haben sich zudem Verschiebungen in den Steuerungsmöglichkeiten des Kantons in Bezug auf die Tariffestsetzung und -genehmigung ergeben.

Gemäss KVG werden die Tarife zwischen Versicherern und Leistungserbringern verhandelt und müssen vom Kanton nach einheitlichen Regeln beurteilt werden. Bei Nichteinigung der Tarifpartner im Rahmen einer Tariffestsetzung kann der Kanton den Effizienzmassstab auf Basis eines transparenten Benchmarkingprozesses selbst definieren und so in einem gewissen Masse die Höhe der Spitaltarife beeinflussen. Da sich die beschriebene Nivellierung der Baserate grösstenteils noch nicht eingestellt hat, sind die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons über die Tariffestsetzung somit bis zum Zeitpunkt der Stabilisierung dementsprechend hoch. Nachdem die ersten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) Grundsatzfragen zum Vollzug der neuen Spitalfinanzierung geklärt haben, wird es künftig jedoch immer weniger zu Tariffestsetzungen und vermehrt zu vertraglichen Lösungen zwischen den Tarifparteien kommen. Damit bleibt dem Kanton lediglich die Tarifgenehmigung, deren gestalterischer Einfluss jedoch wesentlich geringer ist, als angenommen wurde. So ging der Finanzierbarkeitsbericht unter anderem davon aus, dass auch verhandelte Tarife der Spitäler im Rahmen der behördlichen Tarifgenehmigung beeinflussbar sind.<sup>5</sup> Die Grundsatzurteile des BVGer zur neuen Spitalfinanzierung zeigen jedoch auf, dass die Einflussmöglichkeiten des Kantons bei den Tarifgenehmigungen weitaus geringer sind, als damals unterstellt wurde.<sup>6</sup> So hat sich herausgestellt, dass das Prinzip der Vertragsfreiheit stärker gewichtet wird und die Tarifpartner bei der Preisfindung einen dementsprechend grossen Ermessensspielraum haben. Der Kanton wiederum hat als Genehmigungsbehörde die Verhandlungsautonomie der Tarifpartner zu respektieren und darf insbesondere nicht sein Ermessen an die Stelle eines sachgerecht ausgeübten Ermessens der Tarifpartner stellen. Eine nachträgliche Beschränkung der Vertragsfreiheit beim Genehmigungsverfahren ist nur bei Missachtung der bundesrechtlichen Vorgaben beziehungsweise bei Ermessensüberschreitung möglich. Nach der zu erwartenden Nivellierung der Baserate und dem damit verbundenen Rückgang an Tarifsetzungen werden dem Kanton somit kaum mehr Möglichkeiten mehr zur Verfügung stehen, die Höhe der Spitaltarife zu beeinflussen. Es wird in den kommenden Jahren daher umso zentraler sein, die noch bestehenden Steuerungskompetenzen in diesem Bereich auszuschöpfen.

Zur Beurteilung der Steuerungsmöglichkeiten auf Basis der innerkantonalen Spitalplanung – Förderung der Konzentration von Leistungen über die Spitalliste (Mindestfallzahlen, Qualität und Wirtschaftlichkeit) und Optimierung der inner- und interkantonalen Spezialversorgung – muss zunächst der Abschluss zweier hängiger Verfahren vor dem BVGer hinsichtlich nicht erteilter Versorgungsaufträge im Rahmen der Spitalliste 2015 abgewartet werden. Sollte das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde abweisen, wäre dies ein grundsätzliches Signal zugunsten der Steuerungsmöglichkeiten des Kantons über die Spitalliste. Es ist darüber hinaus festzuhalten, dass aufgrund der im KVG statuierten freien Spitalwahl nicht beeinflusst werden kann, ob eine medizinische Behandlung inner- oder ausserkantonal stattfindet. Der stationäre Leistungsbezug der Kantonseinwohnerinnen und -einwohner lässt sich somit nicht beschränken. Diese Tatsache relativiert die Steuerungsfunktion der kantonalen Spitalliste zugunsten eines verstärkten interkantonalen Wettbewerbs unter den Spitälern. Eine sachgerechte Spitalplanung, die Konzentration und Kooperation unter den Spitälern fördert und ihre Wettbewerbssituation stärkt, wird daher umso wichtiger werden.

---

<sup>5</sup> So wurde im Finanzierbarkeitsbericht von einer durchschnittlichen Baserate von Fr. 9'500.– ausgegangen (Szenario A). Auch wurde angenommen, dass die Höhe der Baserates direkt vom Kanton beeinflusst werden kann (Bericht, S. 31 f. und 55 f. priorisierte Massnahme Nr. 4 "Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durchsetzen").

<sup>6</sup> Zum Beispiel Urteil zur Baserate des Luzerner Kantonsspitals vom 7. April 2014 oder zu den Baserates der Zürcher Stadtpitäler Waid & Triemli vom 11. September 2014.

Was die Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich angeht, so kann vom Kanton aktuell zwar noch nicht gesteuert werden, ob eine Spitalbehandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird. Es besteht jedoch die Möglichkeit, im Rahmen von Leistungsaufträgen festzulegen, welche Leistungen in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen. Eine solche Auflage ist als Präzisierung von Art. 39 Abs. 1 lit. 3 KVG zu verstehen.

Hinsichtlich der im Finanzierbarkeitsbericht formulierten Annahmen ist zusammenfassend somit davon auszugehen, dass bis zur Nivellierung der Baserate noch erweiterte Steuerungsmöglichkeiten in der Tarifsetzung zur Verfügung stehen, die Beeinflussbarkeit der Tarife durch den Kanton nach der Stabilisierung jedoch weitaus geringer sein wird. Danach werden sich die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf eine sachgerechte Spitalplanung und die Präzisierung der Leistungsaufträge konzentrieren (siehe ausführlich in Kapitel 6.4.3).

Im Folgenden werden die Beurteilung der priorisierten Massnahmen aus dem Finanzierbarkeitsbericht sowie der aktuelle Stand ihrer Umsetzung nochmals im Detail dargestellt:

Priorisierte Massnahme		Beurteilung aus aktueller Perspektive
Spitalmonitoring: Beobachten der Listenspitäler hinsichtlich der Aufgabenerfüllung in verschiedenen Dimensionen (Leistungsauftrag, Gestehungskosten, Qualität, Finanzielle Aspekte)	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequente Vergabe von Leistungsaufträgen</li> <li>• Überprüfung der Vergabe von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)</li> <li>• Überprüfung der Qualitätsanforderungen</li> <li>• Überprüfung der Kodierrevisionsberichte</li> </ul>
Analyse der Baserates und ihrer Veränderungen vor dem Hintergrund der Kostensituation	✗	Relativierung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung der Baserate nicht zutreffend</li> </ul>
Tarifgenehmigung auf der Basis von klaren Fakten	✗	Relativierung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffestsetzung: Hohe Steuerungskompetenz bis zur Nivellierung der Baserates</li> <li>• Tarifgenehmigung: Künftig geringe Steuerungsmöglichkeiten des Kantons; Nichtgenehmigung seitens Kanton nur bei klarer Ermessensüberschreitung der Tarifparteien möglich</li> </ul>
Durchsetzung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des Spitallistenverfahrens</li> <li>• Jährliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Tarifgenehmigungen und -festsetzungen</li> </ul>
Förderung der Konzentration von Leistungen über die Spitalliste (Mindestfallzahlen, Qualität und Wirtschaftlichkeit) und Optimierung der Spezialversorgung (inner- und interkantonal)	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequente Leistungsvergabe in überarbeiteter Version der Spitalliste</li> <li>• Einschränkung: Aufgrund der freien Spitalwahl müsste die Aufnahme von ausserkantonalen Patienten bei fehlendem Leistungsauftrag von der Mengensteuerung ausgenommen werden</li> </ul>

Priorisierte Massnahme		Beurteilung aus aktueller Perspektive
Massnahme im Rahmen der Eigentümerstrategie für festgelegte Bereiche unter Beibehaltung der Qualität	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigentümerrolle: Konsolidierung Eigentümerstrategie, Anwendung PCG-Richtlinien, Reporting und Controlling</li> <li>• Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung</li> <li>• Konsolidierung Spitalliste, Spitaltarife</li> <li>• Neu: Strategischer Schwerpunkt in Strategie 6</li> </ul>
Förderung eines überkantonalen Preiswettbewerbs zwischen Leistungserbringern	✗	<p>Relativierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preiswettbewerb aufgrund geringer Unterschiede zwischen Tarifen nicht möglich</li> </ul>
Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präzisierung der Leistungsaufträge</li> <li>• Mitfinanzierung von ambulanten Angeboten zur Entlastung stationärer Strukturen (zum Beispiel in der Psychiatrie)</li> </ul>
Laufende Anpassung der Psychiatrieversorgung	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung sektorisierter, ambulanter psychiatrischer Angebote</li> <li>• Förderung neuer Angebote (zum Beispiel ambulante Psychotherapie)</li> </ul>
Sensibilisierung der aargauischen National- und Ständeräte	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterführung bestehender Kontakte</li> </ul>
Interventionen in der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterführung der Mitarbeit in Arbeitsgruppen</li> </ul>
Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für neue Lösungsansätze und implizite Konflikte (Leistungskonsum, Kostensensibilität).	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masterplan integrierte Versorgung (MIVAG 2014–2017), Programm eHealth Aargau 2015</li> <li>• Neu: Strategische Ausrichtung gemäss Befähigungszielsetzung</li> </ul>

Aufgrund der dargestellten Entwicklungen muss der strategische Fokus der GGpl 2025 im Bereich der Finanzierung auf jene Aspekte gelegt werden, die sich für den Kanton als steuerbar herausgestellt haben (vgl. Kapitel 6.3, übergeordnete Finanzierungszielsetzung und Kapitel 6.4.3, stationäre Akutversorgung).

### 3. Rechtsgrundlagen

Bund und Kanton teilen sich die Kompetenzen im Gesundheitswesen. Gemäss der staatsrechtlichen Kompetenzausscheidung in Art. 42 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) ist das Gesundheitswesen im Grundsatz Sache der Kantone. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht konsequent in allen Bereichen: Insbesondere in der Krankenversicherungsgesetzgebung sind bundesrechtliche Vorgaben die prägende Kraft, wohingegen die stationäre Akutversorgung und Langzeitversorgung in kantonaler Kom-

petenz liegen. Im Folgenden werden die für die GGpl 2025 relevanten rechtlichen Grundlagen auf Bundes- und Kantonebene skizziert.

### 3.1 Gesundheitsrecht im Allgemeinen

Gesundheitsrecht umfasst die Gesamtheit der Rechtsnormen, die einen engen Bezug zum Schutz, zur Erhaltung und zur Förderung der menschlichen Gesundheit und zur Heilung im weitesten Sinn aufweisen.<sup>7</sup>

Gesundheitsrecht stellt ein Querschnittsgebiet dar, das nicht nur Fragen aus allen klassischen Rechtsgebieten (Verfassungsrecht, Privatrecht, öffentliches Recht, Strafrecht) aufwirft, sondern darüber hinaus von weiteren, insbesondere ethischen und gesundheitsökonomischen Aspekten, wesentlich geprägt ist.

Die der Bundesverfassung (BV) zugrunde liegende Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen orientiert sich am bundesstaatlichen Subsidiaritätsgedanken, wonach der Bund jene Aufgaben übernehmen soll, die einer einheitlichen Regelung auf Bundesebene bedürfen (vgl. Art. 43a und Art. 5a BV). Dazu gehören insbesondere:

- Art. 117 BV: Kranken- und Unfallversicherung
- Art. 118 BV: Schutz der Gesundheit (unter anderem Lebensmittel, Heilmittel, Betäubungsmittel, Chemikalien, übertragbare Krankheiten)
- Art. 118a BV: Komplementärmedizin
- Art. 118b BV: Forschung am Menschen
- Art. 119 BV: Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich
- Art. 119a BV: Transplantationsmedizin

Trotz der Regelung zentraler und aktueller Fragen durch den Bund wird die Gesundheitspolitik in entscheidenden Bereichen von den Kantonen getragen. Die Kantone spielen im Vollzug und bezüglich der finanziellen Belastung eine entscheidende Rolle. Dazu gehören insbesondere die Aufgaben der Kantone (und teilweise der Gemeinden) im Bereich der Gesundheitspolizei und der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Die Aufgabe zur Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung findet nicht nur in § 41 der Kantonsverfassung (KV) ihren Niederschlag, sondern auch in weiteren zentralen kantonalen Gesetzgebungen (Gesundheitsgesetz, Spitalgesetz, Pflegegesetz).

§ 41 KV lautet:

<sup>1</sup> Der Kanton trifft im Zusammenwirken mit den Gemeinden und Privaten Vorkehrungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.

<sup>2</sup> Er schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Er fördert die häusliche Krankenpflege.

<sup>3</sup> Er fördert und beaufsichtigt die medizinischen Anstalten. Er kann eigene Einrichtungen schaffen.

<sup>4</sup> Er unterstützt die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Medizinalpersonals.

<sup>5</sup> Er überwacht und koordiniert das Medizinalwesen.

<sup>6</sup> Er fördert Turnen und Sport.

§ 116 KV verlangt andererseits, dass der Finanzhaushalt sparsam, wirtschaftlich, konjunkturgerecht und auf die Dauer ausgeglichen zu führen ist (Abs. 1) und die Aufgaben und Ausgaben laufend auf

---

<sup>7</sup> THOMAS GÄCHTER/BERNHARD RÜTSCHKE, Gesundheitsrecht, 3. Auflage 2013, S. 5

ihre Notwendigkeit und Zweckmässigkeit sowie auf ihre finanziellen Auswirkungen und ihre Tragbarkeit hin zu überprüfen sind (Abs. 3).

Gesundheitsrecht und Gesundheitspolitik bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen verschiedenen verfassungsrechtlichen Vorgaben (Versorgung versus Finanzierbarkeit) und einem wenig kohärenten Mix von Planung und Wettbewerb, was die Vorgaben, Rahmenbedingungen und Steuerungsmechanismen im ambulanten und akutstationären Bereich betrifft.

Schliesslich bleibt festzustellen, dass Gesundheitspolitik nicht selten auch in einer sachlichen Nähe zur Sozialpolitik steht (zum Beispiel im Bereich der Prämienverbilligungspolitik). Dieser innere Kontext lässt sich nicht zuletzt auch aus der Formulierung der Sozialziele in Art. 41 BV ableiten, der Bund und Kantone dazu anhält, sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür einzusetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält (Abs. 1 lit. b) und dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung und Verwitwung gesichert ist.

### **3.2 Krankenversicherungsrecht im Besonderen**

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich verschiedener Ausführungserlasse wurde am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt und hat seither diverse Anpassungen erfahren. Die letzten grösseren Anpassungen erfolgten 2011 mit der neuen Pflegefinanzierung sowie 2012 mit der Etablierung der neuen Spitalfinanzierung.

Das KVG regelt insbesondere Fragen der Leistungspflicht der Krankenversicherer, der Zulassung von Leistungserbringern sowie Aufgaben und Rolle der Kantone. Der Kanton wird durch das KVG zu Leistungen verpflichtet, erhält aber ebenfalls Kompetenzen. Diese liegen nebst anderem im Wesentlichen in den folgenden Bereichen:

- Erstellung der Spitalplanung und Pflegeheimplanung (Art. 39 KVG)
- Führen von Spital- und Pflegeheimliste (Art. 39 KVG)
- Genehmigung der Tarifverträge (Art. 46 KVG)
- Festsetzung der Tarife bei Fehlen eines Tarifvertrags (Art. 47 KVG)

Massgeblichen Einfluss auf die strategische Ausrichtung der GGpl 2025 haben jene Teilrevisionen des KVG, welche die Spital- und Pflegefinanzierung seit 2011 beziehungsweise 2012 neu regeln.

#### **3.2.1 Spitalfinanzierung seit 2012**

Die neue Regelung im Bereich Spitalfinanzierung wurde vom Bundesparlament am 21. Dezember 2007 verabschiedet, ist am 1. Januar 2007 unter Vorbehalt der anwendbaren Übergangsbestimmungen in Kraft getreten und wurde ab dem 1. Januar 2012 umgesetzt.

Die folgenden Punkte beinhalten die Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung:

- Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen (SwissDRG) basieren (Art. 49 KVG).
- Einbezug der Investitionskosten bei der Ermittlung der Pauschalen (Art. 49 KVG).
- Finanzierung der Pauschalen durch die Kantone und die Versicherer, wobei der kantonale Anteil an den Pauschalen mindestens 55 % beträgt (Art. 49a KVG).
- Erlass von einheitlichen Planungskriterien basierend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 KVG und Art. 58a ff. Verordnung über die Krankenversicherung [KVV]).

### 3.2.2 Pflegefinanzierung seit 2011

Am 13. Juni 2008 hat der Bundesgesetzgeber das Gesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen. Damit einhergehen unter anderem Änderungen im KVG sowie beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Die neue Pflegefinanzierung ist per 1. Januar 2011 in Kraft getreten.

Die zentralen Änderungen der neuen Pflegefinanzierung lauten wie folgt:

- Gemeinsame Finanzierung der Pflegekosten durch die Krankenversicherer (vom Bund festgelegter Beitrag), die Patientinnen und Patienten (sogenannte Patientenbeteiligungen; maximal 20 % des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherer) und die öffentliche Hand (sogenannte Restkosten; im Aargau durch die Gemeinden).
- Finanzierung der Betreuungs- und Pensionskosten allein durch die Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger beziehungsweise andere Sicherungssysteme, wie zum Beispiel Ergänzungsleistungen.
- Übernahme der Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

### 3.3 Planungsrechtliche Grundlagen

Die GGpl 2025 ist – wie bereits die GGpl 2005 und die GGpl 2010 – ein Planungsbericht gemäss § 79 KV und § 8 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) vom 5. Juni 2012.

§ 8 GAF lautet:

<sup>1</sup> Der Regierungsrat kann dem Grossen Rat Planungsberichte zu neuen oder wesentlichen Veränderungen von kantonalen Aufgaben zur Genehmigung unterbreiten. Der Grosse Rat kann Änderungen verlangen.

<sup>2</sup> Der Grosse Rat kann Planungsberichte verlangen.

<sup>3</sup> Der Planungsbericht legt die strategischen Ausrichtungen fest, soweit diese in der Kompetenz des Grossen Rats liegen.

<sup>4</sup> Er enthält folgende Angaben:

- a) Notwendigkeit und Ziele der Veränderungen,
- b) Organisation und Standard der Aufgabenerfüllung,
- c) zu schaffende oder zu ändernde Rechtsgrundlagen,
- d) zu schaffende oder zu ändernde Aufgabenbereiche oder Leistungsgruppen,
- e) notwendige Ressourcen,
- f) das weitere Vorgehen.

<sup>5</sup> Die Beschlüsse des Grossen Rats wirken als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden darf.

Die GGpl ist im Weiteren in § 5 des Spitalgesetzes (SpiG) vom 25. Februar 2003 sowie § 3 des Pflegegesetzes (PflG) vom 26. Juni 2007 verankert. Demgemäss enthält die GGpl "die strategischen Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen".

Ein Planungsbericht bietet die Möglichkeit, die sich in einem dynamischen Umfeld verändernden, gesundheitspolitischen Herausforderungen vernetzt anzugehen. Mit diesem koordinierenden Ansatz können langfristige Lösungen entwickelt, im Sinne einer optimalen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit Schwerpunkte gesetzt sowie die Nachhaltigkeit der Gesundheitspolitik gesteigert werden. Die GGpl definiert somit die übergeordneten Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Erfüllung der Versor-

gungsprämisse durch den Kanton und hat zum Ziel, möglichst ganzheitlich gegenwärtige und zukünftige Entwicklungen sowie langfristige Strategien im aargauischen Gesundheitssystem abzubilden.

#### 4. Megatrends im Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem wird in den nächsten Jahren mit einer Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungen konfrontiert sein. Da die strategische Ausrichtung der GGpl bis ins Jahr 2025 anvisiert ist, müssen diese sogenannten Megatrends in die langfristige Strategieplanung miteinbezogen werden. Die Mechanismen, welche das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren beeinflussen werden, unterliegen komplexen Wechselwirkungen, die nicht bis ins Detail ergründbar sind. Ziel ist es deshalb, in der GGpl 2025 aus der Vielzahl der bestehenden Tendenzen zentrale Kernpunkte abzuleiten, die für das aargauische Gesundheitssystem relevant sind.<sup>8</sup>

Pointiert können die gegenwärtigen und künftigen Megatrends folgendermassen zusammengefasst werden:

- (1) Ein **neues Verständnis von Gesundheit** im Sinne eines komplexen Zusammenspiels physischer, psychischer und sozialer Komponenten wird das Gesundheitssystem und das individuelle Gesundheitsverhalten in Zukunft prägen.
- (2) Der **medizinisch-technische Fortschritt** zieht bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nach sich, welche die Lebenserwartung erhöhen, gleichzeitig jedoch auch den Konsum an Versorgungsleistungen steigern.
- (3) Die höhere Lebenserwartung und weiterhin verhältnismässig niedrige Geburtenrate führen zu **demographischen Veränderungen**, die sich insbesondere in der zunehmenden Anzahl älterer Menschen und chronisch/multimorbid Erkrankter niederschlägt.
- (4) Gleichzeitig wächst die **Mobilität** der Menschen rapide an, was zu einer schnelleren Verbreitung von Krankheiten, aber auch zu einer verstärkt interregionalen und interkantonalen Wahl des Behandlungsortes sowie verstärkt ortsunabhängigen Behandlungsmöglichkeiten führt.
- (5) Auf dem Angebotsmarkt wird durch die stetige Ausdifferenzierung der Leistungen und des Personals die **Fragmentierung** weiter zunehmen – dadurch werden mehr Koordination unter den Leistungserbringern und mehr integrierte Versorgungsmodelle benötigt.
- (6) Durch die Wettbewerbsstärkung im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung und eine grundsätzlich steigende Anspruchs- und Konsumhaltung der Patientinnen und Patienten wird das Gesundheitssystem immer stärker **ökonomischen Kriterien** unterliegen.
- (7) Ebenfalls verändern werden sich sowohl die Anzahl als auch die Qualifikation des **Fachpersonals** im Gesundheitswesen, was vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs unweigerlich die Risiken einer Personalknappheit mit sich bringen wird.
- (8) Sämtliche Entwicklungen finden vor dem Hintergrund eines **steigenden Gesundheitsbewusstseins** der Bevölkerung statt, das künftig zu einer aktiveren Rolle der Patientinnen und Patienten führen könnte.

---

<sup>8</sup> Die beschriebenen Megatrends korrespondieren mit den in der Strategie "Gesundheit 2020" vom Bundesrat formulierten Zielen zur Sicherung der Lebensqualität, Stärkung der Chancengleichheit, Erhöhung der Versorgungsqualität und Verbesserung der Transparenz.

## 4.1 Neues Verständnis von Gesundheit

In sämtlichen hoch entwickelten Gesellschaften wird der Anteil von Menschen mit physischen oder psychischen Leiden in den kommenden Jahren zunehmen. Der Zusammenhang zwischen der Entstehung von Krankheiten, der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit sowie den physischen, psychischen und sozialen Faktoren tritt dabei immer deutlicher zutage. Diese Entwicklung führt dazu, dass der Gesundheitsbegriff über die Definition körperlicher Einschränkungen hinaus verstanden wird und vermehrt psychische und soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit berücksichtigt werden. Das Denkmodell der Entstehung von Krankheit (Pathogenese) wird damit immer stärker durch das erweiterte Erklärungsmodell der Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) ersetzt werden: Laut dem salutogenetischen Modell stellen

Gesundheit des Menschen wird in der GGpl 2025 verstanden als „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet.“ (Hurrelmann 2010)

Gesundheit und Krankheit nicht zwei getrennte Zustände dar, sondern werden als Prozess verstanden. Im Zentrum stehen die Entwicklung und Stärkung von individuellen Gesundheitsressourcen als Widerstandskräfte gegen gesundheitliche Risikofaktoren im Leben des Menschen.<sup>9</sup> Diese Anschauung wird Auswirkungen haben auf die Art und Weise, wie Menschen und Gesellschaft mit Gesundheit und Krankheit umgehen, welche Versorgungsleistungen gewählt und welche Erwartungen an die Leistungserbringer gestellt werden.

## 4.2 Medizinisch-technischer Fortschritt

Unter medizinisch-technischem Fortschritt werden innovative medizinische Produkte, Technologien und Prozesse sowie Therapie- und Diagnosemethoden verstanden, welche einen höheren Nutzen für den Patienten darstellen. Mit Fortschritt werden bis anhin verschiedene Entwicklungen verbunden:

Innovationen im Gesundheitssystem befinden sich im Spannungsfeld diverser politischer Bestrebungen. Einerseits sollen sie zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und zum Wirtschaftswachstum beitragen. Andererseits geht mit ihnen ebenfalls häufig die Befürchtung einher, höhere Gesundheitskosten zu verursachen. Dies vor dem Hintergrund, dass es aufgrund einer häufig sichereren und effektiveren Behandlung durch neue Methoden zu einer generellen Zunahme an Behandlungen und damit einer angebotsinduzierten Steigerung der Nachfrage kommen könnte. Darüber hinaus werden innovative Methoden vor allem dann häufiger eingesetzt, wenn die ursprüngliche Zulassungsindikation erweitert wird (beispielsweise bei bildgebenden Verfahren oder Medikamenten). Weiterhin kann der medizinisch-technische Fortschritt dazu führen, dass mehr Krankheiten behandelbar oder sogar heilbar werden, die zuvor gar nicht oder nicht ausreichend behandelt werden konnten.<sup>10</sup>

Gleichzeitig ermöglicht es der medizinisch-technische Fortschritt aber auch, dass bisher nicht als Erkrankungen anerkannte Zustände vermehrt diagnostiziert werden oder gar neue Krankheiten entstehen (zum Beispiel im psychischen Krankheitsspektrum).

Durch die beschriebenen verbesserten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten kann der medizinisch-technische Fortschritt zudem zu einer generellen Steigerung der Lebenserwartung führen. Auch diese Entwicklung wird unter anderem für die Steigerung der Gesundheitskosten verantwortlich gemacht, ist jedoch nicht unumstritten. Neue Technologien, die zu einer Lebensverlängerung führen,

<sup>9</sup> Antonovsky 1997

<sup>10</sup> dies gilt beispielsweise für Leberinsuffizienzen, HIV/Aids, koronare Herzkrankheiten etc.

können insofern mehr Gesundheitskosten induzieren, als dass in der verbleibenden Lebenszeit der behandelten Personen Aufwendungen für Pflege und Betreuung anfallen. Gleichzeitig besteht ebenfalls die Möglichkeit, dass sich Sterblichkeit und Krankheit gleichförmig entwickeln, das heisst dass die kranken Lebensjahre durch den medizinisch-technischen Fortschritt ebenfalls durchschnittlich nach hinten verschoben werden.

### 4.3 Demographische Veränderungen

In den nächsten Jahrzehnten wird es zu zwei weitreichenden demographischen Veränderungen im Kanton Aargau kommen: Erstens wird aufgrund der Zuwanderung aus anderen Kantonen und dem Ausland mit einem beachtlichen Zuwachs der Aargauer Bevölkerung in allen Altersklassen gerechnet. Zweitens wird sich in den nächsten Jahrzehnten unter anderem aufgrund der weiterhin verhältnismässig niedrigen Geburtenrate, der Nachwirkungen der Babyboom-Generation und des medizinisch-technischen Fortschritts eine erhebliche Verschiebung in der Altersstruktur hin zu einem deutlich höheren Anteil der alten und hochaltrigen Bevölkerung ergeben.

Diese Entwicklungen werden bedeutende Folgen für die Gesundheitsversorgung nach sich ziehen: Zwar ist zu erwarten, dass sich die behinderungsfreie Lebenserwartung beziehungsweise die gesunden Lebensjahre ausweiten. Da gleichzeitig jedoch mehr Menschen alt und immer älter werden, ist mit einer steigenden Anzahl an Pflegefällen zu rechnen – insbesondere dann, wenn geburtenstarke Jahrgänge ein sehr hohes Alter erreichen. Da ein sehr hohes Alter in der Regel körperliche Einschränkungen mit sich bringt, braucht es somit künftig mehr differenzierte Versorgungsangebote, die auch verbreitete, komplexe geriatrische Krankheitsbilder (wie beispielsweise Demenz) berücksichtigen. Darüber hinaus wird der steigende Pflege- und Betreuungsbedarf ebenfalls Einfluss auf die Gesundheitskosten haben (vgl. Kapitel 5).

Gleichzeitig verändern sich im Pflege- und Betreuungssektor auch die Nachfragestrukturen. Die kommenden Generationen von Senioren werden ein verstärktes Bedürfnis haben, länger aktiv und unabhängig zu bleiben und höhere Ansprüche an ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit stellen. Vor dem Hintergrund der Lockerung von Familienstrukturen, welche bis anhin noch eine wichtige Rolle in der Pflege und Betreuung von Angehörigen spielten, werden neue soziale Strukturen das Zusammenleben prägen. Sinkende Geburtenraten, kleinere Familien und Singlehaushalte haben zur Konsequenz, dass die Anzahl potenzieller Pfleger aus dem privaten Umfeld bei Pflege- und Betreuungsbedarf künftig geringer sein wird. Es ist darum damit zu rechnen, dass Pflege und Betreuung in Zukunft immer mehr von Professionellen geleistet werden. Zudem wird altersgerechtes Wohnen mit neuen Wohnformen an Bedeutung gewinnen.

Die beschriebenen demographischen Veränderungen in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt führen darüber hinaus dazu, dass es immer mehr Patientinnen und Patienten mit chronischen, übertragbaren und nicht-übertragbaren Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern gibt. Es ist somit davon auszugehen, dass in Zukunft mehr Ressourcen für die Behandlung und Betreuung chronisch Erkrankter bereitgestellt werden müssen. Eine wichtige Herausforderung besteht hier nicht nur in der Behandlung selbst, sondern auch darin, chronisch Erkrankte im

In der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose des Kantons Aargau (2013) wird zwischen 2012 und 2040 ein allgemeiner Bevölkerungsanstieg von insgesamt 29,9 % über alle Altersklassen hinweg ausgewiesen.

Weiterhin wird sich der Anteil der 65-Jährigen und Älteren gemäss Vorhersage in diesem Zeitraum von 16 % auf 27 % fast verdoppeln. Zudem steigt die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren von 2012 bis 2040 von 26'000 auf 77'000. Der Altersquotient, das heisst das Verhältnis zwischen 65-Jährigen und Älteren zur jüngeren Restbevölkerung, steigt in diesem Zeitraum demgemäss von 25,5 % kontinuierlich auf 48,8 % an.

Die beschriebenen demographischen Veränderungen in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt führen darüber hinaus dazu, dass es immer mehr Patientinnen und Patienten mit chronischen, übertragbaren und nicht-übertragbaren Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern gibt. Es ist somit davon auszugehen, dass in Zukunft mehr Ressourcen für die Behandlung und Betreuung chronisch Erkrankter bereitgestellt werden müssen. Eine wichtige Herausforderung besteht hier nicht nur in der Behandlung selbst, sondern auch darin, chronisch Erkrankte im

alltäglichen Leben mit ihrer Krankheit zu unterstützen. Mithilfe von Gesundheitsfachpersonen werden die Betroffenen künftig immer stärker Ressourcen entwickeln können, ihre Erkrankung im Alltag eigenverantwortlich zu managen. Auch die Prävention chronischer Erkrankungen wird an Bedeutung gewinnen: Ein nennenswerter Teil chronischer Krankheiten wird mit Früherkennung und verstärkter Prävention vermeidbar sein. Damit würden auch erheblich weniger Kosten für das Gesundheitswesen, für die Wirtschaft und für andere Sozialversicherungszweige (zum Beispiel die Invalidenversicherung) anfallen.

#### **4.4 Höhere Mobilität**

Sowohl bei ortsabhängigen als auch bei ortsunabhängigen (interaktiven) Behandlungen wird die Bevölkerung mobiler. Die zunehmende Globalisierung wird es künftig immer einfacher machen, schneller an verschiedene Orte der Welt zu gelangen. Dies erhöht tendenziell das Risiko grenzüberschreitender Krankheiten und Pandemien (beispielsweise Grippe, Masern).

Gleichzeitig geht mit dieser Entwicklung auch einher, dass Menschen immer mehr bereit sind, für qualitativ hochwertige Versorgungsleistungen längere Wege auf sich zu nehmen. Dies gilt sowohl für kantons- als auch länderübergreifende Angebote. Die freie Spitalwahl begünstigt in diesem Zusammenhang eine dezidierte Auswahl des Behandlungsortes, was sich in einer Zunahme an Patientenströmen in ausserkantonale Institutionen und in Privatkliniken äussert. Diese Entwicklung führt wiederum zu einem stärkeren Wettbewerbsdruck für die Leistungserbringer.

Neben höherer Mobilität in Bezug auf ortsabhängige Behandlung nehmen ebenfalls Technologien zu, welche eine ortsunabhängige Behandlung ermöglichen, wie beispielsweise interaktive Kommunikationstechnologien (eHealth, Telemedizin). Diese verändern die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten behandelt und beraten werden: Anstatt eine Arztpraxis oder ein Spital aufzusuchen, können Personen noch mobiler (beispielsweise von zuhause aus) mit Fachpersonen kommunizieren. Gerade für chronisch Erkrankte bergen derartige Möglichkeiten künftig grosses Potenzial.

#### **4.5 Steigende Fragmentierung**

Die Versorgungslandschaft ist bereits heute durch eine hohe Spezialisierung von einer grossen Anzahl äusserst heterogener Dienstleistungen und Angebote gekennzeichnet. Neben verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant, aufsuchend, tagesklinisch, stationär) gibt es unterschiedliche Versorgungsstufen (Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung) sowie Versorgungsbereiche (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliative Care etc.). Darüber hinaus besteht eine komplexe Verflechtung unterschiedlicher Akteure mit teils widersprüchlichen Interessen und verschiedenen Kompetenzen. Diese Fragmentierungen führen zu einer gewissen Unübersichtlichkeit im System und Diskontinuitäten im Behandlungsprozess, die ineffiziente Doppelspurigkeiten nach sich ziehen, Patientinnen und Patienten unnötigen Behandlungen aussetzen und Kosten verursachen können. Die stetige Zunahme an Angeboten in allen genannten Bereichen hat darüber hinaus zur Konsequenz, dass Menschen sich immer schlechter im Gesundheitssystem orientieren können.

Leistungserbringer werden aufgrund dieser Entwicklungen in Zukunft häufiger gefragt sein, koordiniert zu agieren und zeitgemässe Informations- und Kommunikationstechnologien zum besseren Austausch zu nutzen. Es wird wichtiger werden, neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern zu entwickeln und umzusetzen sowie Patientinnen und Patienten eine Übersicht zu bestehenden Angeboten zu gewähren.

## 4.6 Ökonomisierung

Es ist davon auszugehen, dass ökonomische Mechanismen den Gesundheitssektor künftig noch stärker prägen werden als bisher. Der Einfluss dieser Ökonomisierung im Gesundheitswesen zeigt sich auf diversen Ebenen: So funktionieren Leistungsanbieter im Gesundheitswesen – auch im Zuge der neuen Spital- und Pflegefinanzierung – immer stärker nach ökonomischen Prinzipien, um auf dem stärker wettbewerbsorientierten Angebotsmarkt bestehen zu können. Diese Ausrichtung nach Effizienz wird in Zukunft die medizinische und pflegerische Wertschöpfungskette beeinflussen. Darüber hinaus hat sich der Gesundheitsmarkt tendenziell geöffnet: Neben dem klassischen, kurativ ausgerichteten Markt entsteht derzeit ein neuer Markt für Dienstleistungen und Produkte, welche auf Gesundheitsförderung und Prävention abzielen. Studien zeigen, dass dieser neue Markt einen enormen Wachstumssektor darstellt. Zahlreiche Segmente (zum Beispiel im Ernährungs- oder Wellnessbereich) erfahren eine deutlich steigende Nachfrage. Dies hängt unter anderem auch mit dem wachsenden Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zusammen (vgl. Kapitel 4.8). Es ist davon auszugehen, dass sich in Zukunft klassische Anbieter von Versorgungsleistungen immer stärker mit branchenfremden Anbietern (beispielsweise im Bereich Fitness) vermischen, was den Wettbewerb weiter verschärfen wird.

Auch auf individueller Ebene sind Ökonomisierungstendenzen feststellbar: Die Bevölkerung zeigt ein deutlich stärkeres Konsumverhalten in der Inanspruchnahme von Leistungen, mit dem auch die individuelle Anspruchshaltung steigt. Gleichzeitig ist die Kostensensibilität beim Bezug von Versorgungsleistungen aufgrund diverser Fehlanreize im Gesundheitssystem noch wenig ausgeprägt.

## 4.7 Wandel auf dem Personalmarkt

Auf dem Personalmarkt des Gesundheitswesens kündigen sich sowohl quantitative als auch qualitative Entwicklungen an.

Die künftig steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird mit einem steigenden Bedarf an Gesundheitspersonal, insbesondere in der Pflege und in der ärztlichen Grundversorgung, einhergehen. Die Nachfrage nach pflegerischen Leistungen wird massgeblich verursacht durch die bereits beschriebenen Auswirkungen des medizinisch-

Eine Prognose des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums aus dem Jahr 2009 zeigt, dass bis 2020 vor dem Hintergrund des demographisch bedingten Anstiegs des Pflegebedarfs 17'000 Vollzeitkräfte im Pflegebereich (+13 %) und 60'000 Gesundheitsfachleute (+30 %) zusätzlich in der Schweiz gebraucht werden (Obsan 2009).

technischen Fortschritts und der demographischen Verschiebungen.<sup>11</sup> Es ist zum aktuellen Zeitpunkt festzustellen, dass die Anzahl der Pflege-Abschlüsse massiv unter dem künftigen Bedarf liegt und die Berufsverweildauer zu gering ist.<sup>12</sup> Ein Engpass dürfte sich in Zukunft im Pflegebereich ebenfalls aus der Tatsache ergeben, dass die komplexer werdenden Krankheitsverläufe eine immer differenziertere Pflege und Betreuung benötigen, die wiederum nur mit einer entsprechenden Ausbildung – häufig auf tertiärer Stufe – erwirkt werden kann.

Der drohende Mangel an ärztlichen Grundversorgern zeigt sich unter anderem in Form des hohen Durchschnittsalters der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte bei steigender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen. Gleichzeitig fehlt der Nachwuchs und der Bedarf nach Teilzeitarbeit steigt

---

<sup>11</sup> Begünstigt wird die Nachfrage ebenfalls durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in Spitälern und Kliniken im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung.

<sup>12</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2009): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020.

durch den wachsenden Frauenanteil in der Medizin, was wiederum den Bedarf an weiteren Ärztinnen und Ärzten erhöht.<sup>13</sup>

Die kommende Personalknappheit in Kombination mit dem grundsätzlich wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen wird eine Anpassung von Gesundheitsanbietern und Berufen erfordern. Der stärkere Fokus auf Technologien in der Medizin sowie die zunehmende Spezialisierung auf Kernkompetenzen führen darüber hinaus zu Neuordnungen von wichtigen Funktionen im Gesundheitssystem (beispielsweise beim Eintritt ins System, welcher bislang traditionell über die Hausärztin oder den Hausarzt ging).

Gleichzeitig dürfte auch die Nachfrage nach gänzlich neuen Aufgaben steigen. Dabei könnten neue Dienstleistungen wie Gesundheitscoachings entstehen, die gegenüber Patientinnen und Patienten eine Beratungs- und Informationsfunktion innehaben. Auch in der Langzeitversorgung könnten künftig neue Berufe an der Schnittstelle zwischen Pflege und Betreuung entstehen, die es Menschen ermöglichen, länger selbstständig zu bleiben. Zusätzlich dürften die Entwicklungen im neuen Gesundheitsmarkt zu einer Neuausrichtung von bisherigen Anbietern führen und von Branchen, die bis heute nicht im Gesundheitsmarkt aktiv waren.

#### **4.8 Steigendes Gesundheitsbewusstsein**

So wie das Gesundheitssystem als Ganzes verschiedenen Entwicklungen unterworfen ist, verändert sich auch das individuelle Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Es ist festzustellen, dass in Kenntnis einer gestiegenen Lebenserwartung und dem damit verbundenen Wunsch nach einer entsprechenden Lebensqualität das Interesse an Gesundheitsinformationen und damit das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung weiter zunehmen werden. Dies umfasst neben den Themen Ernährung und Bewegung beispielsweise auch den Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln. Der Lebensstil wird hier zu einem immer stärkeren Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten, womit körperliche und geistige Fitness auch im höheren Alter zu Schlüsselressourcen werden. Entsprechend wächst das Bedürfnis des Einzelnen, durch "Selbstmanagement" und private Vorsorge ein besseres und längeres Leben zu führen. Es ist damit zu rechnen, dass aus den einst als passiv angesehen Patientinnen und Patienten künftig verstärkt Kundinnen und Kunden sowie gesundheitsbewusste Konsumentinnen und Konsumenten werden (vgl. Kapitel 4.6).

Der Umgang mit der eigenen Gesundheit wird ebenfalls stark durch das Informationsverhalten geprägt sein. Die digitale Zugänglichkeit zu Gesundheitsinformationen und Vielfalt von Informationsquellen sowie neue Dienstleistungen im Bereich Gesundheit prägen die Art und Weise, wie aktiv der Einzelne seine Gesundheit wahrnimmt und mit ihr umgeht. So entstehen immer mehr digitale Anwendungen, welche die Überwachung der eigenen Gesundheit ermöglichen. Es wird somit in Zukunft potentiell immer stärker möglich sein, einen informierten und eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu pflegen. Dies wird sich ebenfalls auf die Rolle der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess auswirken.

---

<sup>13</sup> Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren/Bundesamt für Gesundheit (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung.

## 5. Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens

Vor dem Hintergrund kontinuierlich steigender Gesundheitsausgaben einerseits und der nennenswerten volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens andererseits müssen **Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens** gemeinsam betrachtet und in die Strategieentwicklung der GGpl 2025 einbezogen werden.

Verschiedene der in Kapitel 4 erläuterten Megatrends führen dazu, dass der **Konsum von Versorgungsleistungen** weiter zunimmt und die **Gesundheitskosten** in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen werden. Die Kostentreiber dieser Entwicklung sind ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren: Insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt, die demographische Entwicklung und die steigende Anspruchshaltung bei geringer Kostensensibilität der Patientinnen und Patienten tragen zu den steigenden Gesundheitskosten bei. Weitere Kostentreiber sind Fehlansätze im Finanzierungssystem, eine hohe Spital- und Ärztedichte und die Mengenausweitung zum Teil unnötiger Leistungsangebote.<sup>14</sup>

Die steigenden Gesundheitskosten werden sowohl schweizweit als auch im Kanton Aargau als eine der zentralen Herausforderungen für das Gesundheitssystem der kommenden Jahre angesehen.<sup>15</sup>

Aus kantonaler Perspektive haben die steigenden Gesundheitskosten nochmals eine besondere Relevanz: Die demographisch bedingte Entwicklung

in der Langzeitpflege in Kombination mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung führen dazu, dass die Finanzierungslast der öffentlichen Hand im Vergleich zu derjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der privaten Haushalte überproportional zunimmt. Aufgrund der Spitalfinanzierung ist besonders der Kantonshaushalt von dieser Zusatzlast betroffen. Die starke Dynamik in der Langzeitpflege durch die Verschiebung in der Altersstruktur spiegelt sich aber ebenfalls in den Haushalten der Gemeinden und der AHV-Hilflosenentschädigung sowie Ergänzungsleistungen wider, deren Ausgaben sich laut einer Prognose der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) bis 2060 verdoppeln beziehungsweise verdreifachen werden.<sup>16</sup> Basierend auf dem Finanzierbarkeitsbericht, welcher sich auf die Kostenentwicklung im stationären Akutbereich bezieht, ist auf kantonaler Ebene ebenfalls eine Ausgabensteigerung zu verzeichnen.<sup>17</sup> Dies wird zur Folge haben, dass die Bedeutung der Kostenkontrolle in Zukunft noch deutlicher zunehmen wird und das Interesse der Kostenträger am Nutzen von Versorgungsleistungen steigen wird.

Laut aktuellen Zahlen des Bundesamts für Statistik sind die Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 schweizweit um 5,3 % gewachsen und liegen damit über dem durchschnittlichen Wachstum von 4,3 % im Mittel der letzten fünf Jahre. In Verbindung mit einem Zuwachs der Wirtschaftsleistung um 1,2 % stieg das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt (BIP) zu laufenden Preisen weiter an und erreichte 2012 einen neuen Höchststand von 11,5 % im Vergleich zu 11,0 % im Vorjahr. Die eidgenössische Finanzverwaltung rechnet damit, dass dieser Ausgabenanteil bis 2060 auf 16 % steigen dürfte (EFV 2012).

Im Zusammenhang mit den steigenden Kosten ist zu beachten, dass dem Gesundheitssektor ebenso ein bedeutsamer **volkswirtschaftlicher Nutzen** zukommt. Dieser Nutzen manifestiert sich einer-

<sup>14</sup> Kocher, Gerhard (2011): Die Gründe der "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen. Schweizerische Ärztezeitung.

<sup>15</sup> vgl. "Gesundheit 2020" des Bundesrats und Strategie 25 der GGpl 2010 "Finanzierbarkeit".

<sup>16</sup> Eidgenössische Finanzverwaltung (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working-Paper Nr. 19.

<sup>17</sup> Laut Finanzierbarkeitsbericht steigen die Ausgaben des Kantons bis 2025 je nach Szenario um jährlich 2,2 % bis 5,8 %, sodass bis zum Prognosezeitpunkt in zwei der im Bericht beschriebenen drei Szenarien ein erhebliches Finanzierungsdelta entsteht.

seits in den direkten und indirekten Effekten aus der **Produktion von Versorgungsleistungen** und andererseits in den induzierten Effekten aus der **Nutzung von Versorgungsleistungen**.

Die direkten Effekte im Rahmen der Produktion von Leistungen ergeben sich aus der **Beschäftigung** sowie der damit verbundenen **Wertschöpfung**, die von den Leistungserbringern erarbeitet wird.

Beschäftigung und Wertschöpfung im Gesundheitswesen resultieren einerseits aus **direkten** Leistungen (Versorgungsleistungen, wie beispielsweise eine Blinddarmoperation), beziehen jedoch auch **indirekte** Leistungen mit ein. Indirekte Leistungen ergeben sich aus der durch die Produktion von Versorgungsleistungen induzierte Nachfrage nach sogenannten Vorleistungen. Diese Vorleistungen werden in der Regel in anderen Branchen produziert (zum Beispiel in der Lebensmittelbranche mit der Herstellung von Lebensmitteln für stationäre Institutionen oder in der Bauindustrie bei der Erstellung von Immobilien). Die Summe der direkten und indirekten Beschäftigungs- und Wertschöpfungseffekte bildet den messbaren volkswirtschaftlichen Gesamtnutzen des Gesundheitssystems.

Als Indikatoren zur Beurteilung der volkswirtschaftlichen Bedeutung aus der Perspektive des Produktionsnutzens werden in der Regel die Bruttowertschöpfung und die Beschäftigungsrate herangezogen. Die Bruttowertschöpfung des Gesundheitswesens beinhaltet den Bruttoproduktionswert einer Versorgungsleistung abzüglich der Vorleistungen und entspricht dem im Gesundheitswesen erwirtschafteten Beitrag an der Gesamtwirtschaft. Die Beschäftigung wird mit der Anzahl an Vollzeitäquivalenten bestimmt.<sup>18</sup>

Da Leistungen im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen überdurchschnittlich wertschöpfungs- und beschäftigungsintensiv sind, führen die beschriebene Mengenausweitung und steigenden Kosten zu einem generellen Anstieg des volkswirtschaftlichen Gesamtnutzens. Leistungserbringer im Gesundheitswesen steigern somit gleichermaßen Wirtschaftskraft und Standortattraktivität<sup>19</sup> und nehmen darüber hinaus eine wichtige Funktion als Arbeitgeber sowie auch in der Ausbildung von Nachwuchskräften ein. Hier kommt Institutionen des

Gesundheitswesens nochmals eine besonders prägende Rolle zu, da hier überdurchschnittlich viel hochqualifiziertes Personal tätig ist. Somit ist davon auszugehen, dass über die entsprechenden Institutionen auch die Standortattraktivität in Bezug auf Innovationen und Fortschritt gestärkt wird.

Im Jahr 2013 erreichte die Beschäftigung im Gesundheitswesen 236'000 Vollzeitäquivalente. Der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen an der Gesamtbeschäftigung nimmt langfristig zu und erhöhte sich, gemessen in Vollzeitäquivalenten, von 4,9 % im Jahr 1992 auf 6,7 % im Jahr 2013. Dem Prinzip der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG) zufolge betrug der Wertschöpfungsanteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Jahr 2011 4,7 % und im Jahr 2012 5 % und wird tendenziell weiter steigen (Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich 2014).

Das Aargauische Gesundheitswesen wies im Jahr 2013 insgesamt 22'329 Vollzeitäquivalente auf. Dies entspricht schätzungsweise einem Anteil von 14 % an allen Vollzeitäquivalenten im Kanton Aargau. Die Stellen im Gesundheitswesen verteilen sich zu 45 % auf Spitäler, zu 25 % auf Alters- und Pflegeheime, zu 15 % auf niedergelassene Medizinalpersonen, zu 12 % auf Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Sucht- oder psychosozialen Problemen und zu 3 % auf die Spitex. Von den Vollzeitäquivalenten in den Spitälern fielen insgesamt hohe 12 % auf Beschäftigte in Ausbildung (Statistik Aargau 2015).

<sup>18</sup> Diese ergeben sich aus dem Gesamtarbeitszeitvolumen dividiert durch die Stundenzahl, welche normalerweise im Jahresdurchschnitt pro Vollzeitarbeitsplatz geleistet wird.

<sup>19</sup> Im Kanton Aargau haben insbesondere Rehabilitationskliniken entsprechendes Potenzial zur Steigerung der Wertschöpfung und Standortattraktivität.

Aus kantonaler Perspektive ist in diesem Zusammenhang zusätzlich der sogenannte **Multiplikator-effekt** interessant: Die Institutionen des kantonalen Gesundheitssystems stellen wirtschaftliche Einheiten dar, die Kapital erwirtschaften, Ausgaben verursachen, Dienstleistungen anbieten und Arbeitsplätze schaffen. Die Einnahmen der Institutionen und allfällige Deckungsbeiträge von Kanton und/oder Gemeinden werden darüber hinaus auch für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen verwendet. Derartige Investitionen werden häufig in der Standortregion vollzogen, schaffen damit zusätzliche Arbeitsplätze und somit auch Steuereinnahmen für Kanton und Gemeinden.<sup>20</sup>

Neben den beschriebenen, quantifizierbaren Produktionseffekten sind auch sogenannte induzierte Effekte mit der **Nutzung von Versorgungsleistungen** verbunden, die von volkswirtschaftlicher Relevanz sind. Diese Effekte hängen mit der allgemeinen Wohlfahrt zusammen, die immaterielle Faktoren wie Lebenserwartung und Lebensqualität miteinschliesst. Gesundheit als erstrebenswertes Gut stiftet dem einzelnen Menschen Nutzen, indem sie das individuelle Wohlbefinden erhöht. Als Kapitalgut ermöglicht eine gute Gesundheit Menschen wiederum, Einkommen zu erwirtschaften, welches in Form von privaten Konsumausgaben rückwirkend dem Wirtschaftswachstum zugutekommt.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Kosten und des Nutzens des Gesundheitswesens stellt sich zunehmend die Frage nach Effizienz und danach, wie die Kostenentwicklung gesteuert und der volkswirtschaftliche Nutzen des Gesundheitswesens bestmöglich ausgeschöpft werden können. Der öffentlichen Hand stehen aufgrund des komplexen Zusammenwirkens der verschiedenen Faktoren nur begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung, die Kosten-Nutzen-Entwicklung zu beeinflussen. Es ist deshalb von zentraler Relevanz, dass die politisch zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel möglichst wirksam eingesetzt werden und die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens berücksichtigt wird (vgl. Finanzierungszielsetzung).

---

<sup>20</sup> In der Schweiz wurden verschiedene Untersuchungen über den Multiplikatoreffekt durchgeführt. Der Effekt wurde beispielsweise für die Spitäler Meiringen, St-Imier und Schwarzenburg untersucht. Gemäss dieser Studie betrug Multiplikatoreffekt für den Kanton bei Meiringen 1,5, bei St-Imier 1,37 und bei Schwarzenburg 1,66. Diese Werte bedeuten, dass für einen vom Spital für den Kauf von Gütern und Dienstleistungen ausgegebenen Franken zwischen Fr. 1,23 und Fr. 1,66 in die Wirtschaft des Kantons fliessen (Laboratoire d'économie appliqué, Der sozio-ökonomische Effekt der Krankenhäuser Meiringen, St-Imier, Schwarzenburg, 1994).

## 6. Umsetzung

### 6.1 Systematik der GGpl 2025

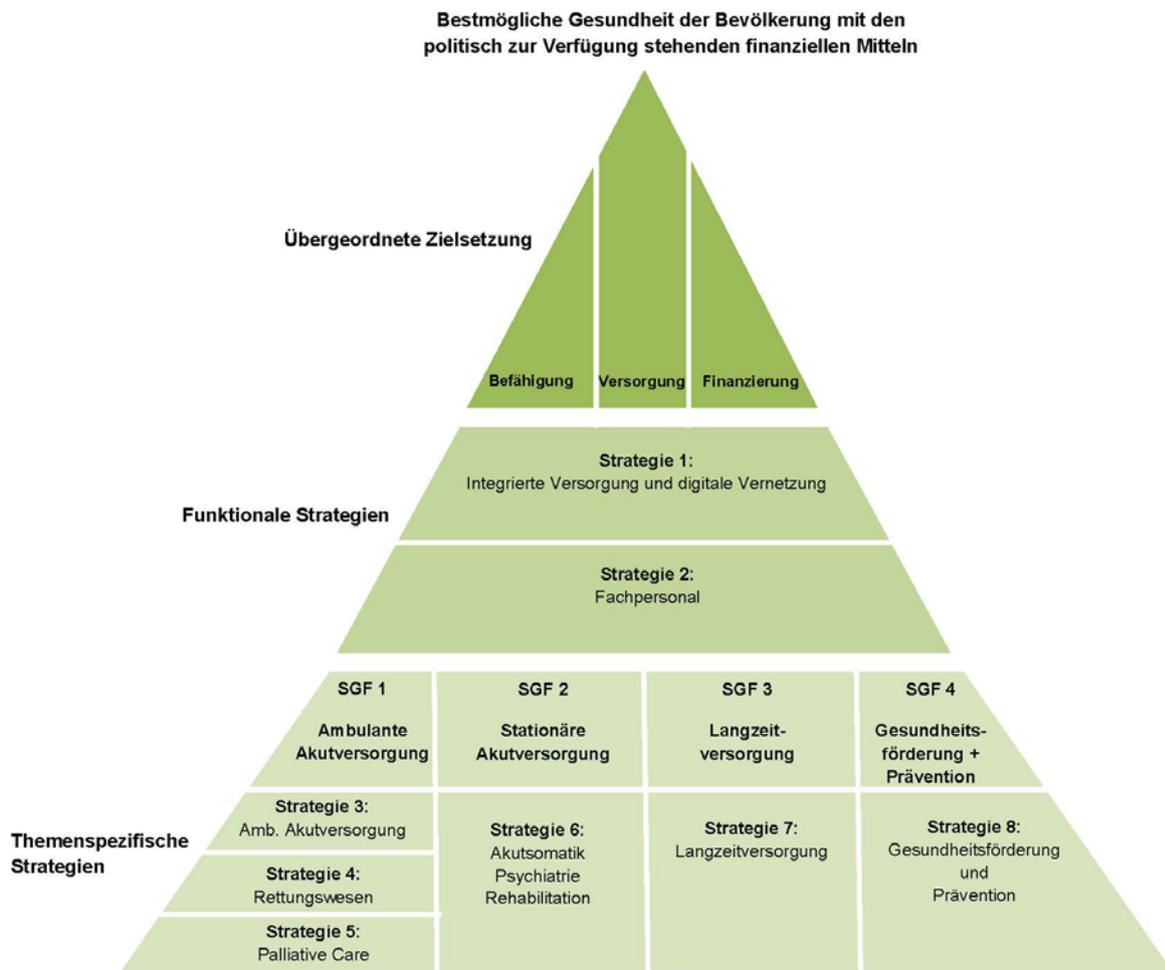
Gesundheit ist unentbehrlich für die individuelle, soziale und wirtschaftliche Entwicklung und ein lebenswichtiger Aspekt für Individuum und Gesellschaft. Eine eingeschränkte Gesundheit kann dazu führen, dass Potenziale ungenutzt bleiben und verloren gehen. Eine gute Gesundheit wiederum kommt dem Menschen und allen Bereichen der Gesellschaft wie auch deren Gesamtheit zugute und macht sie damit zu einer wertvollen Ressource und Voraussetzung für ein gelingendes Leben. Gesundheit ist demgemäss sowohl ein privates, als auch ein gesamtgesellschaftliches Gut. Die Verhinderung von Krankheiten und Unfällen sowie die zeitnahe Behandlung ihrer Folgen erhalten die wirtschaftliche Produktivität und reduzieren die Zahl der Arbeitsausfälle und die langfristigen Sozialausgaben. Auch Menschen ausserhalb des Arbeitsprozesses können nur bei guter Gesundheit ihre Ressourcen (zum Beispiel über Freiwilligenarbeit) zugunsten der Gesellschaft einbringen. Die öffentliche Hand muss somit nicht nur ein gesundheitspolitisches, sondern auch ein volkswirtschaftliches Interesse an einer möglichst gesunden Bevölkerung haben (vgl. Kapitel 5).

Die aktuellen und kommenden Entwicklungen im Gesundheitssystem werden in der GGpl 2025 sowohl auf struktureller wie auf individueller Ebene berücksichtigt. Gesundheitspolitik kann vornehmlich Strukturen zur Verfügung stellen oder fördern, die von der Bevölkerung individuell genutzt werden. Die GGpl 2025 versteht sich somit als Strategieplanung, die strukturelle Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt, ohne jedoch den beschriebenen zentralen Stellenwert des Individuums im Gesundheitssystem ausser Acht zu lassen. Im Kommentar der Verfassung des Kantons Aargau ist diese doppelte Perspektive von Gesundheitspolitik in § 41 Abs. 1 KV anschaulich verankert: Hier wird das "Gesundheitswesen [...] als öffentliche Aufgabe anerkannt, und zwar im Sinne von prophylaktischem und kurativem Vorkehren. Darin liegen einerseits gesundheitspolizeiliche (sanitätspolizeiliche) und andererseits sozialstaatliche Motivierungen. § 41 KV will keine 'Verstaatlichung' des Gesundheitswesens begründen und herbeiführen. Vielmehr steht die Selbstverantwortung des Menschen für die Bewahrung und Wiederherstellung seiner Gesundheit voran, was in seiner Selbstverständlichkeit nicht ausdrücklich normiert werden muss [...]. Der Mensch unterliegt um seiner Gesundheit willen keiner Staatskontrolle; extrem und prinzipiell gesprochen, bleibt er frei mit seiner Gesundheit nach eigenen Entscheidungen umzugehen. Soweit der Einzelne der gewollten Selbstbewahrung und -sanierung nicht nachkommen kann, ist jedoch, vergleichbar der Sozialhilfe nach § 39 Abs. 1 KV, eine Dreierheit von Trägern eingesetzt und aufgerufen, das Erforderliche zu tun: Unter Führung des Kantons sollen im sinnvollen Zusammenwirken Gemeinden und Private die gebotenen Vorkehrungen sicherstellen". Um den jeweiligen Rückbezug zu dieser **doppelten Perspektive** – Strukturen und Individuen – zu ermöglichen, werden in der übergeordneten Zielsetzung der GGpl 2025 beide Perspektiven berücksichtigt. Gesundheitspolitik kommt innerhalb dieser zweiseitigen Perspektive das oberste Ziel zu, **mit den politisch zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung** zu erreichen. Dieses Ziel kann nur in einem Zusammenspiel zwischen Rahmenbedingungen für individuelles Gesundheitsverhalten einerseits und der Schaffung spezifischer Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen andererseits realisiert werden.

Aus diesem Grund werden in der GGpl 2025 sowohl eine individuell ausgerichtete **Befähigungszielsetzung**, als auch zwei strukturell ausgerichtete Zielsetzungen – **Versorgungs- und Finanzierungszielsetzung** – formuliert, welche zusammen die übergeordnete Zielsetzung bilden. Von der übergeordneten Zielsetzung werden einerseits **funktionale** und andererseits **themenspezifische Strategien** abgeleitet. Die funktionalen Strategien 1 und 2 gelten gleichermaßen für alle Bereiche des Gesundheitssystems und beinhalten die Themen Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung sowie Fachpersonal. Die themenspezifischen Strategien 3 bis 8 gelten jeweils für eins der insgesamt

vier strategischen Geschäftsfelder des Kantons: (1) Ambulante Akutversorgung, (2) stationäre Akutversorgung, (3) Langzeitversorgung sowie (4) Gesundheitsförderung/Prävention.

Die folgende Abbildung visualisiert die Systematik der GGpl 2025 auf Basis der beschriebenen Strukturierung:



## 6.2 Strategiefindungsprozess

Die übergeordnete Zielsetzung und die funktionalen und themenspezifischen Strategien wurden in einem zweistufigen Prozess entwickelt. In der ersten Projektphase (Frühjahr bis Herbst 2014) wurde unter Einbezug aller relevanten Fachexperten des Departements Gesundheit und Soziales die übergeordnete Befähigungs- und Versorgungszielsetzung diskutiert und beschlossen. Die doppelte Perspektive der GGpl 2025 entspricht den strategischen Leitlinien, wie diese im Entwicklungsleitbild des Regierungsrats (2013–2022) festgehalten sind. Hier wird die Eigenverantwortung der Bevölkerung ebenso erwähnt wie die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung. Die Berücksichtigung des Befähigungsaspektes in Abgrenzung zum Versorgungs- und Finanzierungsaspekt stellt eine konzeptionelle Neuerung gegenüber der GGpl 2010 dar und liegt in der Schnittstelle zur sozialpolitischen Planung des Kantons Aargau (SOPLA) begründet: Diese orientiert sich an der Maxime, dass alle Menschen ihr Leben möglichst selbstbestimmt und verantwortungsvoll gestalten können und hat damit ebenfalls Befähigung zu Eigenverantwortung zum obersten Ziel.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Die theoretische Grundlage für die Idee der Befähigung der Bevölkerung stammt vom sogenannten Capability-Ansatz (Amartya Sen 1979),

In der zweiten Projektphase (Herbst 2014 bis Frühjahr 2015) wurden die in der GGpl behandelten Themengebiete mit externen Experten in sogenannten Begleitgruppen diskutiert. Die Treffen fanden zu jedem Thema einmalig statt. Die Diskussion in den Begleitgruppen war explizit auf fachlicher und nicht auf strategischer Ebene angesiedelt und diente dazu, alle relevanten Branchenentwicklungen zu erfassen und die fachliche Einschätzung der strategisch relevanten Themen in der GGpl 2025 zu erhalten. Zudem wurde für die externe Resonanz auf die branchenspezifischen Inhalte ein Sounding Board durchgeführt.

### 6.3 Übergeordnete Zielsetzung

Gesundheitspolitik kommt vor dem Hintergrund des zentralen Stellenwerts von Gesundheit die Aufgabe zu, die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung mit den politisch zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu erreichen. Diese Aussage enthält zwei zentrale Komponenten: Erstens wird dem beschriebenen Wert von Gesundheit Rechnung getragen, indem ein möglichst hoher Grad an Gesundheit in der Bevölkerung angestrebt wird. Zweitens kann dieses Ziel einer bestmöglichen Gesundheit nur auf der Basis der zur Verfügung stehenden Mittel realisiert werden. Die Kombination beider Aussagen beinhaltet eine maximale Ausschöpfung der Mittel für die Gesundheit der Bevölkerung. Hierfür kann die öffentliche Hand Rahmenbedingungen schaffen. Diese beinhalten einerseits Rahmenbedingungen für individuelles Verhalten (**Befähigungszielsetzung**) und andererseits Rahmenbedingungen für Versorgungsstrukturen (**Versorgungszielsetzung**) und Finanzierungsstrukturen (**Finanzierungszielsetzung**). Die Kombination aus der individuellen Befähigungs- und der strukturellen Versorgungs- und Finanzierungszielsetzung soll als Orientierung für die aargauische Gesundheitspolitik dienen. Sie hat den Anspruch, den geschilderten individuellen und strukturellen Herausforderungen ganzheitlich zu begegnen.

Die übergeordnete Zielsetzung des Kantons Aargau lautet:

---

**Die Gesundheitspolitik im Kanton Aargau strebt die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung mit den politisch zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln an.**

Die **Bevölkerung** im Kanton Aargau ist dazu befähigt,

- einen eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu pflegen,
- Gesundheitskompetenz auszubilden,
- Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben und
- kostensensibel mit Versorgungsleistungen umzugehen.

Die **Gesundheitsversorgung** im Kanton Aargau zeichnet sich aus durch

- eine bedarfsgerechte Versorgungslandschaft und
- kostengünstige Versorgungsangebote in der notwendigen Qualität.

Im Hinblick auf die **Finanzierung** des Gesundheitswesens im Kanton Aargau

- ist die langfristige Finanzierbarkeit im Interesse der Leistungsbezüger, Prämien- und Steuerzahler gesichert,
- wird der volkswirtschaftliche Nutzen des Gesundheitswesens berücksichtigt,
- werden alle Steuerungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung ausgeschöpft und
- ist im Rahmen der Aufgaben- und Finanzplanung gewährleistet, dass die Erfüllung anderer Staatsaufgaben nicht gefährdet wird.

---

Die drei Teilzielsetzungen der GGpl 2025 in den Bereichen Befähigung, Versorgung und Finanzierung sind untrennbar miteinander verflochten: Ein eigenverantwortlicher Umgang mit der eigenen

Gesundheit (Befähigungszielsetzung) kann nur innerhalb von Strukturen stattfinden, welche im Krankheitsfall die adäquate Versorgung bieten (Versorgungszielsetzung) und gleichzeitig langfristig finanzierbar sind (Finanzierungszielsetzung).

Im Folgenden werden die Zielsetzungen im Detail beschrieben.

## Befähigungszielsetzung

---

### Befähigung zu mehr Eigenverantwortung

Die Menschen im Kanton Aargau sind zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit befähigt, indem Rahmenbedingungen für mehr Gesundheitskompetenz, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten sowie Kostensensibilität bei Versorgungsleistungen bestehen.

---

Das primäre Befähigungsziel bezieht sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und besteht darin, Menschen zu einem **eigenverantwortlichen Umgang** mit der eigenen Gesundheit zu befähigen und Anreize hierfür zu bieten. Das Thema Eigenverantwortung gewinnt vor dem Hintergrund des steigenden Gesundheitsbewusstseins und differenzierter Informationsmöglichkeiten, aber auch im Zuge steigender Gesundheitskosten zunehmend an Prominenz (vgl. Kapitel 4.8). Obwohl der Anspruch auf mehr Eigenverantwortung seitens der Leistungsnehmer konjunkturellen Schwankungen unterlegen ist, lässt sich generell eine steigende Akzeptanz von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit erkennen. Dies liegt mitunter in dem gesellschaftlichen Fokus auf dem Individuum begründet, weshalb die Verantwortung für die eigene Gesundheit als Freiheitsgewinn gegenüber einer professionalisierten und tendenziell kurativ ausgerichteten Medizin verstanden wird. Zudem fungiert die Forderung nach mehr Eigenverantwortung als Teil der Kritik an sozialstaatlichen Leistungen und den ernstzunehmenden Kostenproblemen des Gesundheitssystems. Der vermutete Effekt von mehr Eigenverantwortung ist somit immer sowohl ein verbesserter Gesundheitszustand als auch ein positiver Kostenfaktor (Finanzierungszielsetzung).

Eigenverantwortung im individuellen Gesundheitsverhalten wird hier als Zusammenspiel dreier Komponenten verstanden: Erstens sollen Rahmenbedingungen herrschen, welche die Entwicklung von mehr **Gesundheitskompetenz** erlauben. Gesundheitskompetenz bedeutet die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirken. Mehr Gesundheitskompetenz ermöglicht, sich einen versierteren Zugang zu Gesundheitsinformationen und gesundheitsrelevantem Wissen zu verschaffen sowie diese Informationen zu verstehen, zu beurteilen und sie für gesundheitsrelevante Entscheidungen anzuwenden. Gesundheitskompetenz kann somit als Voraussetzung für mehr **Gesundheitsförderung und Prävention** angesehen werden, welche als zweite Komponente des eigenverantwortlichen Verhaltens gelten. Gesundheitsförderung beschreibt den Prozess der Steigerung und Stärkung des Gesundheitspotenzials von Menschen. Das Ziel von Prävention wiederum besteht in der Vermeidung des Auftretens von Erkrankungen und damit der Verringerung ihrer Verbreitung und Verminderung ihrer Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität der Bevölkerung. Anhand der Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich die gesundheitlich sowie ökonomisch begründbare Komponente der Eigenverantwortung anschaulich verdeutlichen: Einerseits liegt es im Interesse des Einzelnen und der Gesellschaft, die Gesundheit eines jeden zu verbessern, andererseits können Gesundheitsförderung und Prävention ökonomische Lasten für dann obsolet gewordene kurative Behandlungen verringern.<sup>22</sup> Innerhalb der dritten Komponente wird Eigenverantwortung verstanden als Kostenverantwortung beziehungsweise **Kostensensibilität**. Dieser Aspekt impliziert die Mündigkeit des Prämien- und

---

<sup>22</sup> So zeigen beispielsweise die Ausgabenprojektionen der eidgenössischen Finanzverwaltung (2012), dass ein verstärkt gesundheitsförderndes und krankheitsvermeidendes Verhalten der Bevölkerung den Kostendruck im Gesundheitswesen merklich senken würde.

Steuerzahlers, die Kosten im Zusammenhang mit dem Nutzen konsumierter Versorgungsleistungen einschätzen zu können und – im Idealfall – zu einem bedarfsgerechteren Konsum von Versorgungsleistungen beizutragen. Die doppelte Perspektive von Gesundheitspolitik als Grundprinzip der übergeordneten Zielsetzung ist hier somit deutlich erkennbar: Bei allen drei Komponenten der individuellen Befähigungszielsetzung besteht ein klarer Zusammenhang mit den strukturellen Versorgungs- und Finanzierungszielsetzungen, welche im Folgenden erklärt werden.

## Versorgungszielsetzung

---

### Bedarfsgerechte Versorgung

Der Bevölkerung im Kanton Aargau stehen bedarfsgerechte Versorgungsangebote zur Verfügung. Die Versorgungsleistungen werden kostengünstig und in der notwendigen Qualität erbracht.

---

Im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung stehen der **Bedarf** der Bevölkerung sowie die **Kosten** und die **Qualität** der Versorgungsleistungen. Versorgungsleistungen sind Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellungen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Der Kanton Aargau hat den verfassungsrechtlichen Auftrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Schaffung von Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung (§ 41 KV). Gleichzeitig muss er verfassungsgemäss einen sparsamen, wirtschaftlichen, konjunkturgerechten und auf die Dauer ausgeglichenen Finanzhaushalt führen und die Auf- und Ausgaben laufend auf ihre Notwendigkeit und Zweckmässigkeit sowie auf ihre finanziellen Auswirkungen und ihre Tragbarkeit überprüfen (§ 116 KV; siehe hierzu Finanzierungszielsetzung). Der Kanton Aargau bewegt sich somit in einem stetigen Spannungsfeld zwischen verfassungsrechtlichen Vorgaben (Versorgung versus Finanzierbarkeit) einerseits und zwei inkohärent nebeneinander existierenden Versorgungs- und Tarifsysteime im stationären und ambulanten Bereich (Planung versus Wettbewerb, DRG-Fallpauschalen versus Tarmed) andererseits. Alle drei Komponenten – Bedarfsgerechtigkeit, Kosten und Qualität – müssen deshalb gleichermaßen in der Versorgungszielsetzung berücksichtigt werden. Eine Versorgungsleistung kann als bedarfsgerecht bezeichnet werden, wenn sie dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf entspricht, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkt und fachgerecht in der notwendigen Qualität erbracht wird. Der Bedarfsbegriff lässt sich explizit von jenem des Bedürfnisses abgrenzen: Obwohl Bedarf und Bedürfnis in einem engen Zusammenhang stehen, ist ihre Bedeutung im versorgungspolitischen Kontext zu unterscheiden. Während sich ein Bedürfnis auf einen subjektiven, nicht quantifizierbaren Mangel bezieht, beinhaltet der Bedarf eine objektive und konkretisierbare Grösse, welche die Absicht enthält, den Bedarf zu decken und mit den Qualitäts- und Preisvorstellung der benötigten Versorgungsleistungen verknüpft ist. Aufgrund der Verpflichtung des Kantons Aargau, einen wirtschaftlichen Finanzhaushalt zu führen und damit die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten (Finanzierungszielsetzung), muss in der Versorgungsplanung ein objektiver Massstab vorherrschen. Somit wird in der Versorgungszielsetzung explizit der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit im Gegensatz zur Bedürfnisgerechtigkeit gewählt. Die Sicherung der Qualität ist ein zentrales Anliegen der kantonalen Gesundheitsversorgung und damit ein zentrales Element des Versorgungsauftrags. Zusammen mit diesem vorgelagerten Qualitätsbegriff (Qualität als Voraussetzung für die Leistungserbringung) ist auch die nachgelagerte Überprüfung der Qualität wichtig für die Erfüllung des Versorgungsauftrags. Wird bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen Nutzens diejenige mit dem optimalen oder einem akzeptablen Kosten-Nutzen-Verhältnis eingesetzt, kann von einer kostengünstigen Versorgung gesprochen werden. Kostengünstige Versorgungsleistungen dienen sämtlichen Kostenträgern im Gesundheitswesen, das heisst sowohl Prämien- und Steuerzahlern selbst, als auch den Kranken- und Sozialversicherungen sowie Kanton und Gemeinden. Diese Perspektive wird in der nachfolgenden Finanzierungszielsetzung aufgegriffen.

## Finanzierungszielsetzung

---

### Langfristige Finanzierbarkeit

Die langfristige Finanzierbarkeit des aargauischen Gesundheitswesens ist im Interesse der Leistungsbezüger, Prämien- und Steuerzahler gesichert. Dabei wird die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens berücksichtigt. Die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons zur Kostendämpfung werden ausgeschöpft. Im Rahmen der Aufgaben- und Finanzplanung ist gewährleistet, dass die Erfüllung anderer Staatsaufgaben nicht gefährdet wird.

---

Der Kanton ist verfassungsgemäss dazu verpflichtet, einen ausgeglichenen Finanzhaushalt zu führen. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 5 beschriebenen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen stellt daher die Finanzierung des aargauischen Gesundheitswesens eine zentrale Zielsetzung in der gesundheitspolitischen Planung dar. Die **langfristige Finanzierbarkeit** des Gesundheitswesens steht im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in ihrer Dreifachrolle als **Leistungsbezüger, Prämien- und Steuerzahler**. Die drei Rollen sind komplex miteinander verflochten, indem die Bevölkerung einerseits Versorgungsleistungen bezieht und andererseits das Gesundheitssystem über verschiedene Versorgungsregime finanziert (im ambulanten Bereich als Prämienzahler und im stationären Bereich zusätzlich als Steuerzahler). Im Interesse der Bürgerinnen und Bürger steht zudem, dass in die Überlegung zu Finanzierungsfragen auch die **volkswirtschaftliche Bedeutung** des Gesundheitswesens – insbesondere in Bezug auf die allgemeine Wohlfahrt – miteinbezogen wird (vgl. Kapitel 5).

Die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems steht im direkten Zusammenhang mit den Überlegungen in der Versorgungszielsetzung: Bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgungsleistungen tragen massgeblich zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bei. Aufgrund der in Kapitel 2.4 beschriebenen aktuellen Erfahrungen in der Umsetzung der Spitalfinanzierung wird mit der übergeordneten Finanzierungszielsetzung das Gewicht künftig auf jene Aspekte gelegt, in welchen der Kanton Einfluss auf die Kostenentwicklung hat. Diese **Steuerungsmöglichkeiten** befinden sich aufgrund des Kostenumfanges und der kantonalen Planungskompetenz insbesondere im akutstationären Bereich auf (vgl. ausführlich in Kapitel 6.4.3). Im Zusammenhang mit der kantonalen **Aufgaben- und Finanzplanung** ist hierbei zu gewährleisten, dass die Erfüllung anderer Staatsaufgaben nicht gefährdet wird.

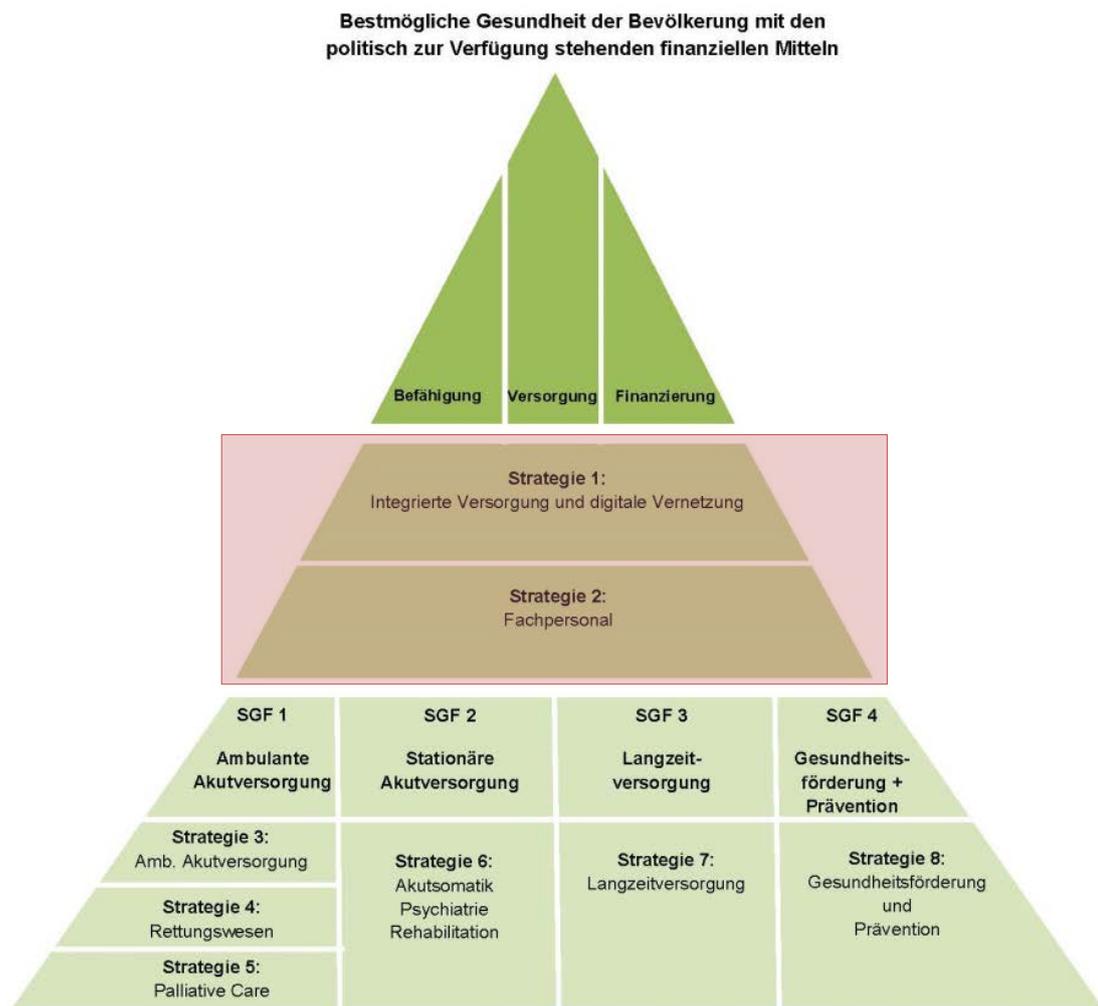
### 6.4 Strategien in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2025

Im Folgenden werden die funktionalen Strategien sowie jene der vier definierten strategischen Geschäftsfelder vorgestellt. Die funktionalen Strategien beinhalten Querschnittsthemen, die alle Bereiche des Gesundheitssystems tangieren: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung (Strategie 1) sowie das Thema Fachpersonal (Strategie 2). Unter den vier strategischen Geschäftsfeldern (1) ambulante Akutversorgung, (2) stationäre Akutversorgung, (3) Langzeitversorgung sowie (4) Gesundheitsförderung/Prävention werden die themenspezifische Strategien 3 bis 8 subsummiert. Die Zuteilung zu den vier strategischen Geschäftsfeldern liegt darin begründet, dass der Kanton in den jeweiligen Bereichen unterschiedliche Gestaltungs- und Vergütungsmöglichkeiten besitzt. Weiterhin werden von der GGpl 2025 als übergeordnetem Referenzwerk nachgängig drei Strukturberichte für die Versorgungsplanung abgeleitet, die ebenfalls anhand der Versorgungsregimes ambulante Akutversorgung, stationäre Akutversorgung und Langzeitversorgung strukturiert sind. Im strategischen Geschäftsfeld Gesundheitsförderung und Prävention bestehen wiederum Konzeptionen mit langfristigen Charakter.

Innerhalb der einzelnen Kapitel werden zunächst die Ausgangslage beschrieben (Status Quo des jeweiligen Bereichs), danach kurz die branchenspezifischen Umfeldentwicklungen skizziert, um aus

diesen danach den Handlungsbedarf abzuleiten. Dort wird geschildert, welche strategische Relevanz sich aus dem Status Quo und den Umfeldentwicklungen für die GGpl 2025 ergibt. Darauf folgen die einzelnen Strategien, für die zusätzlich strategische Schwerpunkte formuliert werden. In diesen wird spezifiziert, wie die in der Strategie formulierten Zielsetzungen erreicht werden sollen. Aufgrund des aktuell unterschiedlichen Planungs- und Informationsstands der einzelnen Bereiche sind die strategischen Schwerpunkte unterschiedlich detailliert ausgestaltet. Übergeordnete Zielsetzung, Strategien und strategische Schwerpunkte sind Beratungsgegenstand für den Grossen Rat. Die finanziellen Auswirkungen werden in Kapitel 7 separat ausgewiesen.

### 6.4.1 Funktionale Strategien



## **Strategie 1: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung**

### **Ausgangslage**

Um künftig den in Kapitel 4 beschriebenen Entwicklungen zu begegnen, müssen Strukturen, Prozesse und Angebote im Gesundheitssystem auf der Basis neuer Versorgungsmodelle weiterentwickelt und modernisiert werden.

Die zentralen konzeptionellen Grundlagen für entsprechende Modelle bieten die Integrierte Versorgung und digitale Informations- und Kommunikationstechnologien. Darüber hinaus sind auch weitere neue Versorgungsmodelle denkbar, die auf die veränderte Bedarfssituation angepasst sind.

Die integrierte Versorgung, verstanden als das bewusst gestaltete Zusammenspiel aller an der Betreuung des Patienten beteiligten Partner, zielt darauf ab, die Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Beteiligten zu fördern und damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der Patientenbetreuung zu optimieren. Der Kanton Aargau setzt diese Absicht aktuell mit dem Projekt "Masterplan Integrierte Versorgung Aargau (MIVAG 2017)" um. Unabdingbar für die Umsetzung eines möglichst integrierten Versorgungssystems ist der sachgerechte Einsatz von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung der Prozesse und Akteure im Gesundheitswesen (kurz: eHealth oder Electronic Healthcare). Dabei steht nicht das technisch Machbare im Vordergrund, sondern die nutzenorientierte Restrukturierung der Prozesse auf dem Behandlungspfad der Patienten in digitaler Form. Im kantonalen Programm eHealth Aargau 2015 (2012–2015) werden aktuell unter Einbezug aller relevanten Partner im Gesundheitswesen zukunftsweisende Konzepte für elektronisch assistierte Betreuungsprozesse entwickelt. Im Zentrum steht die Ermöglichung des elektronischen Patientendossiers (ePD). Der Kanton schafft über organisatorische und rechtliche Massnahmen die Rahmenbedingungen, um die technologischen und semantischen Standards durchzusetzen, Pilotprojekte zur Erprobung des automatischen Abrufverfahrens<sup>23</sup> sowie den Datenschutz zu gewährleisten, um Expertise zu liefern und Anschubfinanzierungen zu leisten sowie das Rollout der eHealth-Gemeinschaft im Kanton Aargau zu koordinieren. Er ist zudem eine wichtige Schnittstelle zum Koordinationsorgan "eHealth Suisse", zum Bundesamt für Gesundheit und zu weiteren Anspruchsgruppen im engeren und weiteren Kontext des elektronischen Patientendossiers.

Der Bedarf nach integrierten Versorgungsmodellen und elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien wird bereits in der GGpl 2010 erwähnt.<sup>24</sup> Das Thema eHealth wird hierbei noch als separate Strategie aufgegriffen.<sup>25</sup> Die damaligen strategischen Bestrebungen bestanden vornehmlich in der Bildung des kantonalen Koordinationsorgans zur Schaffung der organisatorischen Rahmenbedingungen für die elektronische Versichertenkarte, Modellversuche im Rahmen von Kooperationen zwischen Behörden und Privaten und den Vorarbeiten des beschriebenen elektronischen Patientendossiers. Aufgrund des Masterplans Integrierte Versorgung (MIVAG 2017) und seiner starken organisatorischen Verflechtung mit dem Programm "eHealth Aargau 2015" werden in der GGpl 2025 beide Bereiche innerhalb einer gemeinsamen Strategie verfolgt.

Für die konzeptionelle Weiterentwicklung neuer Versorgungsmodelle und deren Umsetzung sind ebenfalls die Rahmenbedingungen relevant, innerhalb derer Pilotprojekte für neue Versorgungsmodelle möglich sind. Mithilfe derartiger Pilotprojekte können beispielsweise ambulante Angebote finanziert werden, die langfristig Anreize zur bedarfsgerechteren Nutzung von Versorgungsleistungen

---

<sup>23</sup> Der Grosse Rat genehmigte am 4. November 2014 einstimmig das revidierte Gesetz über die Information der Öffentlichkeit, den Datenschutz und das Archivwesen (IDAG) sowie das revidierte Gesundheitsgesetz (GesG) als weitere Grundlagen, um das ePD im Aargau zu etablieren.

<sup>24</sup> Strategie 6 "Spitalversorgungskonzept"

<sup>25</sup> Strategie 23 "eHealth"

schaffen.<sup>26</sup> Eine gesetzliche Grundlage für die langfristige Etablierung derartiger Pilotprojekte besteht aktuell jedoch nicht. Ebenfalls gilt es zu bedenken, dass der Kanton bei der Finanzierung von neuen Versorgungsmodellen die vom KVG vorgegebenen Finanzierungsmodelle und Tarifstrukturen beachten muss.

### **Umfeldentwicklungen**

Die Gesundheitsversorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten stark spezialisiert und ausdifferenziert. Die Zahl der Facharzttitel hat zugenommen<sup>27</sup>, Spezialitäten haben sich in Subspezialitäten aufgeteilt und Spitäler in zahlreiche Fachgebiete und Institute. Als Reaktion auf diese zunehmende Fragmentierung sind vermehrt Konzepte für die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle entstanden. Die Gründe für die Entstehung dieser Konzepte sind ähnlich: Sie liegen in den Schwächen einer auf kurzfristige Resultate ausgerichteten, hoch entwickelten, horizontal und vertikal stark ausdifferenzierten, aber zu wenig koordinierten und vernetzten Gesundheitsversorgung. Mit neuen Versorgungsmodellen soll diese Problematik, die sich vor allem in der Behandlung komplexer und chronischer Krankheiten manifestiert, substantiell reduziert werden (vgl. Kapitel 4.3 und 4.5). In der Schweiz sind aktuell vielfältige Ansätze derartiger Versorgungsmodelle in der Entstehung, wie zum Beispiel Gesundheitszentren, populationsbezogene Versorgungsregionen oder die Projekte des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich.<sup>28</sup>

Sowohl politisch als auch wissenschaftlich ist die Einsicht akzeptiert, dass nach Möglichkeit ambulante und tagesklinische Versorgungsangebote ausgeschöpft werden sollten, bevor subsidiär eine stationäre Behandlung erfolgt. Dieser Trend steht jedoch im Gegensatz zu einer bislang nicht vorhandenen gesetzlichen Grundlage im Kanton Aargau. In anderen Kantonen hingegen besteht eine solche Rechtsgrundlage zur Überprüfung neuer Versorgungsmodelle, insbesondere um die ohnehin vom Kanton zu leistenden Finanzmittel flexibler und optimaler einzusetzen. So werden etwa in den Kantonen Zürich, Luzern, Bern, Thurgau und St. Gallen neue Versorgungsformen, Koordinationsleistungen, Tageskliniken, mobile Dienste sowie aufsuchende Beratungen und Begleitungen im Rahmen von Pilotprojekten finanziert und gesteuert. Diese versorgungs- und finanzpolitisch sinnvollen Leistungen werden entweder nach KVG überhaupt nicht vergütet oder die KVG-Tarife decken die Kosten selbst einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht.<sup>29</sup> Im Kanton Bern werden beispielsweise neue Modelle der Gesundheitsversorgung erprobt, die auf die Erzielung medizinischer, versorgungstechnischer oder wirtschaftlicher Verbesserungen ausgerichtet sind. Die Modellversuche werden durch Leistungsvereinbarungen mit Leistungserbringern oder allgemein durch Versuchsverordnungen des Regierungsrats gesteuert. Über das entsprechende Controlling und eine Evaluation werden die Auswirkungen der Modellversuche überprüft. Der Grosse Rat wird im Versorgungsbericht oder in separaten Berichten über Verlauf und Ergebnisse orientiert.<sup>30</sup> Damit werden der integrierte Versorgungsansatz gestärkt und die finanziellen Mittel des Kantons beziehungsweise der Gemeinden, die nach der neuen Spital- und Pflegefinanzierung nach KVG ohnehin geschuldet sind, effektiver eingesetzt.

---

<sup>26</sup> Im Kanton Aargau hat sich eine Realisierung derartiger Projekte beispielsweise im Bereich der Integrierten Sektorisierten Psychotherapie (ISPB) ergeben.

<sup>27</sup> Im Jahr 2014 bestehen 44 Facharzttitel, siehe: <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharzttitel-und-schwerpunkte.html>

<sup>28</sup> Schweizerische Eidgenossenschaft/Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung.

<sup>29</sup> vgl. § 11 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes des Kantons Zürich [813.20]; § 5 Abs. 2 lit. a des Spitalgesetzes des Kantons Luzern [800a]; Art. 59 ff. des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons Bern [812.11]; § 39 des Gesetzes über die Krankenversicherung des Kantons Thurgau [832.1]; Art. 24 des Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung des Kantons St. Gallen [320.1].

<sup>30</sup> Art. 115 f. des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons Bern [812.11].

Die Entwicklung beschriebener Modelle setzt eine entsprechende Datengrundlage über die Nutzung und den Bedarf von Versorgungsleistungen voraus. Während für die stationäre Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene eine breite statistische Grundlage besteht, fehlt diese im ambulanten Bereich. Dementsprechend hat auch der Bundesrat, gemäss "Gesundheit 2020", die Einführung einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung als eine von zehn prioritären Massnahmen definiert. Als Ergebnis wird ein integrales statistisches Gesundheitsinformationssystem entstehen, welches Analysen über die Tätigkeiten und Strukturen des gesamten Gesundheitswesens ermöglicht.<sup>31</sup>

Vor dem Hintergrund technischer Fortschritte ist es immer stärker möglich, elektronische Hilfsmittel in den Behandlungsprozess und in das individuelle Gesundheitsverhalten miteinzubeziehen. Therapien können dank neuer IT-Instrumente orts- und zeitunabhängiger geschehen (z.B. Telemonitoring). Dies hat zur Folge, dass sich Behandlung und Betreuung künftig immer stärker in den ambulanten Bereich oder sogar ins häusliche Umfeld verlagern kann. Mit dem elektronischen Patientendossier können die Menschen den Fachpersonen ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen zu ihrer Krankheit und Behandlung zugänglich machen. Der Trend zu elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien begünstigt ebenso die Nutzung digitaler Informationen zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens (vgl. Kapitel 4.8).

Die Bedeutung von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien wurde auch im gesundheitspolitischen Kontext erkannt. Die von Bund und Kantonen gemeinsam verabschiedete "Strategie eHealth Schweiz" hat zum Ziel, das elektronische Patientendossier auf nationaler Ebene einzuführen. Der Bund beteiligt sich aktiv an der Umsetzung der Strategie, unter anderem mit der Erarbeitung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) und mit übergeordneten Empfehlungen zu technologischen und semantischen Standards.<sup>32</sup>

### **Handlungsbedarf**

Aufgrund der beschriebenen Fragmentierung und mangelnden Koordination im Gesundheitssystem sind die Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern innerhalb eines Behandlungsprozesses schwierig herzustellen, sodass die verschiedenen Fachpersonen häufig zu wenig interagieren können (vgl. Kapitel 4.5). Ein solcher Informationsverlust kann zu Überdiagnostik und Mehrfachbehandlungen führen, welche einerseits Patientinnen und Patienten unnötigen Belastungen aussetzen können und andererseits zu einer zusätzlichen Verteuerung des Systems führen, indem sie möglicherweise kostenintensive Komplikationen auslösen. Elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien, welche erheblich zu einem besseren und günstigeren Schnittstellenmanagement beitragen könnten, werden von Patientenseite und von Seiten der Leistungserbringer bislang noch zu wenig genutzt.

Vor dem Hintergrund der hohen Komplexität der Gestaltungskompetenzen im Gesundheitswesen und der damit verbundenen Intransparenz stellt sich die Entwicklung neuer (integrierter) Versorgungsmodelle aus zwei Gründen als schwierig dar: Erstens werden Daten zur stationären und ambulanten Versorgungslage noch zu wenig zielgerichtet genutzt. Ein strukturierter Überblick über die Kosten, den Nutzen und die reale Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist eine zentrale

---

<sup>31</sup> MARS-Projekt (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé).

<sup>32</sup> Der Ständerat hat den Gesetzesentwurf 2014 genehmigt, der Nationalrat in der Frühlingssession 2015 erstmals beraten. Um Anreize für die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers zu setzen, plant der Bund (gemäss EPDG), den Aufbau und die Zertifizierung von sogenannten eHealth-Gemeinschaften mit insgesamt 30 Millionen Franken während dreier Jahre ab Inkrafttreten des EPDG zu unterstützen. Die Finanzhilfen stehen unter der Bedingung, dass die Kantone oder Dritte mindestens den gleichen Betrag bewilligen, wie sie beim Bund beantragen.

Voraussetzung, um in gezielten Bereichen des Gesundheitssystems neue, bedarfsgerechte Versorgungsmodelle zu entwickeln. Neben der fehlenden Datentransparenz besteht zweitens die Schwierigkeit, dass neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle auf kantonaler Ebene nur realisiert werden können, wenn ein entsprechender gesetzlicher Gestaltungsspielraum ermöglicht wird.

## **Strategische Ausrichtung in der GGpl 2025**

### **Strategie 1: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung**

*Alle Partner im Aargauer Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Kostenträger, Versicherte/Patienten) sind miteinander vernetzt und die Behandlungs- und Betreuungsprozesse integriert. Zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung dieser Prozesse werden gezielt elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.*

### **Strategische Schwerpunkte**

#### **Integration und Interprofessionalität**

Im Kanton Aargau bestehen Rahmenbedingungen, die sektorenübergreifende Versorgungsmodelle begünstigen (ambulant, aufsuchend, tagesklinisch, stationär). Die Versorgung innerhalb dieser Modelle erfolgt durch interprofessionelle Behandlungsteams, die dafür elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen.

#### **Neue Versorgungsmodelle**

Im Kanton Aargau wird die Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungsmodelle ermöglicht. Zur Erweiterung kantonaler Gestaltungskompetenzen wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, die es dem Regierungsrat erlaubt, möglichst flexibel Pilotprojekte zur Erprobung neuer Versorgungsmodelle zu realisieren. Im Rahmen solcher Pilotprojekte werden Bedarf, Kosten und Nutzen neuer Versorgungsmodelle eruiert mit dem Ziel, dem aktuellen Bedarf gerechter zu werden und langfristig kostengünstigere Leistungen anzubieten.

#### **Elektronisches Patientendossier**

Im Kanton Aargau bestehen Rahmenbedingungen, die den elektronischen Austausch von Patienten- und Behandlungsdaten zwischen allen Partnern der Gesundheitsversorgung begünstigen (Leistungserbringer, Kostenträger, Versicherte/Patienten, Bildung). Die Technologien werden so eingesetzt, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen verbessert wird und dass die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.

Die Mehrheit der Menschen im Kanton Aargau verfügt über ein elektronisches Patientendossier und nutzt es eigenverantwortlich zur Selbstsorge und im Krankheitsfall. Sie sind aktiv an den Entscheidungen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitsprobleme beteiligt und stärken damit ihre Gesundheitskompetenz.

#### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die Strategie zu den Bereichen Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung trägt sowohl zur Versorgungs- und Finanzierungszielsetzung als auch zur Befähigungszielsetzung bei. Durch die Förderung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle, den Einsatz interprofessioneller Behandlungsteams sowie die vermehrte Nutzung elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien werden die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gefördert und gleichzeitig Doppelspurigkeiten beseitigt, was zu einer langfristigen Kostensenkung führen kann. Auch die Ermöglichung neuer Versorgungsmodelle zielt explizit auf mehr Bedarfsgerechtigkeit und eine kostengünstigere Versorgung ab: Die rechtliche Grundlage in Form einer Pilotnorm ermöglicht den Leistungserbringern eine flexiblere

Reaktionsmöglichkeit auf neue Entwicklungen im Gesundheitssystem und der öffentlichen Hand ein Instrument für kostengünstigere Versorgungsmodelle. Die entsprechende Förderung birgt somit Potenzial, sich langfristig positiv auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auszuwirken. In integrierten Versorgungsmodellen und einer verstärkten digitalen Vernetzung liegt zudem erhebliches Potenzial, die Elemente der übergeordneten Befähigungszielsetzung zu stärken: Im Gegensatz zu klassischen Versorgungsmodellen können in integrierten Modellen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung explizit unterstützt werden und damit einem eigenverantwortlicheren Gesundheitsverhalten dienen. Über das elektronischen Patientendossiers erhalten Patientinnen und Patienten zudem eine aktivere Rolle in der Steuerung ihrer Gesundheitsdaten, was ihre Bedeutung im Behandlungsprozess nachhaltig unterstützt.

## **Strategie 2: Fachpersonal**

### **Ausgangslage**

Der verfassungsgemässe Versorgungsauftrag des Kantons Aargau beinhaltet eine angemessene Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für berufliche Grundbildungen und höhere Berufsbildungen im Gesundheitssektor. Im Bereich höherer Berufsbildungen wird der Kanton hierbei von der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau (OdA GS Aargau) unterstützt, in welcher die wichtigsten Leistungserbringer des kantonalen Gesundheitswesens vertreten sind. Daneben bietet das Gesundheitsgesetz ebenfalls eine Grundlage für die Förderung der ärztlichen Grundversorgung. In der GGpl 2010 wurde die strategische Grundlage für die heute bestehende Ausbildungsverpflichtung geschaffen.<sup>33</sup> Diese wird mit der Revision des Gesundheitsgesetzes umgesetzt. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass eine Mehrzahl der Leistungserbringer die Ausbildungsverpflichtung als wichtig erachtet und Anstrengungen unternommen werden, die geforderten Ausbildungsleistungen zu erfüllen.<sup>34</sup> Die definitive Umsetzung wird mit der Einführung des Bonus/Malus-Systems bei Inkrafttreten der laufenden Teilrevision des Gesundheitsgesetzes ab 2016 erfolgen.

### **Umfeldentwicklungen**

Der demographische und epidemiologische Wandel hat Auswirkungen auf den Ausbildungs- und Berufsmarkt im Gesundheitssektor (vgl. Kapitel 4.7). Die steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und stärkere Ausdifferenzierung komplexer Krankheitsbilder führen zu einem steigenden Personalbedarf. Vor allem in den Bereichen der Langzeitpflege und ärztlichen Grundversorgung ist dadurch mittel- bis langfristig mit einer erheblichen Knappheit an Arbeitskräften zu rechnen, die auch von ausländischem Personal nicht mehr abgedeckt werden kann.

Im Pflegebereich sind die Ursachen der Personalverknappung insbesondere in der zu geringen Verweildauer im Arbeitsprozess sowie in der noch zu niedrigen Anzahl an Ausbildungsplätzen zu suchen. Viele Gesundheitsberufe sind zudem einem strukturellen Wandel unterlegen. Neben der Ausbildung an den höheren Fachschulen können Pflegeberufe neuerdings auch als Bachelor- und Masterstudiengänge auf Hochschulniveau erlernt werden. Die entsprechend längere akademische Ausbildung ("Advanced Nursing Practice") soll es den Studierenden erlauben, später in interdisziplinären Teams den klinischen Prozess mitzugestalten und zu besseren Behandlungsergebnissen beizutragen. Dieser Trend deckt sich mit einer grundsätzlich steigenden Bedeutung interprofessioneller Arbeitsmodelle, die unter anderem Abhilfe gegen die drohende Personalknappheit bringen sollen. In diesen Arbeitsmodellen wird die Teamarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, bei der die einzelnen Berufe ihren Kernkompetenzen entsprechend eingesetzt werden können, gestärkt. Hoch-

---

<sup>33</sup>Strategie 22 "Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen"

<sup>34</sup> Die Ausbildungsleistungen steigen seit Einführung der Ausbildungsverpflichtung um rund 6 % pro Jahr.

qualifiziertes Pflegepersonal kann hierbei mehr Verantwortung übernehmen und damit medizinisches Personal entlasten. Entsprechende Planungen existieren bereits auf Bundesebene.<sup>35</sup> Weiterhin hat der Nationalrat im September 2014 das Medizinalberufegesetz um einen Passus erweitert, in welchem die medizinischen Befugnisse der Apothekerschaft erweitert wurden.

Die Personalknappheit im ärztlichen Bereich betrifft vor allem Hausärztinnen und Hausärzte. Die Ursachen des Engpasses sind unter anderem in der kommenden Pensionierungswelle der praktizierenden Hausärzteschaft bei steigender Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen und in der steigenden Bedeutung von Teilzeitarbeit wegen des steigenden Frauenanteils im Arztberuf zu suchen (vgl. Kapitel 4.7). Zudem zeichnet sich aufgrund der in der Schweiz verhältnismässig niedrigen Anzahl an Studienplätzen für das Medizinstudium ein deutlicher Nachwuchsmangel ab, der sich ebenfalls im hausärztlichen Bereich manifestiert. Zu beachten ist hierbei, dass der Kanton Aargau als nicht-universitärer Kanton keinen unmittelbaren Einfluss auf die künftige Ausgestaltung des medizinischen Hochschulstudiums hat. Aus diesem Grund ist eine Kompensation der Hausärzteknappeit nicht möglich und muss über alternative strategische Überlegungen angegangen werden.

### **Handlungsbedarf**

Die Rekrutierung von qualifiziertem Personal gestaltet sich insbesondere in Spitälern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen zunehmend schwieriger. Um dem Kostendruck und potentiellen Versorgungsengpässen vorzubeugen, ist eine vorausschauende Personalplanung notwendig. Dabei ist nicht nur der Ausbildung von Fachpersonal, sondern ebenso auch der Verlängerung der Verweildauer im Beruf und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess grosse Bedeutung beizumessen.

### **Strategische Ausrichtung in der GGpl 2025**

#### ***Strategie 2: Fachpersonal***

*Im Kanton Aargau steht ausreichend qualifiziertes Fachpersonal für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.*

#### **Strategische Schwerpunkte**

##### **Ausweitung der Ausbildungsverpflichtung auf weitere Institutionen**

Die bereits bestehende Ausbildungsverpflichtung wird auf weitere Institutionen und Berufsgruppen ausgeweitet, um langfristig genügend Ausbildungsplätze gewährleisten zu können. Denkbar wäre hier die Ausbildungsverpflichtung für niedergelassene Leistungserbringer im ambulanten Versorgungssektor (beispielsweise ambulante Tageskliniken, die nicht auf der Spitalliste sind).

##### **Verweildauer, Erhaltung und Wiedereingliederung**

Die von der Ausbildungsverpflichtung betroffenen Betriebe erhalten Bonusleistungen, wenn sie Konzepte für die Optimierung der Berufsverweildauer, die Erhaltung von Personal im Arbeitsprozess und/oder die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess entwickeln. Die Realisierung der entsprechenden Bonusleistungen erfolgt im Rahmen des bereits im Gesundheitsgesetz verankerten Bonus-Malus-Systems.

---

<sup>35</sup> Bundesamt für Gesundheit: Plattform "Zukunft ärztliche Bildung", Themengruppe "Interprofessionalität"

---

### **Rahmenbedingungen für interprofessionelle Arbeitsteilung**

Im Kanton Aargau bestehen Rahmenbedingungen, welche die Kompetenzdelegation vom ärztlichen Personal an andere Berufsgruppen (zum Beispiel die Apothekerschaft, medizinische Praxisassistenten oder Pflegepersonal) ermöglicht. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage ist über die Pilotnorm denkbar (vgl. strategischer Schwerpunkt in Strategie 1).

---

### **Förderung ärztlicher Ausbildung**

Die ärztliche Ausbildung wird mit entsprechenden Massnahmen gefördert, um die Absolventenzahl zu erhöhen und damit die medizinische Versorgung im Kanton Aargau langfristig sicherstellen zu können. So kann in Kooperation zwischen einer medizinischen Fakultät und einem Spital ein medizinisches Masterstudium im Kanton Aargau etabliert werden.<sup>36</sup>

---

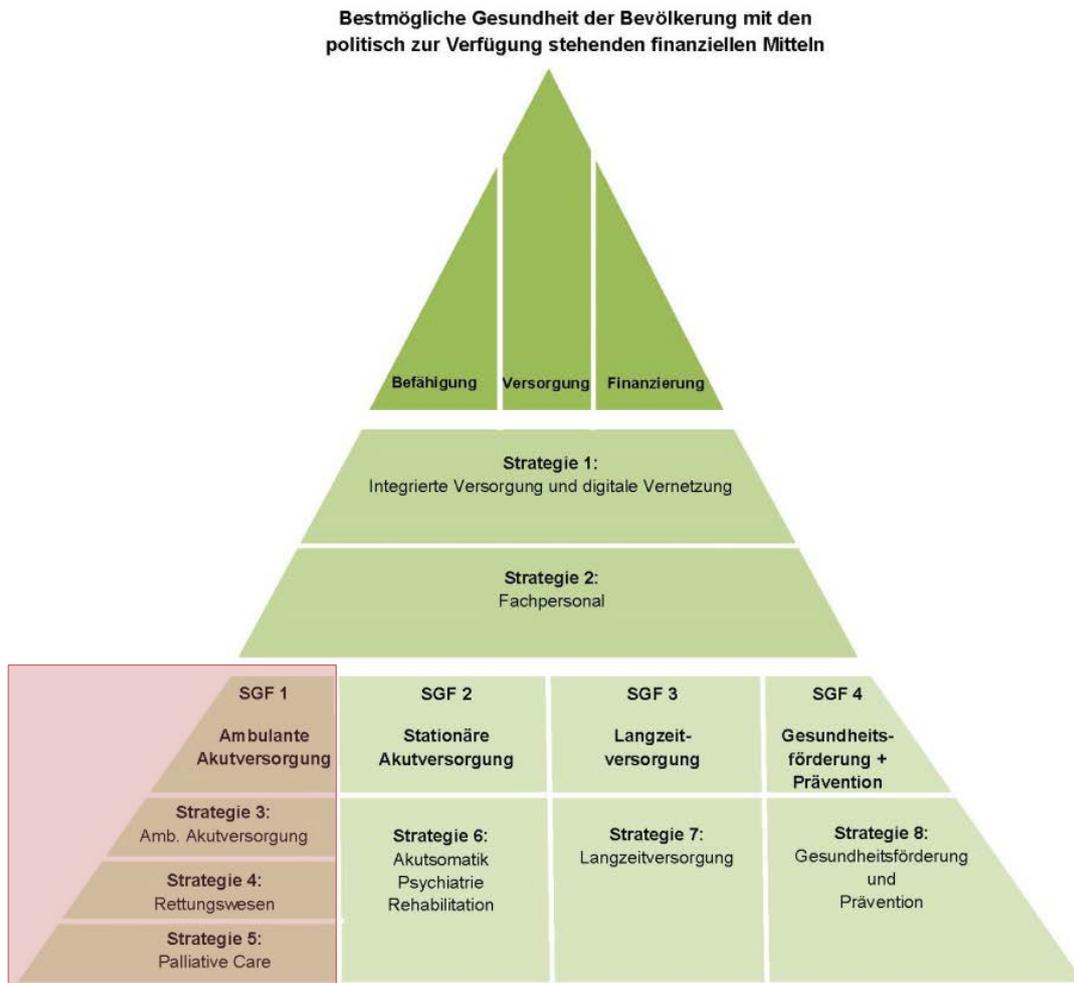
### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die Sicherstellung von genügend personellen Ressourcen kommt insbesondere der Versorgungs- und Befähigungszielsetzung zugute. Die Sicherstellung von qualifiziertem Fachpersonal ist eine zentrale Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in der nötigen Qualität. Ebenso wichtig ist die Rolle des Fachpersonals für die Befähigung der Bevölkerung im Umgang mit der eigenen Gesundheit: Entsprechend qualifiziertes Personal kann dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz dahingehend zu steigern, dass Menschen sich über gesundheitsförderliches Verhalten informieren können und dazu angeregt werden, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen. Damit kann Fachpersonal zu einer eigenverantwortlichen Nutzung von Leistungen und zu mehr Kostensensibilität der Patientinnen und Patienten beitragen.

---

<sup>36</sup> Im Kanton Aargau wurde Prof. Dr. med. Peter Suter (Universität Genf), mit der Erarbeitung einer Machbarkeitsstudie für einen Medical-Master-Studiengang beauftragt. In dieser soll aufgezeigt werden, welche Rolle hierbei der Kanton Aargau einnehmen kann und welche Massnahmen zu prüfen sind, um die ärztliche Grundversorgung in den Spitälern und bei den Hausärzten zu sichern.

## 6.4.2 Strategisches Geschäftsfeld 1: Ambulante Akutversorgung



### Strategie 3: Ambulante Akutversorgung

#### Ausgangslage

Die ambulante Akutversorgung umfasst alle akuten Dienstleistungen, die nicht im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Patientinnen und Patienten erbracht werden. Sie wird sichergestellt durch frei praktizierende Medizinalpersonen<sup>37</sup>, Spitalambulatorien sowie selbstständige Fachpersonen, Organisationen und Betriebe, die für die Ausübung ihrer Tätigkeiten einer Bewilligungspflicht unterliegen.<sup>38</sup>

Im Gegensatz zum stationären Versorgungssektor unterliegt der ambulante Bereich einem marktorientierten, das heisst primär einem nach den Regeln von Angebot und Nachfrage funktionierenden Versorgungssystem. Zudem werden ambulante ärztliche Gesundheitsleistungen nach dem Tariffsystem TARMED abgerechnet, wohingegen bei akutstationären Leistungen seit 2012 Fallpauschalen

<sup>37</sup> Gemäss Medizinalberufegesetz (Stand: 1. Januar 2015): Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Chiropraktiker.

<sup>38</sup> Die Krankenversicherungsgesetzgebung legt fest, welche Berufe unter welchen Voraussetzungen berechtigt sind, zulasten der OKP tätig zu sein. Diese Berufe unterliegen zudem einer gesundheitspolizeilich motivierten Bewilligungspflicht, für welche die kantonale Gesetzgebung die jeweiligen Bewilligungsvoraussetzungen festlegt. Vereinzelt Berufe im Gesundheitswesen unterliegen einer Bewilligungspflicht, sind aber nicht als Leistungserbringer des KVG anerkannt. Im Verhältnis zur verfassungsrechtlich geschützten Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) wirkt diese Bewilligungspflicht (Art. 36 BV) als einschränkend.

gelten. Im ambulanten Sektor bestehen somit wettbewerbsähnliche Strukturen und – damit verbunden – eine begrenzte Steuerbarkeit des Leistungsangebots durch die öffentliche Hand.

In der GGpl 2010 wurde der ambulante Sektor in zwei Strategien abgehandelt, welche die ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und diejenige durch Spitalambulatorien getrennt beinhalten.<sup>39</sup> In der GGpl 2025 werden diese beiden Bereiche in einer gemeinsamen Strategie betrachtet, da sie faktisch demselben Versorgungs- und Finanzierungsregime unterliegen. Auch unterliegt der Bereich Suchttherapie, welcher in der GGpl 2010 noch als separate Strategie formuliert wurde, teilweise dem ambulanten Versorgungsbereich. Die Möglichkeit, Spitalambulatorien mit Leistungsaufträgen zu steuern, wird im strategischen Geschäftsfeld 2 (Kapitel 5.4.3, stationäre Akutversorgung) diskutiert. Die mangelnde Steuerbarkeit des ambulanten Sektors wird in der GGpl 2010 zwar erwähnt, ohne jedoch eine Richtung zur künftigen Gewährleistung der ambulanten Grundversorgung vorzugeben. Aus ökonomischen und versorgungspolitischen Gründen ist es notwendig, weiterführende Überlegungen zur künftigen Ausgestaltung der ambulanten Versorgung anzustellen.<sup>40</sup> Die strategische Ausrichtung aus der GGpl 2010, den ambulanten Versorgungssektor primär dem Prinzip von Angebot und Nachfrage zu überlassen, wird in der GGpl 2025 durch neue Steuerungsmöglichkeiten ergänzt.

### **Umfeldentwicklungen**

Die in Kapitel 4 beschriebenen demographischen Veränderungen und den damit verbundenen Entwicklungen im Gesundheitssystem (insbesondere steigende Gesundheitskosten, Personalknappheit und steigende Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten) betreffen ebenfalls den ambulanten Versorgungssektor.

Die demographischen Veränderungen führen dazu, dass die Anzahl multimorbider und/oder chronisch erkrankter Menschen in den kommenden Jahren ansteigen wird. Dadurch steigt der Bedarf an Gesundheitsleistungen, welcher durch entsprechende personelle Ressourcen gedeckt werden muss. Es ist davon auszugehen, dass sich diese personellen Ressourcen in der ambulanten Grundversorgung aufgrund des Rückgangs an Hausärztinnen und Hausärzten verknappen werden, was zu einer Unterversorgung – insbesondere in ländlichen Gebieten – führen könnte. Darüber hinaus hat der Kanton Aargau als nicht-universitärer Kanton keinen direkten Einfluss auf die künftige Ausgestaltung des medizinischen Hochschulstudiums. Aus diesem Grund ist eine Kompensation der Hausärzteknappeit nicht möglich.

Weiterhin ist zu beobachten, dass sich seit einigen Jahren eine Mengenausweitung bei ambulanten Leistungen fortsetzt. Der grundsätzlich wünschenswerte medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es immer mehr, Behandlungen ambulant vorzunehmen. Weiterhin schafft das ambulante Versorgungssystem aufgrund seines faktisch kaum begrenzbareren Angebots einen erheblichen Anreiz, Gesundheitsleistungen zu konsumieren. Da die Menge an konsumierten Leistungen tendenziell mit der Dichte an Leistungserbringern zunimmt<sup>41</sup>, führen derartige Fehlanreize zu erheblichen Mengenausweitungen. Somit ist damit zu rechnen, dass die bereits aktuell überdurchschnittlichen Wachstumsraten im ambulanten Versorgungssektor weiter künftig steigen werden.

Eine Steuerungsmöglichkeit des ambulanten Angebots hat sich aus dem Zulassungsstopp von Ärztinnen und Ärzten ergeben, welcher vom Bund abermals bis 2016 verlängert wurde. Auf diesen wurde jedoch vom Kanton Aargau bislang verzichtet. Aktuell werden auf Bundesebene weiterführende

---

<sup>39</sup> Strategie 9 "Ambulante Versorgung durch die Spitäler" und Strategie 10 "Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler)".

<sup>40</sup> vgl. hierzu, (13.28) Postulat Dr. Theo Vögli und andere vom 5. März 2013.

<sup>41</sup> Jeanrenaud, Claude (2006): Mode de rémunération des médecins et coûts de la Santé en Suisse.

Massnahmen zur Steuerung des ambulanten Bereichs diskutiert, welche den Kantonen Instrumente für die Beschränkung beziehungsweise Förderung von Leistungserbringern ermöglichen könnten, insofern die entsprechende KVG-Teilrevision in Kraft tritt.<sup>42</sup>

### **Handlungsbedarf**

Aus den beschriebenen Umfeldentwicklungen ergeben sich zwei zentrale Problematiken, die Handlungsbedarf hervorrufen. Erstens besteht die Gefahr, dass durch fehlende personelle Ressourcen – insbesondere in ländlichen Gebieten durch Hausärzte – Unterversorgung entsteht. Die hohe Anbieterdichte in bestimmten Regionen und Fachgebieten führt zweitens zu einer Überversorgung, welche ihrerseits eine steigende Kostenentwicklung nach sich zieht, ohne durch die öffentliche Hand unmittelbar steuerbar zu sein. Mit einem rein an Angebot und Nachfrage orientiertem Versorgungssystem kann vor dem Hintergrund der künftigen Trends eine langfristig ausgewogene Grundversorgung nicht sichergestellt werden.

### **Strategische Ausrichtung GGpl 2025**

#### ***Strategie 3: Ambulante Akutversorgung***

*Die ambulante Grundversorgung im Kanton Aargau ist sichergestellt. Die angewendeten Versorgungsmodelle entsprechen dem aktuellen Bedarf und fördern die Nutzung ambulanter Angebote.*

#### **Strategische Schwerpunkte**

##### **Zulassung / Einschränkung von Leistungsanbietern**

Der Kanton Aargau prüft im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben Instrumente zur Zulassung und Einschränkung von Leistungsanbietern, falls es im ambulanten Sektor zu Über- oder Unterversorgung kommt. Bei Überversorgung kann der Kanton dementsprechend die Zulassung von Leistungserbringern für ein medizinisches Fachgebiet oder eine Region einschränken. Bei einer Unterversorgung kann der Kanton die betroffene Region mit Beratung oder der Bereitstellung von Datenmaterial unterstützen. In der ambulanten Grundversorgung wird zudem auf bewährte Mittel zur Unterstützung der ärztlichen Weiterbildung gesetzt (vgl. Strategie 2).<sup>43</sup>

##### **Bedarfsgerechte Versorgungsmodelle**

Um langfristig ein ausgewogenes Angebot im ambulanten Versorgungssektor zu gewährleisten, werden neue, integrierte Versorgungsformen entwickelt und erprobt. Die Erprobung und Weiterentwicklung derartiger Versorgungsmodelle wird von den Partnern im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Berufsverbände, Aus- und Weiterbildungsinstitutionen, Tarifpartner) durchgeführt. Wie bereits auf Basis von Strategie 1 (Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung) beschrieben, ist für die Umsetzung neuer Versorgungsmodelle ebenfalls die Schaffung einer Pilotnorm denkbar.

##### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die Strategie dient der Versorgungszielsetzung, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Mit der Entwicklung und Anwendung von Versorgungsmodellen, die sich am aktuellen Bedarf orientieren, kann eine langfristig ausgewogene Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

<sup>42</sup> Die vorgeschlagenen Änderungen des KVG würden ab Mitte 2016 die derzeit gültige, bis Ende Juni 2016 befristete bedarfsabhängige Zulassung ablösen.

<sup>43</sup> Zum Beispiel die Praxisassistenz und das Hausarztmentoring.

Die Versorgungsmodelle sind im Idealfall so konzipiert, dass langfristig Behandlungskosten verringert werden, was wiederum zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens und damit zur Finanzierungszielsetzung beiträgt.

Da bedarfsgerechte Versorgungsmodelle ebenfalls die Möglichkeit bergen, die Konzepte der Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz stärker im Behandlungsprozess zu verankern, wirkt sich die Strategie auch indirekt auf die Befähigungszielsetzung aus.

## **Strategie 4: Rettungswesen**

### **Ausgangslage**

Das Rettungswesen befasst sich mit erkrankten und verunfallten Menschen am Ort des Geschehens und während des Transports in die Notfallstation eines Zielspitals oder in eine Arztpraxis. Da sich die betroffenen Patienten oft in einem prekären gesundheitlichen Zustand befinden, müssen sie kompetent versorgt und transportiert werden. Die rettungsdienstliche Versorgung im Kanton Aargau ist derzeit den Kantons- und Regionalspitälern und zwei privaten Rettungsdiensten angegliedert. Koordiniert und geführt werden die Rettungsdienste aktuell von der Einsatzleitstelle (ELS) 144 am Kantonsspital Aarau. Diese wird ab 2016 in eine einheitliche kantonale Notrufzentrale (KNZ) überführt, wie dies bereits in der GGpl 2010 geplant wurde. Das Rettungswesen ist historisch gewachsen und Rechtsgrundlagen existieren nur punktuell. In der GGpl 2010 sind keine entsprechenden strategischen Voraussetzungen hierfür geschaffen worden.<sup>44</sup> Weiterhin verfügt der Kanton Aargau im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen in der Deutschschweiz über kein flächendeckendes Notarztsystem für Alltags- wie auch sanitätsdienstliche Grossereignisse. Vom Interverband für Rettungswesen (IVR) und weiteren Fachorganisationen wird ein entsprechendes Notarztsystem seit langem gefordert, jedoch wurde dieses in der präklinischen Versorgung im Kanton Aargau bis heute nicht implementiert.<sup>45</sup> Der Mangel wurde ebenfalls in der Gefährdungsanalyse des Kantons Aargau bestätigt.

### **Umfeldentwicklungen**

Auch der Rettungsdienst ist von den in Kapitel 4 beschriebenen demographischen Verschiebungen, dem Druck auf den Personalmarkt und der steigenden Anspruchshaltung von Patientinnen und Patienten betroffen. Die Folgen sind eine sich grundsätzlich wandelnde Bedarfssituation im Gesundheitswesen und damit ein Anstieg rettungsdienstlicher Einsätze, ohne dass bislang eine rechtsverbindliche Grundlage zur Bedarfsplanung besteht.

### **Handlungsbedarf**

Der Handlungsbedarf im Bereich Rettungswesen besteht einerseits in der allgemein fehlenden Rechtsverbindlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung und andererseits in der mangelnden Erfüllung der Qualitätsstandards des IVR im Hinblick auf ein flächendeckendes Notarztsystem. Die Rettungsdienste im Kanton Aargau können weder bei Alltagsereignissen noch bei einem sanitätsdienstlichen Grossereignis auf Notärzte zurückgreifen. Fehlende rettungsdienstliche Tarifkomponenten und unzureichende finanzielle Mittel der Rettungsdienste selbst verunmöglichen aus aktueller Sicht die Realisierung eines flächendeckenden Notarztsystems für den gesamten Kanton Aargau. Ebenso wenig bestehen gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche ausreichend wären, um die Rettungsdienste zum Aufbau und zur Inbetriebnahme eines solchen verpflichten zu können.

---

<sup>44</sup> Strategie 12 "Rettungswesen"

<sup>45</sup> vgl. hierzu auch (14.240) Interpellation René Huber, CVP, Leuggern (Sprecher), Marco Beng, CVP, Berikon, und Hans Dössegger, SVP, Seon, vom 9. Dezember 2014 betreffend Auflagen des IVR in Bezug auf die Rettungsdienste.

### Strategie 4: Rettungswesen

*In medizinischen Akutsituationen werden schnelle und professionelle Rettung und Transport gewährleistet. Die Rettungsversorgung im Kanton Aargau orientiert sich an anerkannten Qualitätskriterien.*

### Strategische Schwerpunkte

#### Orientierung an IVR-Kriterien

Qualitätskriterien zum Rettungswesen bestehen heute in Form der Richtlinien des IVR. Diese gelten schweizweit und dienen als Grundlage der strategischen Ausrichtung, wobei ebenfalls Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und jenen zu Personalressourcen Rechnung zu tragen ist. Bei Bedarf kann der Kanton abweichend von den IVR-Vorgaben eigene Grundsätze festlegen.

#### Verpflichtung der akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste

Um die bisher fehlende Rechtsverbindlichkeit sicherzustellen, wird eine gesetzliche Basis geschaffen, die langfristig die präklinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Auf dieser Basis werden akutsomatische Spitäler mit Leistungsauftrag dazu verpflichtet, einen Rettungsdienst zu betreiben. Nicht jedes Spital muss jedoch einen eigenen Rettungsdienst mobilisieren: Unter Einbezug privater Rettungsdienste werden die Spitäler dazu angehalten, sich zu einem Pool zusammenzuschliessen, um die rettungsdienstliche Versorgung gemeinsam sicherzustellen. Nebst der aufsichtsrechtlichen Bewilligungspflicht erhält der Kanton zudem subsidiär die Kompetenz, die bedarfsgerechte Planung vorzunehmen, falls die rettungsdienstliche Versorgung durch die Spitäler gemäss Vorgaben des IVR oder kantonseigener Vorgaben nicht gewährleistet ist.

#### Einführung eines Notarztsystems

Um eine dem aktuellen medizinischen Standard entsprechende präklinische Versorgung im Kanton Aargau zu gewährleisten, sind die akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste gesetzlich dazu verpflichtet, ein flächen- sowie kostendeckendes Notarztsystem zu betreiben. Damit wird sichergestellt, dass die präklinische den gleichen Qualitätsansprüchen wie die klinische Versorgung genügt und zahlreichen anderen Kantonen entspricht.<sup>46</sup>

Um die akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste verpflichten zu können, einen Rettungsdienst mit Notarztsystem zu betreiben, müssen die nötigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden. Die Kosten sowohl der Rettungsdienste als auch der Notärzte müssen durch Tarife, die mit den Versicherern auszuhandeln sind, gedeckt werden.<sup>47</sup> Um den Kriterien der Wirtschaftlichkeit zu genügen und entsprechende Personalressourcen anzubieten, muss nicht zwingend jeder Rettungsdienst einen eigenen Notarzt anbieten. Wie bereits bei der Organisation der rettungsdienstlichen Versorgung angedacht, werden ebenfalls gemeinsame Lösungen gefordert, die auf optimalen Standorten basieren, so dass der ganze Kanton innert nützlicher Frist versorgt ist. Auch die Finanzierung des Notarztsystems ist mittels Poollosung denkbar.

<sup>46</sup> So verfügen beispielsweise die Kantone, Basel-Land, Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Luzern, St. Gallen, Thurgau, Wallis und Zürich über ein Notarztsystem.

<sup>47</sup> Eine solche Lösung entspricht derjenigen des Kantons St. Gallen.

### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die gesetzliche Verankerung des Rettungsdiensts trägt zur Versorgungssicherheit und damit zu einer bedarfsgerechten Versorgung bei. Auch die Verbesserung der präklinischen Versorgung mit der Etablierung eines Notarztsystems bewirkt eine bedarfsgerechtere Versorgung der Bevölkerung in der notwendigen Qualität.

### **Strategie 5: Palliative Care**

#### **Ausgangslage**

Die beschriebene demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und die damit verbundene Zunahme an chronisch und multimorbid Erkrankten führen dazu, dass die Gesundheitsversorgung in der letzten Lebensphase an Bedeutung gewinnt. Die betroffenen Personen benötigen länger andauernde, umfangreiche medizinische und pflegerische Betreuung sowie gegebenenfalls psychosoziale, religiöse und spirituelle Begleitung. Die entsprechenden Leistungen werden unter dem Begriff Palliative Care zusammengefasst. Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden.<sup>48</sup> Der Fokus von Palliative Care liegt in jener Lebensphase, in welchem die Heilung der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. In der Leistungserbringung kann grundsätzlich zwischen Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care unterschieden werden. Palliative Care Patienten in der Grundversorgung umfasst Personen, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen, oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Die meisten Menschen in einer palliativen Situation können dieser Patientengruppe zugerechnet werden. Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care sind eine zahlenmässig kleinere Patientengruppe, die aufgrund ihrer instabilen Krankheitssituation und dadurch begründeten komplexeren Behandlungsbedarf auf die Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative Care-Team angewiesen ist.

In der GGpl 2010 existiert bereits eine strategische Grundlage zu Palliative Care, indem die Sicherstellung spezialisierter Angebote explizit festgeschrieben wird.<sup>49</sup> In den entsprechenden Passagen wird auf die Pflegeheimkonzeption verwiesen, in der die Grundlagen und Kriterien von Palliative Care erläutert sind und explizit Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Langzeitpflege genannt werden. Auf dieser Basis erhalten Organisationen mit speziellen Abteilungen im Kanton Aargau einen entsprechenden Leistungsauftrag. Die Leistungsvergabe an Spitäler wurde mit der Spitalliste realisiert (Kompetenzzentrum Palliative Care).

#### **Umfeldentwicklungen**

Die in Kapitel 4.3 beschriebenen demographischen Entwicklungen führen dazu, dass die Anzahl der jährlichen Todesfälle in der Schweiz in den kommenden Jahren zunehmen wird. Steigen wird vor allem die Sterberate der über 80-Jährigen Menschen mit komplexen Erkrankungen.<sup>50</sup> Wird vom heutigen Stand in der Schweiz von ca. 40'000 Personen jährlich ausgegangen, die Palliative Care Leistungen benötigen, wird die Anzahl in den nächsten Jahren auf rund 53'000 Personen steigen.<sup>51</sup> Die-

---

<sup>48</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2006)

<sup>49</sup> Strategie 18 "Palliative Care"

<sup>50</sup> Das Bundesamt für Statistik geht davon aus, dass die Anzahl der Todesfälle in den nächsten Jahren um ein Drittel zunehmen wird.

<sup>51</sup> Bundesamt für Statistik (2015).

se Zunahme wird sich vor allem auf den Bereich der palliativen Grundversorgung auswirken. Palliative Care hat in den letzten Jahren vor diesem Hintergrund auch im nationalen gesundheitspolitischen Kontext an Resonanz gewonnen. 2008 wurde ein Nationales Fördergremium „Palliative Care“ eingesetzt, aus welchem 2009 die „Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012“ resultierte, welche mit der Verabschiedung der "Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015" um drei Jahre verlängert wurde.

### **Handlungsbedarf**

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Bedarfszunahme an Palliative Care Leistungen entspricht das Versorgungsangebot im Kanton Aargau nicht den vom Bundesamt für Gesundheit vorgesehenen Vorgaben.<sup>52</sup> Insbesondere im Langzeitbereich und bei spezialisierten Angeboten (sowohl ambulant als auch akutstationär) sind Angebotslücken vorhanden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass der Zugang zu Palliative Care Leistungen nicht für alle betroffenen Personen gewährleistet ist. Die Umfeldentwicklungen sowie die Erfahrungen mit Palliative Care auf Basis des aktuellen Konzepts des Kantons Aargau<sup>53</sup> zeigen, dass eine strategische Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots an Palliative Care Leistungen notwendig ist und dazu erforderliche gesetzliche Grundlagen zu schaffen sind.<sup>54</sup>

### **Strategische Ausrichtung in der GGpl 2025**

#### **Strategie 5: Palliative Care**

*Der Kanton Aargau verfügt über ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Angebot an Palliative Care Leistungen in der Grundversorgung und in der spezialisierten Versorgung.*

#### **Strategische Schwerpunkte**

##### **Mobile Palliativdienste**

Ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Angebot an Palliative Care Leistungen in der Grundversorgung und in der spezialisierten Versorgung kann über die Etablierung mobiler Palliativdienste gewährleistet werden.<sup>55</sup> Mobile Palliativdienste kommen hauptsächlich zum Einsatz, um die Betreuenden der Grundversorgung bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Pflegeheim zu unterstützen. Die Teams sind beratend und anleitend tätig und bieten ihre Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an.

##### **Aus- und Weiterbildung**

Eine bedarfsgerechte Versorgung mit Palliative Care Angeboten wird auf der Basis adäquater Aus- und Weiterbildungsangebote zu Palliative Care realisiert. Die Verbreiterung der spezifischen Fachkompetenz zu Palliative Care über Weiterbildungen für Pflegefachpersonen, Ärzte und Freiwillige wird gefördert.

<sup>52</sup> Vgl. dazu die Definition der Versorgungsstrukturen in der Publikation "Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz", Bundesamt für Gesundheit (2012).

<sup>53</sup> Konzept Palliative Care Kanton Aargau (Februar 2015).

<sup>54</sup> vgl. hierzu auch (14.234) Interpellation Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach, Clemens Hochreuter, SVP, Aarau, Theres Lepori, CVP, Berikon, und Lilian Studer, EVP, Wettingen, vom 2. Dezember 2014 betreffend Situation der Palliative Care im Aargau.

<sup>55</sup> Entsprechende mobile Palliativdienste sind bereits in den folgenden Kantonen tätig: Bern (3), Basel-Stadt (1), Zürich (1 plus 2 Onkospitex), Genf (1), Thurgau (1), Neuchâtel (1), Jura (1), Fribourg (1), Graubünden (1), Wallis (2), Tessin (2), Waadt (4), Schaffhausen (1) und Luzern (1).

---

### **Sensibilisierung und Beratung**

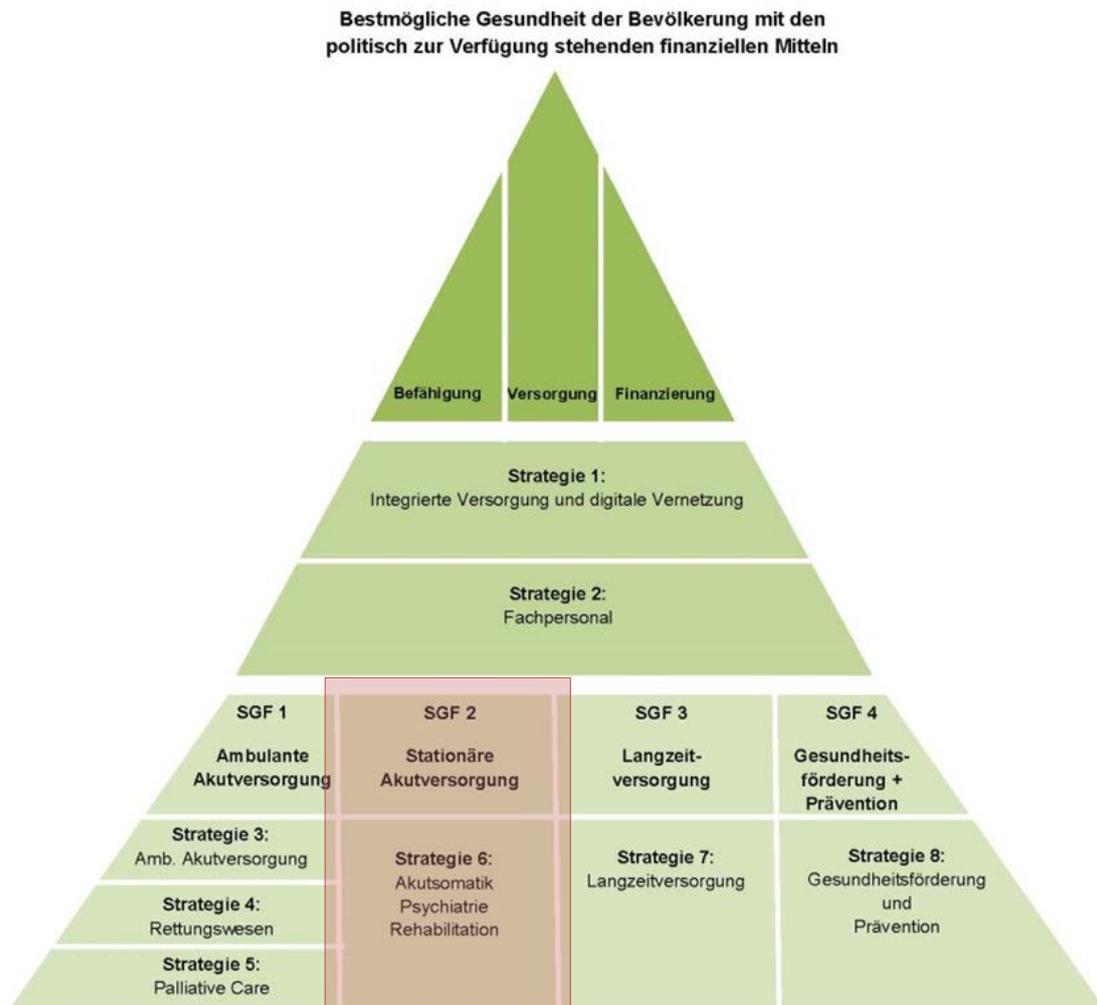
Für die Etablierung bedarfsgerechter und kostengünstiger Versorgungsstrukturen ist eine entsprechende Sensibilisierung der Bevölkerung für die Palliative Care Thematik sowie die Beratung von Betroffenen und Interessierten notwendig. Auch bei Institutionen, Organisationen und Gemeinden besteht häufig der Bedarf nach Beratung, Vermittlung und der Organisation von Aus- und Fortbildungen mit interdisziplinärem Fokus. Für derartige Aktivitäten ist die Schaffung einer zentralen Anlaufstelle für Bevölkerung und Fachpersonen sinnvoll.

---

### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Vor dem Hintergrund des prognostizierten Bedarfs an Palliative Care Strukturen in den kommenden Jahren ist der bedarfsgerechte und kostengünstige Zugang zu entsprechenden Leistungen ein Teil der Versorgungszielsetzung im Sinne bedarfsgerechter Versorgungsleistungen. Darüber hinaus wird über die Realisierung entsprechender Palliative Care Angebote auch der Befähigungsaspekt gestärkt: Palliative Care Angebote in Anspruch nehmen zu können, befähigt die Betroffenen, ihre verbleibende Lebenszeit möglichst erträglich zu gestalten und damit weniger kurative Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen. Palliative Care kann sich damit auch positiv auf die Kostenentwicklung und damit die Finanzierungszielsetzung auswirken, wenn mit entsprechenden Angeboten kostenintensive Hospitalisationstage reduziert werden. Mit mobilen Palliative Care Diensten für Pflegende und Betreuende werden zudem Strukturen geschaffen, die bei Abnahme der Eigenverantwortung der Sterbenden professionelle Begleitung für sie und ihre Angehörigen ermöglichen.

### 6.4.3 Strategisches Geschäftsfeld 2: Stationäre Akutversorgung



#### Strategie 6: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation

##### Ausgangslage

Das strategische Geschäftsfeld 2 beinhaltet die stationäre Akutversorgung. Diese umfasst die akutsomatischen Spitäler, Psychiatrien sowie Rehabilitationskliniken im Kanton Aargau. In der GGpl 2010 noch getrennt abgehandelt, werden die drei akutstationären Versorgungsbereiche in der GGpl 2025 als gemeinsames strategisches Geschäftsfeld betrachtet.

Die stationäre **Akutsomatik** als erster Teilbereich wird in der Schweiz entlang der drei vertikalen Versorgungsebenen Grundversorgung, spezialisierte Versorgung und hochspezialisierte Versorgung/Medizin verortet. Letztere folgt den eidgenössisch geregelten Vorgaben der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Mit der neuen Spitalfinanzierung ist eine eindeutige Zuweisung aller Behandlungen zu den drei Versorgungskategorien via Leistungsgruppen und somit eine transparente Planung des Versorgungsbedarfs und der jeweiligen Ausgaben möglich. Unter Berücksichtigung von betriebs- und volkswirtschaftlichen Überlegungen obliegt es dem Kanton, die stationäre Grund- und Spezialversorgung sicherzustellen und über die Spitalliste zu steuern. Die Aufnahme auf die Spitalliste setzt voraus, dass ein Spital der vom Kanton aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entspricht. Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital für die gesamte Bevölkerung

des Kantons Aargau und wird periodisch überprüft. Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots muss der Kanton die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit des Spitals/der Klinik zur Erfüllung des Leistungsauftrags berücksichtigen. Dem Kanton kommt somit eine Mehrfachrolle zu, indem er nach den genannten Kriterien Leistungsaufträge vergibt, Gesetzgeber ist, die zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelten Tarife genehmigt und die Eigentümerschaft dreier Betriebe (Kantonsspital Aarau AG, Kantonsspital Baden AG, Psychiatrische Dienste Aargau AG) innehat. Diese Vermischung der hoheitlichen Funktionen und der Leistungserbringerrolle wird im Gesundheitswesen zunehmend kritisch betrachtet. Mittel- und langfristig wird der Rollenkonflikt unter Abwägung der unterschiedlichen Interessen aufzulösen sein.

Die strategischen Grundlagen für die aargauische Spitallandschaft wurden in der GGpl 2010 gelegt. Die Schwerpunkte der Strategie bestanden in der regional orientierten Grundversorgung, konzentrierten spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung und der Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler im Sinne eines Kompetenzzentrums zur Stärkung der inner- und interkantonalen Wettbewerbsfähigkeit. Ebenfalls berücksichtigt wurden die interkantonale Koordination des Mengenvolumens sowie integrierte Versorgungsmodelle.<sup>56</sup> Die Strategie eines Kompetenzzentrums an zwei Standorten ist das Ergebnis einer langjährigen politischen Diskussion darüber, wie die Zusammenarbeit der beiden Kantonsspitäler künftig ausgestaltet sein soll. Trotz der Abschreibung des Zentrumsspitals blieb die Konzentration von Behandlungsschwerpunkten in der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin explizites strategisches Ziel und wurde nachträglich der GGpl 2010 hinzugefügt.<sup>57</sup>

Den zweiten Teilbereich der akutstationären Versorgung stellt die **Psychiatrie** dar. Innerhalb des salutogenetischen Gesundheitsmodells, welches der GGpl 2025 zugrunde liegt (vgl. Kapitel 4.1), gelten neben dem physischen ebenfalls das psychische und soziale Wohlbefinden als Indikatoren für den individuellen Gesundheitszustand.

Der Bereich Psychiatrie wurde in der GGpl 2010 als medizinischer Spezialbereich abgehandelt.<sup>58</sup> Der strategische Fokus lag auf einer patientenzentrierten, integrierten und gemeindenahen Versorgungsstruktur. Auch die stationäre Suchttherapie unterliegt neu dem strategischen Geschäftsfeld 2.

Der dritte Teilbereich des akutstationären Versorgungssektors – die **Rehabilitation** – bezeichnet in ihrer primären Definition die Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Fähigkeiten eines Patienten im Anschluss an eine Erkrankung oder einen Unfall. Sekundäre Rehabilitation besteht in der Wiedereingliederung des Erkrankten oder Verunfallten in sein Sozial- und Arbeitsleben. Tertiäre Rehabilitation beinhaltet die Ermöglichung von Lebensqualität mit einer Krankheit (zum Beispiel bei chronisch Erkrankten, vgl. Kapitel 4.3).

In der GGpl 2010 sind die strategischen Leitlinien für die Rehabilitation geschaffen worden, die im Wesentlichen die bessere Vernetzung über die gesamte Behandlungskette hinweg sowie Vorgaben für eine wohnortnahe Rehabilitation beinhalteten.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> Strategie 6 "Spitalversorgungskonzept", Strategie 7 "Spitalliste" und Strategie 8 "Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung"

<sup>57</sup> (09.309) Postulat der FDP-Fraktion

<sup>58</sup> Strategie 19 "Psychiatrie"

<sup>59</sup> Strategie 21 "Rehabilitation"

## Umfeldentwicklungen

Der akutstationäre Sektor stellt denjenigen Versorgungsbereich dar, der seit der GGpl 2010 dem deutlichsten Wandel unterlegen war. Die auf der KVG-Revision basierende neue Spitalfinanzierung seit 2012 hat einen Systemwechsel ergeben, der auf mehr Transparenz in den stationären Leistungsangeboten und eine allgemeine Stärkung des Wettbewerbs abzielt.

Kernelemente der Revision sind die leistungsbezogene Finanzierung der stationären Behandlung durch Fallpauschalen, die integrale Planung im Spitalbereich mit Zuweisung von Leistungsaufträgen durch die Kantone, die Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler, die Mitfinanzierungspflicht der Kantone für alle Spitäler auf der Spitalliste (das heisst die freie Spitalwahl für die Bevölkerung) und die Neuregelung der dualen Finanzierung zwischen Kantonen und Krankenversicherern. Im neuen Finanzierungsmodell ist der Kanton nach Ablauf der Übergangsfrist ab 2017 verpflichtet, mindestens 55 % der Kosten für die stationäre Behandlungen im Grundversicherungsbereich bei öffentlich-rechtlichen und privaten Spitälern und Kliniken auf der Spitalliste zu bezahlen.

Die beschriebenen Elemente der KVG-Revision sollen langfristig zu einer Strukturbereinigung des akutstationären Sektors führen und ziehen entsprechende Entwicklungen nach sich:

Durch den Wegfall der Kantonsgrenzen nehmen die ausserkantonalen Spital- und Klinikaufenthalte sowie Aufenthalte in Privatkliniken tendenziell zu. Zwischen den Jahren 2012 und 2014 ist der Selbstversorgungsgrad in den akutsomatischen Spitälern des Kantons Aargau von 85,1 % auf 82,3 % gesunken. Ein ähnlicher Trend zeichnet auch in den Rehabilitationskliniken ab (87,3 % auf 84,1 %). Einzig in der Psychiatrie ist der Selbstversorgungsgrad von 64,7 % auf 77,2 % gestiegen. Es ist damit zu rechnen, dass der Trend zu ausserkantonalen Spitalaufenthalten weiterhin zunehmen wird. Patientinnen und Patienten scheinen somit immer dezidierter ihren gewünschten Behandlungsort auszuwählen und zunehmend bereit dafür zu sein, hierfür längere Distanzen auf sich zu nehmen (vgl. Kapitel 4.4). Damit wird die Qualität der Behandlung zu einem wichtigen Wettbewerbskriterium für die Spitäler und Kliniken. Dies hat wiederum zur Konsequenz, dass die Institutionen dementsprechend intensiver in ihre Infrastruktur investieren müssen, um sich auf dem Angebotsmarkt durchzusetzen. Dies kann zur Folge haben, dass ineffizient wirtschaftende Spitäler langfristig nicht auf dem Markt bestehen können, was sich positiv auf die durch die KVG-Revision intendierte Bereinigung der Spitallandschaft und – damit einhergehend – dämpfend auf die Mengenausweitung auswirken könnte.

Mit der neuen Spitalfinanzierung über Fallpauschalen gewinnen damit auch betriebswirtschaftliche Überlegungen für die Spitäler an Bedeutung und es kommt tendenziell zu einer Zunahme von Leistungen im stationären Setting sowie auch zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer. Gleichzeitig ist jedoch auch eine umgekehrte Tendenz wahrnehmbar, indem bestimmte Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden.<sup>60</sup> Im akutsomatischen Sektor betrifft dies insbesondere einfache Eingriffe der Grundversorgung und bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit gutem Allgemeinzustand. Auch in der Psychiatrie sind aufgrund neuer Therapiemöglichkeiten entsprechende Verlagerungen zu beobachten. Die Spitäler und Kliniken reagieren auf diese Entwicklung verstärkt mit der Etablierung oder dem Ausbau von Tageskliniken, die dem Spital angegliedert sind. Zur Entlastung der Notfallstationen werden weiter Notfall- beziehungsweise Hausarztpraxen installiert, die gleichzeitig den hausärztlichen Notfalldienst abdecken. Darüber hinaus ist festzustellen, dass durch den stärkeren Wettbewerb auch die mit dem Gesundheitswesen verbundenen Chancen für wirtschaftliches Wachstum und Arbeitsplätze an Bedeutung gewinnen. Damit können Spitäler und Kliniken sich ebenfalls viel mehr als Standortfaktor und/oder attraktiver Arbeitgeber profilieren.

---

<sup>60</sup> vgl. (14.189) Interpellation Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach, vom 16. September 2014 betreffend Umsetzung "ambulant vor stationär" bei chirurgischen Eingriffen.

Dies gilt am Standort Aargau insbesondere für Rehabilitationskliniken. So werden der wissenschaftliche Fortschritt der Medizin und die medizinisch-technische Entwicklung mit ihren wachsenden Möglichkeiten zur Diagnose und immer besseren Therapieformen zu wichtigen Wettbewerbskriterien sowohl auf dem Angebots- als auch auf dem Arbeitsmarkt.

Die beschriebenen Entwicklungen des Systemwechsels wirken sich ebenfalls erheblich auf die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons aus, die sich bislang auf die Tarifierung und die Spitalplanung konzentrierten: So senkt die Umstellung des Finanzierungsmodells von der Vergütung individueller Kosten des Spitals zur Vergütung konkreter Leistungen die Einflussmöglichkeit des Kantons auf die Tarifierung (vgl. Kapitel 2.4). Die Spitaltarife richten sich nach der Entschädigung jener Spitäler und Kliniken, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Bei diesem sogenannten Benchmarking wird ein Effizienzmassstab definiert, an dem sich die Spitaltarife orientieren.

### **Handlungsbedarf**

Dem Kanton kommt verfassungsgemäss die Aufgabe zu, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Er ist dementsprechend verpflichtet, die beschriebenen Umfeldentwicklungen zu antizipieren und dafür zu sorgen, dass der Kanton Aargau unter den veränderten Bedingungen über die Kantons-grenzen hinaus in seiner Bedeutung als Kompetenz- und Arbeitsstandort weiterhin wettbewerbsfähig bleibt.

Durch den verstärkten Kostendruck und die steigenden Qualitätsanforderungen auf dem Spitalmarkt sollten Leistungen in spezialisierten und hochspezialisierten Fachbereichen konzentriert angeboten werden. Entsprechende Synergien würden Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen ermöglichen, die in dieser Höhe für einzelne Betriebe nicht erreichbar wären.

Die verstärkte Wettbewerbsorientierung der Spitäler und Kliniken und der damit verbundene Effizienzdruck kann im Zuge vom Wettbewerb zu einer unangebrachten Mengenausweitung von Leistungen, Qualitätseinbussen oder einer Fragmentierung des Leistungsangebots führen. Dies gilt es mit einem konsequenten Controlling und einer sachgerechten Spitalplanung zu verhindern.

Die freie Spitalwahl und die damit verbundene Verlagerung der Patientenströme über kantonale Grenzen hinweg führen dazu, dass der regionalpolitische Schwerpunkt aus der GGpl 2010 obsolet wird. Der Kanton Aargau verzichtet in diesem Kontext somit bewusst auf jene regionalpolitische Orientierung in der Spitallandschaft, um den gewünschten Wettbewerb walten zu lassen. Dies hat zur Folge, dass nachhaltig, effizient und qualitativ hochwertig wirtschaftende Spitäler und Kliniken ebenfalls einen volkswirtschaftlichen Mehrwert schaffen können.

Die gemäss Verfassung vom Kanton zu garantierende Versorgungssicherheit kann über eine sachgerechte und präzise Spitalplanung gewährleistet werden, die auch ausserkantonale Leistungserbringer miteinbezieht und Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen ein grosses Gewicht beimisst. Insbesondere sollen Leistungen in spezialisierten und hochspezialisierten Fachbereichen konzentriert angeboten werden. Über eine Konkretisierung der Leistungsaufträge kann zudem eine Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich gefördert werden.

Es ist damit zu rechnen, dass die beschriebenen Entwicklungen zur Folge haben, dass sich die (im Rahmen der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung intendierte) Bereinigung der Spitallandschaft einstellt und eine Fokussierung der Regionalspitäler auf die Grundversorgung und der Zentrumsspitäler auf die spezialisierte Versorgung resultiert.

Die strategische Ausrichtung im Hinblick auf die Spitallandschaft gilt im Interesse des Kantons auch für die beiden akutsomatischen Kantonsspitäler, die sich nicht nur in einem inner-, sondern vor allem auch in einem interkantonalen Wettbewerb befinden. Mit Blick auf die im Eigentum des Kantons ste-

henden Spitalaktiengesellschaften stellt sich zum einen die Frage nach deren Rolle bei der Erfüllung des verfassungsmässigen Versorgungsauftrags, zum andern jene nach dem Umgang des Eigentümers mit seinen Beteiligungen sowie den langfristigen Zielen durch eine geeignete strategische Positionierung in der zunehmend wettbewerbsorientierten Spitallandschaft.

Aufgrund des neuen Finanzierungsmodells und der damit verbundenen finanziellen Mehrbelastung für den Kanton muss in der strategischen Ausrichtung besonderes Augenmerk auf die Kostenbeeinflussung gelegt werden. Die bereits im Kapitel 2.4 detailliert beschriebenen Erfahrungen in der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung führen dazu, dass die Steuerungsmöglichkeiten des Kantons sich insbesondere im Bereich der Tariffestsetzungen und -genehmigungen verschoben haben. Es ist davon auszugehen, dass bis zur Nivellierung der Baserate noch erweiterte Steuerungsmöglichkeiten über die Tariffestsetzung zur Verfügung stehen, die Beeinflussbarkeit der Tarife durch den Kanton nach der Stabilisierung jedoch weitaus geringer sein wird. Danach werden sich die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten auf eine sachgerechte Spitalplanung und Präzisierung der Leistungsaufträge konzentrieren. Aufgrund der veränderten Steuerungsmöglichkeiten des Kantons sollten daher die aktuell bestehenden Steuerungsinstrumente stärker gewichtet werden. Zur Beurteilung der Steuerungsmöglichkeiten des Kantons im Hinblick auf die genannten Konzentrationsprozesse im Rahmen der Spitalplanung muss jedoch zunächst der Abschluss zweier hängiger Verfahren vor dem BVGer hinsichtlich nicht erteilter Versorgungsaufträge im Rahmen der Spitalliste 2015 abgewartet werden.

### **Strategische Ausrichtung in der GGpl 2025**

#### **Strategie 6: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation**

*Im Kanton Aargau bestehen in der akutstationären Versorgungslandschaft wettbewerbsnahe Rahmenbedingungen. Die Spitalplanung gewährleistet ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Versorgungsangebot. Über die Spitalliste werden in spezialisierten und hochspezialisierten Fachgebieten Leistungen konzentriert angeboten, um unangemessene Mengenausweitungen, Qualitätseinbussen und Fragmentierungen zu vermeiden.*

#### **Strategische Schwerpunkte**

##### **Spitalliste / Listenverfahren**

Der Kanton legt im Rahmen der Versorgungsplanung fest, welche Leistungen zur Grundversorgung und welche zur spezialisierten Versorgung gehören. Für eine möglichst bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgungslandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation werden inner- und ausserkantonale Leistungserbringer über Einladungs- und Ausschreibungsverfahren eruiert. Die konkrete Vergabe der Leistungsaufträge für ein bestimmtes Angebot erfolgt unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität des Leistungserbringers. Bei der Auswahl der Leistungserbringer in einem Bewerbungsverfahren kann der Kanton bewusst die Leistungserbringer berücksichtigen, welche kostengünstig und in der notwendigen Qualität arbeiten. Mit einer sachgerechten Spitalplanung kann eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden, ohne dass die Qualität infolge Fragmentierung oder zu wenig Fallzahlen leidet oder die Kosten infolge unangemessener Mengenausweitung steigen.

---

### **Kosten- und Leistungscontrolling**

In der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation wird ein striktes Kosten- und Leistungscontrolling durchgeführt. Hierbei werden die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler und Kliniken regelmässig mit dem Ziel analysiert, einerseits die Einhaltung der Leistungsaufträge zu kontrollieren (und bei Leistungen ausserhalb des auf den Spitallisten definierten Leistungsauftrags konsequent die Behandlungskosten zurückzufordern), und andererseits die Fallzahlentwicklung engmaschiger zu verfolgen und gegebenenfalls zu intervenieren. Besonderes Augenmerk wird auf jene Fachgebiete gelegt, bei denen die Gefahr einer angebotsinduzierten Mengenausweitung besteht (wie zum Beispiel gewisse operative Eingriffe in der Urologie und der Wirbelsäulenchirurgie). Denkbar ist auch, im Rahmen dieses Monitorings vermehrt mit den Krankenversicherern zusammenzuarbeiten, weil auch diese ein Interesse daran haben, die Kostenentwicklung im stationären Bereich zu überwachen.

---

### **Spitalambulante Leistungen**

Die Spitäler und Kliniken auf der Spitalliste werden innerhalb der Leistungsaufträge dazu verpflichtet, alle Leistungen, bei denen eine ambulante Behandlung möglich ist, in der Regel auch ambulant zu erbringen. Auch hier ist eine Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern wünschenswert.

---

### **Eigentümerschaft der Kantonsspitäler**

Der Kanton schöpft die bestehenden Möglichkeiten bei der Führung der Spitalaktiengesellschaften konsequent aus und erweitert die Steuerungsinstrumente im Rahmen der Eigentümerstrategie bei Bedarf. Gleichzeitig befördert er bei den akutsomatischen Kantonsspitalern Aarau und Baden Massnahmen zur Koordination, Konzentration und Synergienutzung im Sinne des geplanten Kompetenzzentrums Akutmedizin. Er überprüft die Wirksamkeit der Massnahmen insbesondere mit Blick auf die Erstellung der Spitalliste sowie die Tarifgestaltung und prüft bei ungenügendem Erfolg gesetzgeberische Massnahmen.

---

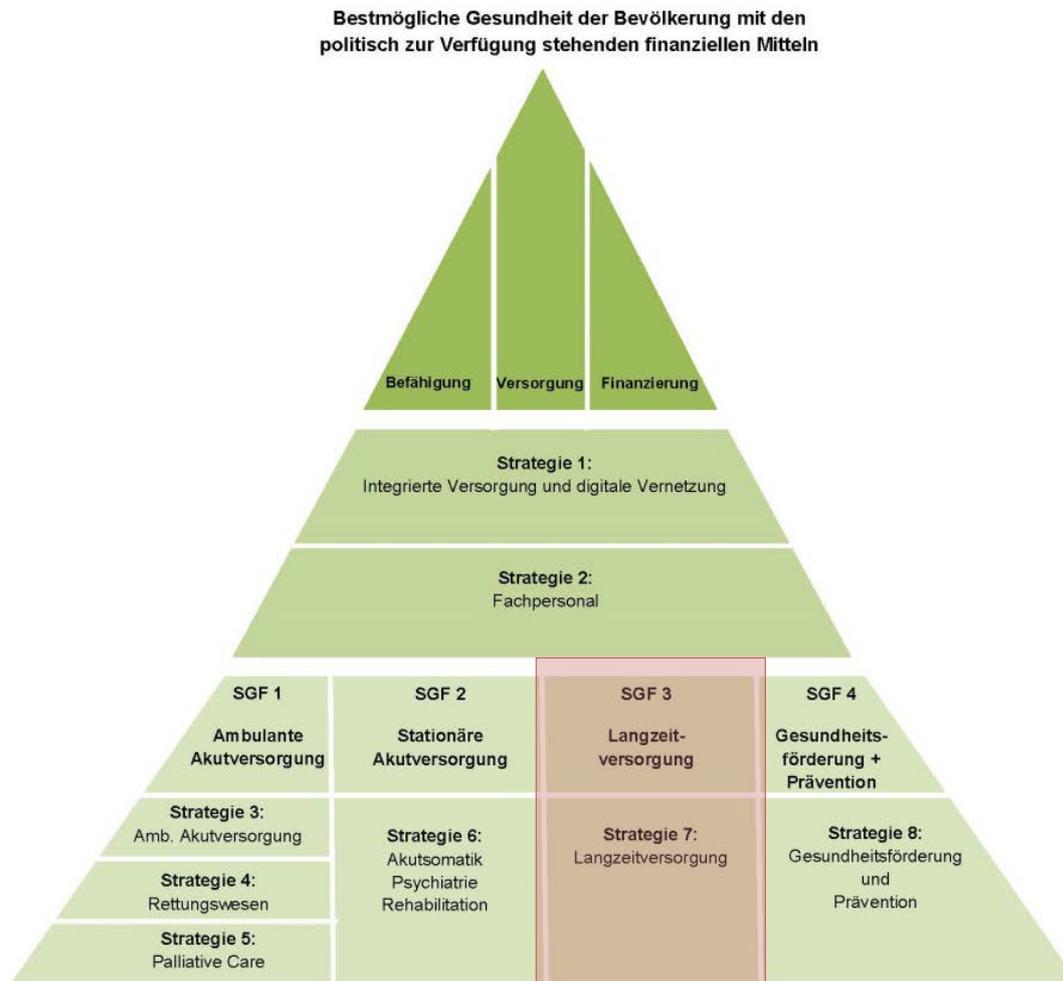
### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Der stationären Akutversorgung ist hinsichtlich der Versorgungs- und Finanzierungszielsetzung in der GGpl 2025 nochmals eine besondere Bedeutung beizumessen, da die Spitalplanung in der Kompetenz des Kantons liegt und der öffentlichen Hand hier somit mehr Instrumente zur Strategiebildung zur Verfügung stehen.

Die Strategie ist kongruent zu den in der übergeordneten Versorgungszielsetzung formulierten Zielen einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung in der notwendigen Qualität und wirkt sich ebenfalls unmittelbar auf die Finanzierungszielsetzung aus. Eine sachgerechte Spitalplanung über die Spitalliste stärkt den Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit nochmals zusätzlich. Im Rahmen eines engmaschigeren Kosten- und Leistungscontrolling können Sachgerechtigkeit und notwendige Qualität auch nachträglich überprüft und die Kosten ausgewiesen werden. Über die Konkretisierung der Leistungsaufträge im Hinblick auf ambulante Leistungen könnte zudem eine Verlagerung in den ambulanten Bereich gestärkt werden, was sich langfristig ebenfalls kostendämpfend auswirken könnte. Mit der Schärfung der Instrumente zur Führung der Spitalaktiengesellschaften wird zudem explizit der Finanzierungszielsetzung Rechnung getragen, da diese zu einem effizienten Einsatz kantonaler Mittel beitragen können. Dieses Vorgehen korrespondiert mit der geplanten Schaffung eines Kompetenzzentrums Akutmedizin sowie der angestrebten Koordination, Konzentration und Synergienutzung zwischen den beiden akutsomatischen Kantonsspitalern.

Die vorhandenen Steuerungsmöglichkeiten des Kantons in der Kostenentwicklung werden somit – in Übereinstimmung mit der Finanzierungszielsetzung – in der strategischen Ausrichtung konsequent ausgeschöpft und bei Bedarf ebenso erweitert.

## 6.4.4 Strategisches Geschäftsfeld 3: Langzeitversorgung



### Strategie 7: Langzeitversorgung

#### Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung im Langzeitbereich basiert auf ambulanten und stationären Dienstleistungen. Für die Versorgung in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf sind die Gemeinden zuständig, wenn die Leistungen im Rahmen des Pflegegesetzes (PflG) erbracht werden. Die Gemeinden sind gesetzlich dazu verpflichtet, bedarfsgerechte und qualitativ angemessene Angebote in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu planen und sicherzustellen. Im Sinne der Vernetzung, Koordination und Synergienutzung erfüllen die Gemeinden diese Aufgabe gemeinsam mit anderen politischen Gemeinden. Dabei können sie sowohl mit öffentlichen, wie auch privaten Trägerschaften zusammenarbeiten. Der Kanton Aargau unterstützt die Gemeinden und Regionen mit Planungsinstrumenten, Informationen und Datengrundlagen. Damit eine stationäre Pflegeeinrichtung auf die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen wird und dadurch berechtigt ist sowohl mit den Krankenkassen als auch der öffentlichen Hand die Pflegekosten abrechnen zu können, muss vorgängig der Bedarf an stationären Langzeitpflegebetten in der Gemeinde und in der Region abgeklärt und anhand des kantonalen oder regionalen Richtwerts beurteilt werden. Dazu ist jede Gemeinde für die entsprechende Bedarfsanalyse einem Regionalplanungsverband (Repla) zugeteilt. Im ambulanten Bereich sind die Spitexorganisationen mit Leistungsvereinbarung der Gemeinden für die Sicherstellung des Mindestangebots zuständig. In Ergänzung dazu arbeiten auch private Spitexor-

ganisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen für die Leistungserbringung in Gemeinden und Regionen.

Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung Anfang 2011 ist die öffentliche Hand zur Finanzierung der Restkosten verpflichtet. Der Kanton Aargau regelt diese Verpflichtung mit einer kantonalen Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen mit dem Angebot für Tages- und Nachtstrukturen, sowie im Bereich der ambulanten Dienstleistungen durch Spitexorganisationen und selbstständig tätige Pflegefachpersonen ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinden.

In der GGpl 2010 wurden umfassende strategische Grundlagen im Bereich Langzeitversorgung geschaffen, die teilweise umgesetzt sind, sich in Umsetzung befinden oder zum Teil in Planung sind.<sup>61</sup> So wurde beispielsweise eine kantonale Clearingstelle als Schnittstelle zwischen Gemeinden und Leistungserbringern der Langzeitpflege geschaffen und ein Pilotprojekt für die Akut- und Übergangspflege realisiert.

### **Umfeldentwicklungen**

Laut Bevölkerungsprognose des Kantons Aargau 2013 kann davon ausgegangen werden, dass in den nächsten Jahrzehnten der Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen aufgrund der älter werdenden Bevölkerung stark zunehmen wird (vgl. Kapitel 4.3). Gleichzeitig hat sich die Phase der Gebrechlichkeit am Lebensende grundsätzlich verkürzt, das heisst ältere Menschen bleiben länger gesund und können bei zunehmender Mobilitätseinschränkung vorerst auf ambulante Angebote zurückgreifen. Angebotsseitig schreitet damit die Substitution stationärer durch ambulante Angebote immer weiter voran und zeigt die gewünschte Wirkung. Der Eintritt in stationäre Pflegeeinrichtungen wird primär durch den Bedarf an Sicherheit, soziale Integration und Pflege beschleunigt. Wenn diese Bedarfsabdeckung ambulant geleistet wird, greift die angestrebte Substitution des stationären Leistungsbezugs. Diese Entwicklung wird gestützt durch ambulante Angebote, die in Ergänzung zu den Spitexdienstleistungen vor allem der sozialen Integration und dem Sicherheitsbedürfnis der betagten Bevölkerung dienen. Es sind auch Steigerungen im altersgerechten Wohnumfeld festzustellen. Insbesondere sind altersgerechte Wohnungen im nahen Umfeld von stationären Langzeiteinrichtungen, wo selektiv Dienstleistungen genutzt werden können, gefragt. Darüber hinaus bestehen bereits Dienstleistungsangebote, die eine längere Verweildauer in ambulanten Strukturen unterstützen. Verschiedene Projekte in den Regionen zeigen, dass auch elektronische Hilfsmittel gezielt eingesetzt werden. Weit verbreitet sind bereits Notrufsysteme, die teilweise auch mit GPS ausgerüstet sind. Ebenfalls bestehen schon online Dienstleistungen oder jene im Bereich Telemonitoring welche Überwachung und Unterstützung bieten und es betroffenen Menschen erleichtern, ihren Pflege- und Betreuungsbedarf möglichst lange ambulant abzudecken. Es ist zu erwarten, dass die Kompetenz im Umgang mit diesen elektronischen Hilfsmitteln bei der älteren Generation steigt und dementsprechend auch die Nutzung. Online Shopping von Konsumgütern hat beispielsweise auch bei der älteren Generation Einzug gehalten. Diese Entwicklungen schaffen die Voraussetzung für längere Selbstständigkeit und Verbleib im angestammten sozialen Umfeld.

Eine weitere Entwicklung, die sich massgeblich auf den künftigen Pflege- und Betreuungsbedarf auswirkt, besteht in der zunehmenden Komplexität von Krankheitsbildern: Ein nicht unerheblicher Teil pflegebedürftiger Menschen leidet an einer demenziellen Erkrankung, welche ab einem gewissen Zeitpunkt einer zeitlich umfassenden und spezialisierten Betreuung durch entsprechend qualifiziertes Personal bedarf.<sup>62</sup> Es ist davon auszugehen, dass demenzielle Erkrankungen zwar demogra-

---

<sup>61</sup> Strategie 13 "Unterstützung im Bereich Langzeitversorgung", Strategie 14 "Vernetzung in der Langzeitversorgung", Strategie 15 "Übergangspflege", Strategie 16 "Hilfe und Pflege zu Hause" und Strategie 17 "Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege"

<sup>62</sup> vgl. Pflegeheimkonzeption 2012 des Kantons Aargau.

phisch bedingt zunehmen, jedoch einem qualitativen Wandel unterlegen sind (vgl. Kapitel 4.3 und 4.7). So wird es künftig verstärkt möglich sein, die praktischen Einschränkungen einer Demenz durch eine Verminderung von Risikofaktoren einzudämmen.<sup>63</sup>

### **Handlungsbedarf**

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Bedarfszunahme und der steigenden Komplexität von Krankheitsbildern müssen die Versorgungs- und Betreuungsangebote im Langzeitbereich dem aktuellen Bedarf angepasst werden. Die grundsätzlich wünschenswerte Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor kann nur unterstützt werden, wenn die ambulanten Versorgungsangebote dementsprechend bedarfsgerecht ausgestaltet sind. Dem Kanton kommt hier einerseits die Rolle zu, die Regionalplanungsverbände zu beauftragen und gleichzeitig zu unterstützen, adäquate Angebote zu definieren und sicherzustellen. Andererseits sind die entsprechenden Kosten für Betroffene und Gemeinden möglichst gering zu halten. Gleichzeitig müssen die ambulanten und stationären Strukturen den beschriebenen Umfeldentwicklungen (insbesondere im Bereich Demenz) gerecht werden. Mit der nationalen Demenzstrategie (2014-2017) bestehen bereits strategische Grundlagen für den Umgang mit der steigenden Anzahl demenzieller Erkrankungen. Diese beziehen sich einerseits auf Versorgungsaspekte (bedarfsgerechte Angebote, Qualität, Fachkompetenz) und andererseits auf Befähigungsaspekte (Gesundheitskompetenz, Information, Partizipation, Wissensvermittlung). Beide Perspektiven müssen künftig noch stärker verankert werden. Darüber hinaus werden Befähigungsaspekte auch über das Thema Demenz hinaus für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf sowie ihre Angehörigen immer wichtiger.<sup>64</sup> Ein möglichst langes Verweilen in der Selbstständigkeit sowie im gewohnten sozialen Umfeld ist nicht nur aus versorgungspolitischer, sondern auch individueller Perspektive wünschenswert und muss daher künftig noch stärker über entsprechende Rahmenbedingungen unterstützt werden.

---

<sup>63</sup> vgl. hierzu Höpfinger, Francois (2014): Demenzielle Erkrankungen – Epidemiologische Grundlagen, demografische und gesellschaftliche Perspektiven.

<sup>64</sup> vgl. (14.232) Interpellation der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 2. Dezember 2014 betreffend Unterstützung von Angehörigen bei der ambulanten Pflege und Betreuung von Patienten mit einer Demenzerkrankung; (14.187) Interpellation Franz Nebel, FDP Bad Zurzach, vom 16. September 2014 betreffend Unterstützung von Angehörigen bei der Pflege und Betreuung von Alzheimer-Patienten im Eigenheim.

### **Strategie 7: Langzeitversorgung**

*Im Kanton Aargau bestehen für Menschen in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf integrierte, regionale und kostengünstige Versorgungs- und Betreuungsstrukturen. Die Strukturen richten sich nach dem aktuellen Bedarf.*

### **Strategische Schwerpunkte**

#### **Selbstorganisation durch Regionalplanungsverbände**

Die Sicherstellung von bedarfsgerechten Angeboten erfolgt regional. Jede Region erstellt hierbei eine Planung, die unter Einbezug von fachlicher Methodik und Kriterien nachvollziehbar ist und auf einem eigenen regionalen Richtwert basiert. Der Kanton unterstützt die Regionalplanungsverbände mit Datengrundlagen und Beratung, genehmigt die nachvollziehbaren und fachlich korrekten Regionalplanungen und berücksichtigt diese bei Bewilligungsverfahren und Pflegeheimlisten. Darüber hinaus unterstützt der Kanton die Gemeinden und Regionen mit dem kantonalen Versorgungsbericht und aktuellen Kennzahlen. Der Kanton unterstützt die Gemeinden in der Kostenkontrolle.

#### **Selbstbestimmung und soziale Integration**

Die Menschen im Kanton Aargau sind dazu befähigt, eigenverantwortlich auf die integrierten, regionalen und kostengünstigen Versorgungs- und Betreuungsstrukturen zuzugreifen und möglichst lange ambulante Angebote zu nutzen. Damit haben sie die Möglichkeit, auch in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf ein selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben zu führen.

#### **Demenzielle Erkrankungen**

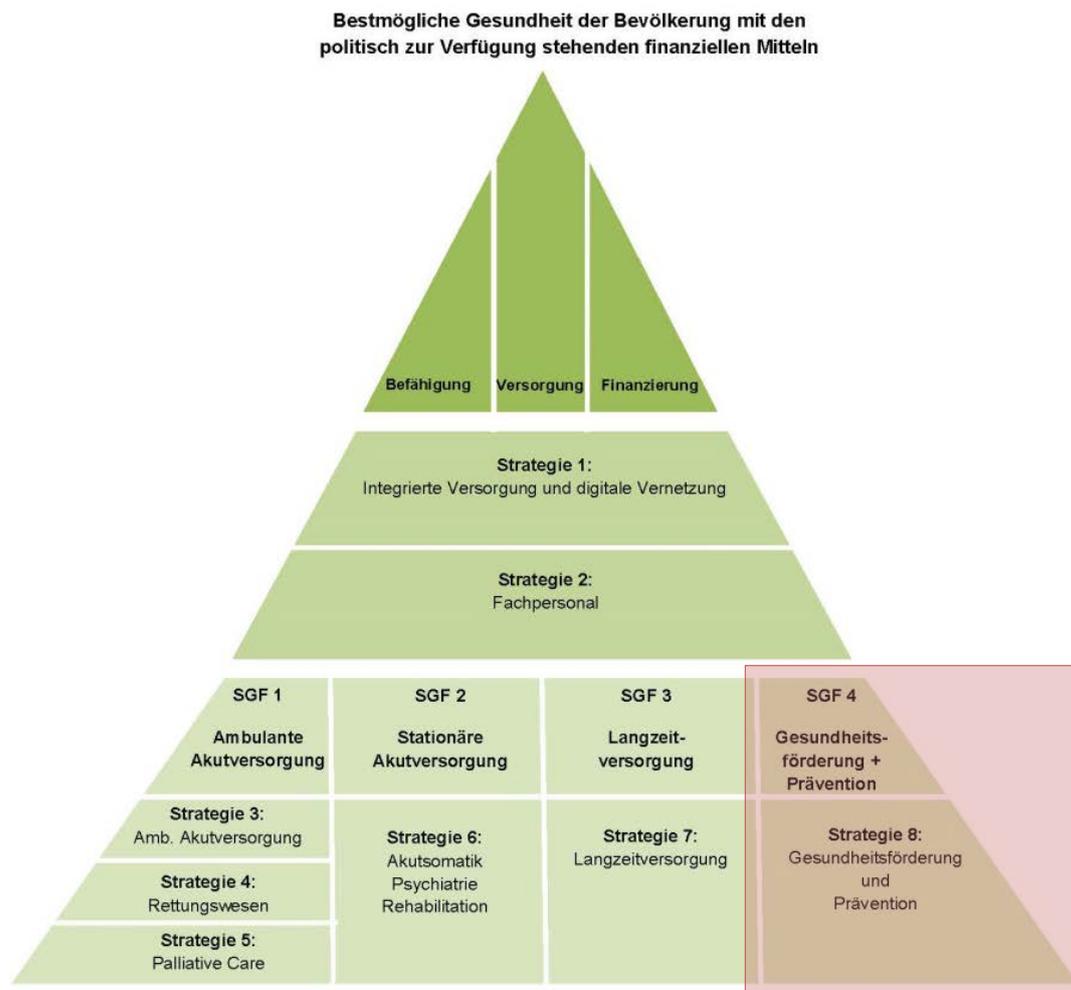
Im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung stehen den an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen angemessene Versorgungsangebote entlang der gesamten Versorgungskette in der Langzeitpflege und -betreuung zur Verfügung. Von Demenz betroffene Menschen und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit, sich ausreichend über den Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Einschränkungen zu informieren. Hierfür bestehen regionale Anlauf- und Beratungsstellen. Diese dienen zur Information der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen über das Angebot der vorhandenen Dienste sowie der Beratung und Vermittlung der benötigten Dienstleistungen.

#### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die Strategie beinhaltet wesentliche Elemente der Versorgungszielsetzung, die zu einer bedarfsgerechten und kostengünstigen Versorgung in der notwendigen Qualität beitragen: So ist es für Menschen in Lebensabschnitten mit Pflege- und Betreuungsbedarf zentral, dass sie durchgängig betreut und/oder gepflegt werden und dass diese Betreuung und Pflege möglichst regional, das heisst nah am gewohnten Umfeld erfolgt. Hier korrespondiert die Strategie ebenfalls mit der Befähigungszielsetzung, da es für einen eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit – und ebenfalls für die Lebensqualität der betroffenen Person – von grosser Bedeutung ist, möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Menschen, die ihre Eigenverantwortung nicht mehr vollumfänglich wahrnehmen können (insbesondere jene mit einer demenziellen Erkrankung), sowie deren Angehörige werden bestmöglich auf diesen Lebensabschnitt vorbereitet und informiert. Damit dient die Strategie auch explizit dem Aspekt der Gesundheitskompetenz in der übergeordneten Befähigungszielsetzung.

Der regionale Schwerpunkt in der Strategie wird mit der Selbstorganisation durch die Regionalplanungsverbände sichergestellt. Neben der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung ist es angesichts der Tatsache, dass die Anzahl pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen künftig steigen wird, zudem wichtig, die entsprechenden Angebote möglichst kostengünstig zu halten. Dies wiederum wirkt sich positiv auf das Ziel der langfristigen Finanzierbarkeit in der Finanzierungszielsetzung aus.

#### 6.4.5 Strategisches Geschäftsfeld 4: Gesundheitsförderung und Prävention



#### Strategie 8: Gesundheitsförderung und Prävention

##### Ausgangslage

Gesundheitsförderung beschreibt den Prozess der Steigerung und Stärkung des Gesundheitspotenzials von Menschen. Das Ziel von Prävention wiederum besteht in der Vermeidung des Auftretens von Erkrankungen und damit der Verringerung ihrer Verbreitung sowie Verminderung ihrer Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität. Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten stets eine ethisch sowie ökonomisch begründbare Komponente: Einerseits soll die individuelle Gesundheit des Einzelnen verbessert werden, andererseits können Gesundheitsförderung und Prävention ökonomische Lasten für dann obsolet gewordene kurative Behandlungen verringern. In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention besteht die Problematik, dass es im Allgemeinen sehr schwierig ist, zwischen eingesetzten Mitteln für bestimmte Projekte und der erwünschten Wirkung einen direkten kausalen Zusammenhang nachzuweisen. Die Wirkung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen zeigt sich oftmals erst langfristig. Zudem sind die Ursachen für ein Verhalten mul-

tifaktoriell, das heisst es spielen verschiedene Einflüsse und Faktoren eine Rolle. Zudem besteht eine grosse Herausforderung in der Akzeptanz von bestimmten Präventionsmassnahmen. Es stehen hier grundsätzlich zwei Typen von Instrumenten zur Verfügung: Verhaltensprävention zielt darauf ab, das individuelle Gesundheitsverhalten des Einzelnen durch Aufklärung, Information, aber auch Sanktionen hin zur erfolgreichen Risikovermeidung zu beeinflussen (Beispiele: bike to work, 5 am Tag<sup>65</sup>, Anti-Rauch-Kampagnen). Verhältnisprävention hingegen bezweckt die Einflussnahme auf den Gesundheitszustand des Einzelnen über die Veränderung von Strukturen und Rahmenbedingungen (Beispiel: Rauchverbot im öffentlichen Raum). Die Schwierigkeit derartiger Massnahmen besteht darin, dass diejenigen der Verhältnisprävention zwar generell günstiger und effektiver<sup>66</sup> als diejenigen der Verhaltensprävention sind, sich politisch je nach Thematik aber zum Teil als schwer umsetzbar darstellen. Auch gesellschaftlich bedürfen Verhältnismassnahmen einer grossen Aufklärung im Vorfeld. In finanzieller Hinsicht ist zudem festzustellen, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zu denjenigen für kurative Behandlungen einen sehr geringen Anteil annehmen. Gemäss Bundesamt für Gesundheit umfassten jene Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2007 lediglich 2,1 % der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem.<sup>67</sup> Vor dem Hintergrund generell steigender Gesundheitskosten und anhaltender Sparbemühungen der öffentlichen Hand ist nicht damit zu rechnen, dass dieser Anteil sich in den nächsten Jahren erhöhen wird.

In der GGpl 2010 wurden die Themen Gesundheitsförderung und Prävention bereits aufgegriffen.<sup>68</sup> Die Förderung eines eigenverantwortlichen Lebensstils wurde als kantonale Strategie festgesetzt und Schwerpunktprogramme definiert, in denen der Kanton seither aktiv ist. Verschiedene Organisationen stellen hierbei die Schnittstelle zwischen dem Kanton Aargau als Auftraggeber und der Bevölkerung dar.<sup>69</sup>

### **Umfeldentwicklungen**

Aufgrund der höheren Mobilität der Bevölkerung wächst das Risiko für die Entstehung neuer Krankheiten sowie deren schnellere Verbreitung (vgl. Kapitel 4.4). Gleichzeitig ist eine zunehmend kritischere Einstellung gegenüber Impfungen zu vernehmen, was wiederum das Risiko für entsprechende Epidemien weiter erhöht und zu Komplikationen im Krankheitsverlauf führen kann.

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 4.3 beschriebenen demographischen Verschiebungen werden die generelle Lebenserwartung und der Stellenwert von Gesundheit auch im höheren Alter zunehmen. Gesundheitsförderung und Prävention kommen mit dieser Entwicklung künftig eine immer grössere Bedeutung zu. Aus Perspektive der Leistungserbringer und öffentlichen Hand können Gesundheitsförderung und Prävention die Inanspruchnahme etwaiger Versorgungsleistungen senken, aus individueller Perspektive die Gesundheit bis ins höhere Alter stabil halten. Ebenfalls zunehmen wird mit den demographischen Verschiebungen auch die Anzahl chronisch Erkrankter.<sup>70</sup> Für diese

---

<sup>65</sup> Gesundheitsförderungskampagne für den Konsum von fünf Portionen Früchte/Gemüse am Tag.

<sup>66</sup> Beispielsweise haben sich die Präventionsbemühungen des Kantons Genf über Verkaufseinschränkungen von alkoholischen Getränken nachweislich positiv auf die Anzahl der Spitalerlieferungen ausgewirkt (vgl. Studie BAG/Sucht Schweiz 2011).

<sup>67</sup> Bundesamt für Gesundheit (2007): Bericht "Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)".

<sup>68</sup> Strategie 3 "Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten", Strategie 4 "Gesundheitsförderung und allgemeine Prävention" und Strategie 5 "Suchtprävention".

<sup>69</sup> Gesundes Körpergewicht, Gesundheitsfördernde Schule Aargau, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung im Alter, Psychische Gesundheit.

<sup>70</sup> Hierbei handelt es sich um somatische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, aber auch psychische sowie neurologische Erkrankungen, Diabetes, Atemwegkrankungen und Krebs (vgl. BFS 2015).

Menschen wird insbesondere die sogenannte tertiäre Prävention, das heisst die langfristige Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung, eine wichtige Rolle spielen.

Da das Bewusstsein für die eigene Gesundheit grösstenteils zunimmt und die Informationsquellen für gesundheitsrelevante Informationen zahlreicher geworden sind, wird dem Ausbau der individuellen Gesundheitskompetenz immer grössere Relevanz zukommen (vgl. Kapitel 4.8 und übergeordnete Befähigungszielsetzung).

### **Handlungsbedarf**

Aufgrund der beschriebenen Umfeldentwicklungen besteht insbesondere in den Bereichen Infektionskrankheiten, chronische Erkrankungen und Gesundheitskompetenz Handlungsbedarf. Aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen müssen daher kostengünstige Lösungen im Rahmen der Verhältnisprävention im Vordergrund der Überlegungen stehen.<sup>71</sup>

In seiner Überwachungspflicht muss der Kanton auf die Entwicklungen im Bereich Infektionskrankheiten reagieren und bestehende Möglichkeiten ausschöpfen oder erweitern. Angesichts des bedeutsamen Anstiegs der Anzahl chronisch Erkrankter werden gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen in diesem Bereich künftig immer relevanter. Da in diesem Zusammenhang der Bezug von Versorgungsleistungen weiter steigen wird, ist auch ein kompetenter und kostensensibler Umgang mit den entsprechenden Leistungen immer wichtiger. Hierfür müssen Rahmenbedingungen herrschen, in denen der Zugang zu entsprechenden Informationen gewährt wird.

### **Strategische Ausrichtung in der GGpl 2025**

#### **Strategie 8: Gesundheitsförderung und Prävention**

*Die Menschen im Kanton Aargau sind dazu befähigt, ihre Gesundheit zu fördern. Die Entstehung und Verbreitung übertragbarer und nicht-übertragbarer Krankheiten werden mittels präventiver Massnahmen begrenzt.*

#### **Strategische Schwerpunkte**

##### **Infektionskrankheiten**

Zur Verhinderung des Auftretens respektive der Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten ergreift der Kanton geeignete Massnahmen. Diese liegen einerseits in der Überwachung der übertragbaren Krankheiten in Kooperation mit Dritten und andererseits in der Einleitung von Umgebungsuntersuchungen und Umgebungsprophylaxe oder Beratung. Darüber hinaus kann durch die Erhöhung der Durchimpfungsrate oder das Betreiben eines Impfdiensts die Rate von Infektionskrankheiten gesenkt werden.

##### **Chronische Erkrankungen**

Durch die Entwicklung und Umsetzung von geeigneten Programmen werden die häufigsten Ursachen für die Entstehung chronischer Krankheiten bekämpft. Hierfür werden aufeinander abgestimmte und aufeinander aufbauende Schwerpunktprogramme, welche die gesamte Lebensspanne abdecken und Querschnittsthemen (zum Beispiel psychische Gesundheit) miteinbeziehen, unterstützt.

<sup>71</sup> So zeigen beispielsweise die Ausgabenprojektionen der eidgenössischen Finanzverwaltung, dass ein verstärkt gesundheitsförderndes und krankheitsvermeidendes Verhalten der Bevölkerung den Kostendruck im Gesundheitswesen merklich senken würde.

---

### **Gesundheitskompetenz**

Durch die Entwicklung von Materialien, die Konzeption von Schulungen, Weiterbildungen und Projekten werden relevante Akteure im Kanton Aargau unterstützt, die Gesundheitskompetenz ihrer Zielgruppen zu stärken. Hierbei kann es sich beispielsweise um Weiterbildungen für Hausärzte, Projekte für chronisch Erkrankte, Lehrmaterialien für Schulen oder Projekte in Betrieben handeln. Die Vernetzung von Akteuren in den verschiedenen Settings und die zielgruppengerechte Information der entsprechenden Organisationen wird angestrebt.

---

### **Beitrag zur übergeordneten Zielsetzung**

Die Strategie stimmt mit den in der übergeordneten Zielsetzung formulierten Befähigungszielen überein. Die Schaffung gesundheitsförderlicher und präventiver Rahmenbedingungen schafft Anreize für ein eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten sowie die Ausbildung individueller Gesundheitskompetenz und Kostensensibilität. Dies hat nachweislich auch einen langfristigen positiven Einfluss auf die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems und somit auch auf die Finanzierungszielsetzung.

## 7. Finanzielle Auswirkungen

Die Strategien in der GGpl 2025 werden verstanden als grundsätzliche Aussagen innerhalb der relevanten Geschäftsfelder über die Verwirklichung langfristiger Ziele im Gesundheitswesen mit einem strategischen Horizont bis 2025. Im Rahmen der strategischen Schwerpunkte wird spezifiziert, wie die in der jeweiligen Strategie idealtypisch formulierten Aussagen umgesetzt werden könnten. Aufgrund des unterschiedlichen Planungs- und Informationsstands der einzelnen Bereiche sind die strategischen Schwerpunkte unterschiedlich detailliert ausformuliert. Strategien und Schwerpunkte sind so konzipiert, dass sie im Rahmen des Zeithorizonts bis 2025 in ihrer Gültigkeit aufrechterhalten werden können. Die langfristige und umfassende Formulierung der Strategien und strategischen Schwerpunkte ermöglicht es, ihre Umsetzung jeweils in Bezug zur aktuellen finanziellen Situation des Kantons zu bewerten. Jegliche Umsetzungsvorschläge der strategischen Schwerpunkte sind im Rahmen der geltenden Aufgaben- und Finanzplanung zu entwickeln und entsprechend der Zuständigkeiten vom Regierungsrat und Grossen Rat zu beschliessen.

In der folgenden Darstellung wird erläutert, welche finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Strategien anhand der einzelnen strategischen Schwerpunkte potenziell nach sich zieht. Für den Kanton anfallende Kosten, welche bereits im aktuell geltenden Aufgaben- und Finanzplan budgetiert sind, werden mit einem \* gekennzeichnet.

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
<b>Strategie 1: Integrierte Versorgung und digitale Vernetzung</b>	Integration und Interprofessionalität	Mit dem Masterplan Integrierte Versorgung (MIVAG 2017) finanziert der Kanton für die Jahre 2014 bis 2017 ein Projekt, welches explizit als Impulsgeber für mehr Integration und Interprofessionalität gedacht ist. Die Kosten dafür liegen bei insgesamt Fr. 800'000.–* (Fr. 200'000.– pro Jahr).
	Neue Versorgungsmodelle	Für die Erprobung und Umsetzung neuer Versorgungsmodelle sind keine zusätzlichen Kosten angezeigt, welche über einmalige Anschubfinanzierungen ausserhalb des Regelbetriebs hinweggehen. Grundsätzlich sollten jene Versorgungsmodelle realisiert werden, die sich langfristig kostensenkender auswirken.
	Elektronisches Patientendossier	Das finanzielle Engagement des Kantons im Rahmen des Programms eHealth Aargau 2015 und dem Aufbau der eHealth Gemeinschaft liegt bei einmaligen Kosten von rund 1,5 Millionen Franken und ab 2018 jährlich wiederkehrenden Kosten von Fr. 90'000.–.

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
<b>Strategie 2: Fachpersonal</b>	Ausweitung der Ausbildungsverpflichtung auf weitere Institutionen	Die Ausweitung der Ausbildungsverpflichtung auf weitere Institutionen kann im Rahmen des bereits bestehenden Bonus-Malus-Systems realisiert werden und beinhaltet somit keine zusätzlichen Kosten für den Kanton. Die Finanzierung findet hingegen innerhalb der verpflichteten Institutionen statt.
	Verweildauer, Erhaltung und Wiedereingliederung	Massnahmen zur Verweildauer, Erhaltung und Wiedereingliederung werden von den entsprechenden Institutionen im Rahmen des bereits bestehenden Bonus-Malus-Systems umgesetzt und beinhalten somit keine zusätzlichen Kosten für den Kanton. Die Finanzierung findet hingegen innerhalb der verpflichteten Institutionen statt.
	Rahmenbedingungen für interprofessionelle Arbeitsteilung	Im Rahmen des Projektes MIVAG 2017 und dem Programm eHealth Aargau 2015 werden bereits Voraussetzungen geschaffen, welche sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und die Nutzung elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien begünstigen sollen. Die Umsetzung erfolgt durch die Leistungserbringer selbst. Somit hat dieser Schwerpunkt bis auf die einmaligen Investitionen innerhalb der beiden Projekte MIVAG 2017/eHealth Aargau 2015 keine direkte Kostenfolge.
	Förderung ärztlicher Ausbildung	Der Kanton unterstützt Praxisassistenten angehender Hausärzte und die Hausarztmentoren an den beiden Kantonsspitalern mit rund 1,3 Millionen Franken* pro Jahr.
<b>Strategie 3: Ambulante Akutversorgung</b>	Zulassung / Einschränkung von Leistungsanbietern	Mit der Anwendung der vom Bund zur Verfügung gestellten Instrumente zur Zulassung / Einschränkung von Leistungsanbietern ist keine Kostenfolge verbunden. Die Abwicklung erfolgt im Rahmen des Bewilligungsverfahrens.
	Bedarfsgerechte Versorgungsmodelle	Für die Erprobung und Umsetzung bedarfsgerechter Versorgungsmodelle sind keine zusätzlichen Kosten angezeigt, welche über einmalige Anschubfinanzierungen ausserhalb des Regelbetriebs hinweggehen. Grundsätzlich sollten jene Versorgungsmodelle realisiert werden, die sich langfristig kostensenkender auswirken.

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
<b>Strategie 4: Rettungswesen</b>	Orientierung an IVR-Kriterien	Die Orientierung an IVR-Kriterien hat keine direkte Kostenfolge. In Bezug auf das Rettungswesen allgemein beteiligt der Kanton sich bereits im Rahmen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) an den Kosten der Einsatzleitstelle mit rund 1,6 Millionen Franken*. Ab 2016 wird dieser Betrag auf 1,8 Millionen Franken* erhöht, wenn die neue kantonale Notrufzentrale (KNZ) in Betrieb genommen wird.
	Verpflichtung der akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste	Die Realisierung eines flächendeckenden Rettungsdiensts über eine gemeinsame Poollösung der akutsomatischen Spitäler auf der Spitalliste ist kostenneutral.
	Einführung eines Notarztsystems	Die Kosten sowohl der Rettungsdienste als auch der Notärzte müssen durch Tarife, die mit den Versicherern auszuhandeln sind, gedeckt werden.
<b>Strategie 5: Palliative Care</b>	Mobile Palliativdienste	Die Etablierung eines bedarfsgerechten Palliative Care Angebots mit mobilen Palliativdiensten würde einen Mehraufwand von 3 Millionen Franken jährlich beinhalten.
	Aus- und Weiterbildung	<p>Der Kanton übernimmt einen Teil der Kurskosten für die Weiterbildung im Bereich Palliative Care. Die restliche Finanzierung wird vom Arbeitgeber beziehungsweise vom Kursteilnehmer übernommen.</p> <p>Die Beträge für die Weiterbildungsgutscheine sind folgendermassen budgetiert:</p> <p>2015 / Fr. 230'000.-*</p> <p>2016 / Fr. 330'000.-*</p> <p>2017 / Fr. 430'000.-*</p> <p>2018 / Fr. 430'000.-*</p>

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
	Sensibilisierung und Beratung	<p>Für die Sensibilisierung und Beratung soll eine zentrale Anlaufstelle für die Öffentlichkeit und Fachpersonen geschaffen werden.</p> <p>Hierfür werden jährlich Fr. 120'000.–* bei einer Laufzeit von 4 Jahren investiert.</p>
<b>Strategie 6: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation</b>	Spitalliste / Listenverfahren	<p>Ab dem Jahr 2015 folgt die Spitalliste 2015 mit einigen Anpassungen in den Leistungsaufträgen der Spitalliste 2012. Die Änderungen zielen vor allem auf die Konzentration von Leistungen ab. Der Prozess zur Gestaltung der neuen Spitalliste gewährleistet ein transparentes Vorgehen für alle Beteiligten. Nach wie vor problematisch ist die unklare Situation im Tarifbereich, in dem mehrere Tarife vor Gericht gezogen wurden und dort teilweise seit mehr als einem Jahr anhängig sind. Aus diesem Grund muss bei der Budgetierung im Bereich der Spitalfinanzierung immer wieder mit Annahmen und verschiedenen Szenarien gearbeitet werden. Gewisse Unsicherheiten sind damit vorgegeben.</p> <p>Die Grundlage für den bereinigten Gesamtaufwand des Kantons an der Spitalfinanzierung ist nach wie vor der Bericht (12.107) über die Finanzierbarkeit der aargauischen Gesundheitspolitik aus dem Jahr 2012. Die Planungsparameter wurden auf der Basis der aktuellen Zahlen verifiziert und wo nötig angepasst. Weiter wird mit der Variante eine Entwicklung der Gesundheitskosten angestrebt, welche die Erfüllung anderer Staatsausgaben nicht gefährdet. Die durchschnittliche Baserate in der Akutsomatik liegt aktuell noch über dem erwarteten Planwert gemäss Finanzierbarkeitsbericht, verhält sich allerdings tendenziell degressiv. Das gemäss AFP 2015–2018 verwendete "realistische" Szenario A geht von einer jährlichen Abnahme der durchschnittlichen Baserate im Bereich der Akutsomatik von 2 % aus. Diese Entwicklung kann nach neuen Erkenntnissen nicht mehr untermauert werden. Die aktuelle Datenlage zeigt, dass lediglich von einer jährlichen Abnahme von ca. 0,25 % der durchschnittlichen Baserate ausgegangen werden kann, bis diese sich auf einem</p>

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
		<p>Niveau stabilisiert. Das hat zur Folge, dass die resultierenden Aufwände im Bereich der Akutsomatik angepasst werden müssen.</p> <p>Gemäss KVG werden die Tarife zwischen Versicherern und Leistungserbringern verhandelt und müssen vom Kanton nach einheitlichen Regeln beurteilt werden. Dabei gibt das Bundesrecht den Kantonen wenig Spielraum, eine Baserate auf die kantonsspezifischen Bedürfnisse anzupassen.</p> <p>Die Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) richtet sich strategisch im stationären Bereich auf die Akutpsychiatrie aus. Sie plant dabei auch die Einführung ambulanter Therapieformen, welche die stationäre Behandlung teilweise substituieren können. Die Abgeltung ambulanter Leistungen kann aus gesetzlichen Gründen von der öffentlichen Hand nicht mitgetragen werden. Es müssen deshalb gemeinsam mit den Versicherern alternative Wege gesucht werden, die ambulante Psychiatrie zu fördern. Ein Fallpauschalensystem ähnlich jenem von SwissDRG ist auf Bundesebene in Vorbereitung und wird voraussichtlich 2018 eingeführt werden.</p> <p>Bei der Rehabilitation ist auf nationaler Ebene die Umstellung des Vergütungssystems von Tagespauschalen auf leistungsbezogene Entgelte pro Fall (analog SwissDRG) in Erarbeitung. Die Einführung des neuen Schweizerischen Tarifsystems Rehabilitation (ST Reha) wurde für das Jahr 2018 angekündigt. Möglicherweise wird sich in diesem Zusammenhang eine Abnahme stationärer rehabilitativer Leistungen abzeichnen.</p>

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen				
		<p>Die im AFP 2015–2018 budgetierten Kosten lauten wie folgt (in Millionen Franken):</p>				
		<p>Akutsomatik (inklusive AKH, ohne GWL):</p>				
		<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">2015</td> <td style="width: 25%;">2016</td> <td style="width: 25%;">2017</td> <td style="width: 25%;">2018</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018
		2015	2016	2017	2018	
		<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">431,4*</td> <td style="width: 25%;">459,8*</td> <td style="width: 25%;">484,1*</td> <td style="width: 25%;">483,5*</td> </tr> </table>	431,4*	459,8*	484,1*	483,5*
		431,4*	459,8*	484,1*	483,5*	
		<p>Psychiatrie (inklusive AKH, ohne GWL):</p>				
		<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">2015</td> <td style="width: 25%;">2016</td> <td style="width: 25%;">2017</td> <td style="width: 25%;">2018</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018
		2015	2016	2017	2018	
		<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">58,5*</td> <td style="width: 25%;">62,4*</td> <td style="width: 25%;">65,8*</td> <td style="width: 25%;">66,7*</td> </tr> </table>	58,5*	62,4*	65,8*	66,7*
58,5*	62,4*	65,8*	66,7*			
<p>Rehabilitation (inklusive AKH, ohne GWL):</p>						
<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">2015</td> <td style="width: 25%;">2016</td> <td style="width: 25%;">2017</td> <td style="width: 25%;">2018</td> </tr> </table>	2015	2016	2017	2018		
2015	2016	2017	2018			
<table border="0"> <tr> <td style="width: 25%;">36,2*</td> <td style="width: 25%;">38,5*</td> <td style="width: 25%;">40,7*</td> <td style="width: 25%;">40,7*</td> </tr> </table>	36,2*	38,5*	40,7*	40,7*		
36,2*	38,5*	40,7*	40,7*			
<p>Mit der im strategischen Schwerpunkt angestrebten konsequent sachgerechten Spitalplanung können kostengünstige Leistungen in der notwendigen Qualität besonders berücksichtigt werden. Über diesen Schwerpunkt besteht somit Potenzial für eine künftig weiterhin moderate Kostenentwicklung im akutstationären Bereich.</p>						

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
	Kosten- und Leistungscontrolling	Das Kosten- und Leistungscontrolling wird im Rahmen bestehender Ressourcen erfüllt. Demgegenüber wird mit einem strikteren Controlling die Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit verbessert. Die damit verbundene Möglichkeit, angebotsinduzierte Mengenausweitungen zu verhindern, kann sich langfristig kostensenkend auswirken.
	Spitalambulante Leistungen	Die Verpflichtung der Spitäler zur Erbringung ambulanter Leistungen erfolgt im Rahmen des bestehenden Spitallistenverfahrens. Bei optimaler Prozessorganisation kann dies im Rahmen bestehender Ressourcen geleistet werden. Es sind kostendeckende Tarife auszuhandeln.
	Eigentümerschaft der Spitalaktiengesellschaften	Gemäss Strategie 6 im Bereich Akutsomatik.
<b>Strategie 7: Langzeitversorgung</b>	Selbstorganisation durch Regionalplanungsverbände	Für die Mandatierung der Regionalplanungsverbände ist keine zusätzliche Kostenfolge angezeigt. Die Abwicklung erfolgt im Rahmen der Verfahren Versorgungsplanung, Betriebsbewilligungen und Pflegeheimliste der Abteilung Gesundheitsversorgung im Departement Gesundheit und Soziales.
	Selbstbestimmung und soziale Integration	Der strategische Schwerpunkt steht im engen Zusammenhang mit der Angebotsstruktur. Zusätzliche Investitionen sind nicht angezeigt.
	Demenzielle Erkrankungen	Zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten für die Bevölkerung zum Thema Demenz sind folgende Ausgaben geplant: Einmalig im Rahmen einer Anschubfinanzierung vorgesehen sind Fr. 30'000.– für die Vermarktung der Anlauf- und Beratungsstelle, Fr. 20'000.– für die Aktualisierung des Angebotsverzeichnisses Alter und Fr. 20'000.– für die Weiterbildung der gegenwärtigen Anlauf- und Beratungsstellen (gemäss § 18 PflG) mit Blick auf Demenz beziehungsweise für die Erarbeitung von Arbeitsinstrumenten und einen regelmässigen Erfahrungsaustausch.

Strategie	Strategischer Schwerpunkt	Finanzielle Auswirkungen
Strategie 8: Gesundheitsförderung und Prävention	Infektionskrankheiten	Mit seinem Engagement in Gesundheitsförderung und Prävention wird der Kanton weiterhin 2,1 Millionen Franken* pro Jahr investieren. Zusätzlich zum bestehenden Budget ist mit der Strategie kein Mehraufwand angezeigt.
	Chronische Erkrankungen	
	Gesundheitskompetenz	

## Beilagen

- Anhörungsfragebogen
- Liste der Anhörungsadressaten