

Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010



Vom Grossen Rat verabschiedet am 26. Oktober 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	6
1.1 Grundlagen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung	6
1.1.1 Rechtliche Grundlagen und Positionierung	6
1.1.1.1 Inhalt und Zuständigkeit	8
1.1.1.2 Verhältnis zu anderen Planungen	8
1.2 Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2005	9
1.2.1 Werdegang	9
1.2.2 Umsetzungsmassnahmen in der Übersicht	9
1.3 Anpassungsbedarf	9
1.3.1 Auftrag des Gesetzgebers	9
1.3.2 Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Spital- und Pflegefinanzierung)	10
1.3.3 Spitalliegenschaften	12

2. Übersicht über relevante Rechtsgrundlagen	13
2.1 Bundesrecht	13
2.1.1 Bundesverfassung	13
2.1.2 Krankenversicherungsgesetzgebung	13
2.1.3 Lebensmittelgesetzgebung	14
2.1.4 Heilmittelgesetzgebung	14
2.1.5 Alkoholgesetzgebung	15
2.1.6 Betäubungsmittelgesetzgebung	15
2.1.7 Epidemiengesetzgebung	16
2.1.8 Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz)	17
2.1.9 Komplementärmedizin	18
2.1.10 Weitere Bundesgesetze	18
2.2 Kantonaes Recht	18
2.2.1 Verhältnis zum Bundesrecht	18
2.2.2 Kantonsverfassung	18
2.2.3 Spitalgesetzgebung	20
2.2.4 Pflegegesetzgebung	21
2.2.5 Gesundheitsgesetzgebung	22

3. Rahmenbedingungen und externe Einflüsse	23
3.1 Demografie	23
3.2 Technischer und medizinischer Fortschritt	24
3.3 Finanzielle Entwicklung	25
3.4 Wandel im Ausbildungssektor	30
3.5 Wesentliche Änderungen der KVG-Revision 2012	32
3.5.1 Wirkung der Spitalliste	32
3.5.2 Beitragszahlungen der öffentlichen Hand	33
3.6 Planungsgrundlagen und finanzielle Auswirkungen der einzelnen Strategien	35
3.6.1 Allgemeines	35
3.6.1.1 Steuerung	36
3.6.2 Änderungen in der Bundesgesetzgebung	36
3.6.2.1 Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG	36
3.6.2.2 Revision der Pflegefinanzierung	37
3.6.3 Demografische Grundlagen	38
3.6.4 Versorgungslage	38
3.6.4.1 Patientenströme	38
3.6.4.2 Bedarf der Aargauer Bevölkerung	39
3.6.5 Die direkten finanziellen Auswirkungen der einzelnen Strategien der GGpl	39

4.	Übergeordnete Strategie	45
4.1	Grundsätze der aargauischen Gesundheitspolitik	45
4.2	Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens	46
4.3	Übergeordnete Strategie	47
<hr/>		
5.	Strategien in der Gesundheitspolitischen Planung	53
5.1	Zuständigkeiten und Finanzen	53
5.1.1	Themenbereich 1: Aufgaben- und Lastenverteilung	53
5.1.2	Themenbereich 2: Spitalliegenschaften	55
5.2	Gesundheitsvorsorge – Gesundheitsschutz	56
5.2.1	Themenbereich 3: Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	59
5.2.2	Themenbereich 4: Allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten und Unfällen	60
5.2.3	Themenbereich 5: Suchtprävention	62
5.3	Gesundheitsversorgung somatischer Akutbereich	63
5.3.1	Stationäre öffentliche Versorgung	65
5.3.1.1	Themenbereich 6: Spitalversorgungskonzept	66
5.3.1.2	Themenbereich 7: Spitalliste	70
5.3.1.3	Themenbereich 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung	74
5.3.2	Ambulante Versorgung	77
5.3.2.1	Themenbereich 9: Ambulante Versorgung durch die Spitäler	78
5.3.2.2	Themenbereich 10: Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler)	79
5.3.2.3	Themenbereich 11: Notfallversorgung	82
5.3.2.4	Themenbereich 12: Rettungswesen	83
5.4	Gesundheitsversorgung Langzeitbereich	84
5.4.1	Themenbereich 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung	89
5.4.2	Themenbereich 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung	92
5.4.3	Themenbereich 15: Angebote der Übergangspflege	93
5.4.4	Themenbereich 16: Hilfe und Pflege zu Hause	94
5.4.5	Themenbereich 17: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause durch Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege	96
5.4.6	Themenbereich 18: Palliative Care	97
5.5	Gesundheitsversorgung Spezialbereich	99
5.5.1	Themenbereich 19: Psychiatrie	99
5.5.2	Themenbereich 20: Suchtberatung und Suchttherapie	101
5.5.3	Themenbereich 21: Rehabilitation	102
5.6	Aktuelle Themen im Gesundheitsbereich	104
5.6.1	Themenbereich 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen	105
5.6.2	Themenbereich 23: Einsatz von eHealth im Gesundheitswesen	107
<hr/>		
6.	Messung und Erfolgskontrolle	111
6.1	Qualitätssicherung	111
6.1.1	Themenbereich 24: Qualität	111
<hr/>		
7.	Anhang	114
7.1	Übersicht über die Strategien	114
7.2	Verzeichnis Abbildungen	120
7.3	Verzeichnis Bezugsquellen	120
7.4	Glossar	121

1. Ausgangslage

1.1 Grundlagen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung

1.1.1 Rechtliche Grundlagen und Positionierung

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) ist ein Planungsbericht nach Kantonsverfassung (KV § 79) und dem Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben- und Finanzen (GAF § 12): Der Regierungsrat unterbreitet dem Grossen Rat Planungsberichte «zu neuen oder wesentlichen Veränderungen von kantonalen Aufgaben zur Genehmigung». Das Spitalgesetz hält fest (SpiG § 5), dass die Gesamtplanung «die strategischen Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen definiert». Der Grosse Rat kann Änderungen verlangen.

Die GGpl basiert im Einzelnen auf folgenden gesetzlichen Grundlagen:

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung gilt als Planung im Sinne von § 79 der Kantonsverfassung (KV):

§ 79 Planung

¹ *Der Grosse Rat genehmigt die vom Gesetz bezeichneten Pläne der staatlichen Tätigkeiten.*

² *Das Gesetz regelt die Bindung der Behörden, die Mitbeteiligung des Grossen Rates sowie das Verfahren.*

Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) vom 11. Januar 2005:

§ 12 Planungsberichte

¹ *Der Regierungsrat unterbreitet dem Grossen Rat Planungsberichte zu neuen oder wesentlichen Veränderungen von kantonalen Aufgaben zur Genehmigung. Der Grosse Rat kann Änderungen verlangen.*

² *Der Planungsbericht legt die strategischen Ausrichtungen fest, soweit diese in der Kompetenz des Grossen Rats liegen.*

³ *Er enthält in der Regel folgende Angaben:*

- a) die Notwendigkeit und die Ziele der Veränderungen;*
- b) die Organisation und den Standard der Aufgabenerfüllung;*
- c) die zu schaffenden oder zu ändernden Rechtsgrundlagen;*
- d) die zu schaffenden oder zu ändernden Steuerungsbereiche;*
- e) die notwendigen Ressourcen;*
- f) das weitere Vorgehen.*

⁴ *Die Beschlüsse des Grossen Rats wirken als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden darf.*

Spitalgesetz (SpiG) vom 25. Februar 2003:

§ 5 SpiG

¹ Der Grosse Rat genehmigt die Gesundheitspolitische Gesamtplanung; er kann Änderungen verlangen. Die Gesamtplanung enthält die strategischen Ziele und Grundsätze im Gesundheitswesen und legt die Standorte der Spitäler fest. Sie ist periodisch zu überprüfen.

² (...)

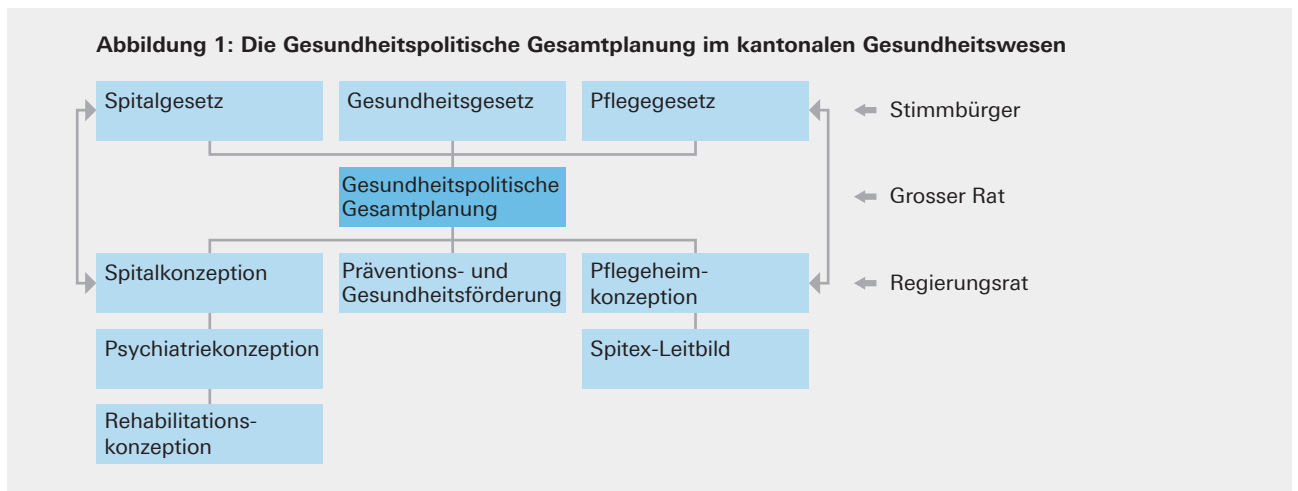
³ Die genehmigte Gesundheitspolitische Gesamtplanung wirkt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden kann.

Pflegegesetz (PflG) vom 26. Juni 2007:

§ 3 PflG

¹ Der Grosse Rat genehmigt im Rahmen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung gemäss § 5 Abs. 1 SpiG auch die strategischen Ziele und Grundsätze für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Die Gesamtplanung ist periodisch zu überprüfen.

² Die genehmigte Gesundheitspolitische Gesamtplanung wirkt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden kann.



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung dient dem Regierungsrat und dem Grossen Rat als Grundlage für die nachfolgende Rechtsetzung im Bereich des Gesundheitswesens.

1.1.1.1 Inhalt und Zuständigkeit

In konzeptioneller Hinsicht versteht sich die Gesundheitspolitische Gesamtplanung als umfassendes Planungswerk. Sie soll das Gesundheitswesen in einer ganzheitlichen Sicht ausleuchten und aufzeigen, in welche Richtung es sich im Kanton Aargau weiterentwickeln soll. Dabei werden sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens abgebildet und deren Zusammenhänge und Schnittstellen aufgezeigt.

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung gliedert sich folgendermassen:

- **Kapitel 1 bis 3:** Ausgangslage, rechtliches und politisches Umfeld.
- **Kapitel 4:** Grundsätze der Gesundheitspolitik im Kanton Aargau.
- **Kapitel 5:** Themen mit Gestaltungsspielraum auf kantonaler Ebene und entsprechenden Vorschlägen für Strategien.
- **Kapitel 6:** Umgang mit der Qualitätssicherung.
- **Anhang:** Übersicht über die Strategien.

Der Grosse Rat beschliesst über die vorgeschlagenen Strategien. Er kann diese Strategien unverändert genehmigen, ändern oder streichen. Zudem kann er seine Vorstellungen bezüglich den nächsten Planungs- und Umsetzungsschritten formulieren.

Die genehmigte Gesundheitspolitische Gesamtplanung wirkt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden darf (§ 12 Abs. 4 GAF, § 5 Abs. 3 SpiG und § 3 Abs. 2 PFIG).

1.1.1.2 Verhältnis zu anderen Planungen

Der Geltungsbereich der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung endet, wo andere Konzeptionen und Planungswerke greifen oder wo der kantonale Handlungsspielraum fehlt.

Ein Beispiel dafür ist die von der Gesundheitsdirektorenkonferenz lancierte Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), der mittlerweile alle Kantone beigetreten sind. Diese hat die Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin einem interkantonal besetzten Gremium (Beschlussorgan der IVHSM) übertragen.

Eine Schnittstelle besteht zum Entwicklungsleitbild gemäss § 10 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) vom 11. Januar 2005. Darin legt der Regierungsrat jeweils anfangs der Legislaturperiode die auf rund 10 Jahre ausgerichteten Entwicklungsszenarien des Kantons sowie die politischen Ausrichtungen und Strategien fest. Das Entwicklungsleitbild und die Gesundheitspolitische Gesamtplanung sind inhaltlich aufeinander abzustimmen.

1.2 Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2005

1.2.1 Werdegang

Mit Botschaft 05.181 vom 6. Juli 2005 hat der Regierungsrat dem Grossen Rat die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) mit 25 Strategien und einer übergeordneten Strategie sowie den Standorten der öffentlich subventionierten Akutspitäler zur Beschlussfassung unterbreitet.

Die vorliegende Gesundheitspolitische Gesamtplanung basiert auf der ursprünglichen Version aus dem Jahr 2005. Der Grosse Rat genehmigte am 13. Dezember 2005 25 Strategien und eine übergeordnete Strategie zum kantonalen Gesundheitswesen mit 106 zu 0 Stimmen. Gleichzeitig legte er die Standorte der öffentlich subventionierten Akutspitäler entsprechend dem Antrag des Regierungsrats mit 107 zu 0 Stimmen fest.

1.2.2 Umsetzungsmassnahmen in der Übersicht

Die beschlossenen Strategien wurden in der Folge umgesetzt. Insbesondere wurde am 26. Mai 2007 das neue Pflegegesetz (PflG) und am 20. Januar 2009 das neue Gesundheitsgesetz vom Grossen Rat mit deutlichen Mehrheiten verabschiedet.

Weitere Massnahmen:

- Spitalkonzeption 2015 vom 24. Mai 2006
- Psychatriekonzeption 2015 vom 24. Mai 2006
- Spitalliste Akutsomatik (gültig ab 1. Januar 2007)
- Spitalliste Psychiatrie und Psychosomatik (gültig ab 1. Januar 2007)
- Spitex-Leitbild vom 24. September 2008
- Pflegeheimkonzeption vom 16. Dezember 2009 (gültig ab 1. Januar 2010)

1.3 Anpassungsbedarf

1.3.1 Auftrag des Gesetzgebers

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung ist gemäss § 5 Abs. 1 SpiG und § 3 Abs. 1 PflG periodisch zu überprüfen. Das Gesetz macht keine Vorgaben bezüglich Periodizität der Überprüfung. Eine Überprüfung und Anpassung findet statt, wenn geänderte Rahmenbedingungen dies erfordern. Aufgrund der neuen Spital- und Pflegefinanzierung im Rahmen der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes ist eine Neubeurteilung angezeigt.

1.3.2 Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Spital- und Pflegefinanzierung)

a) Spitalfinanzierung

Am 21. Dezember 2007 hat der eidgenössische Gesetzgeber mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Spitalfinanzierung neu geregelt. Am 22. Oktober 2008 erliess der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsvorschriften.

Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung:

- Die direkte Subventionierung der Spitäler in Form von Objektfinanzierung und Defizitdeckung entfällt.
- Die stationäre Behandlung und der Spitalaufenthalt werden leistungsbezogen mittels Pauschalen finanziert. Die Pauschalen (SwissDRG) orientieren sich an medizinischen Diagnosen und Behandlungen.
- Die SwissDRG AG ist gemäss der gesetzlichen Vorgaben (Art. 49 KVG) zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung erfolgt am 1. Januar 2012.
- Die Betriebskosten und die Investitionskosten sind in die Pauschalen eingeschlossen.
- Die leistungsbezogenen Vergütungen in Form von Fallpauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre) enthalten.
- Die Höhe der Pauschale richtet sich an Spitälern aus, die Leistungen in guter Qualität und zu günstigen Preisen erbringen.
- Kantone und Versicherer vergüten nur Leistungen von Spitälern, die für die betreffenden Leistungen auf der Spitalliste sind und dafür über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen.
- Als Listenspitäler kommen sowohl öffentliche wie auch private Spitäler in Frage.
- Die Kantone finanzieren mindestens 55% und die Krankenversicherer höchstens 45% der Fallpauschalen. Die neuen Finanzierungsregeln gelten für KVG-Leistungen auf allen Abteilungen für Spitäler, die auf der Spitalliste sind. Das heisst: Auf der privaten und halbprivaten Abteilung muss die Zusatzversicherung künftig nur noch Zusatzleistungen übernehmen. Kantone, deren Anteil unter 55% liegt und deren Prämien unterdurchschnittlich sind, haben ihren Anteil ab 2012 während 5 Jahren schrittweise bis auf 55% zu erhöhen.
- Grundversicherte dürfen künftig schweizweit frei unter allen Spitälern auf einer kantonalen Spitalliste wählen. Sie müssen jedoch Mehrkosten übernehmen, wenn die ausserkantonale Behandlung teurer ist als die gleiche Behandlung im eigenen Wohnkanton.

- Die Krankenversicherer können auf freiwilliger Basis auch KVG-Leistungen von Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, abgelten (sog. Vertragsspitäler).
- Die Kantone werden zur Koordination ihrer Spitalplanungen verpflichtet. Ihre Planung muss den einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen.

Die zeitlichen Vorgaben zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sind:

- Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen sowie die Anwendung der neuen Finanzierungsregelung bis Ende 2011.
- Anpassung der kantonalen Spitalplanungen bis Ende 2014.

Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hat einschneidende Änderungen für das aargauische Gesundheitswesen zur Folge und bedingt eine Anpassung der Strategien der GGpl sowie eine Teilrevision des Spitalgesetzes.

b) Pflegefinanzierung

Am 13. Juni 2008 hat der eidgenössische Gesetzgeber das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen. Damit einher gehen unter anderem Änderungen beim Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsbestimmungen angepasst. Die neue Pflegefinanzierung tritt per 1. Januar 2011 in Kraft.

Kernelemente der neuen Pflegefinanzierung sind:

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die ambulant oder stationär erbrachten Pflegeleistungen. Die Beiträge werden vom Bundesrat differenziert nach dem Pflegebedarf festgesetzt.
- Der versicherten Person dürfen von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden.
- Die Kantone regeln die Restfinanzierung.
- Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Kanton während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung – ausgenommen der Hotellerie – vergütet.

Die neue Pflegefinanzierung bedingt eine Anpassung der Strategien der GGpl sowie eine Teilrevision des kantonalen Pflegegesetzes.

1.3.3 Spitalliegenschaften

Die Liegenschaften der verselbständigten Kantonsspitäler Aarau und Baden bzw. der Psychiatrischen Dienste sind gemäss geltendem Spitalgesetz im Eigentum des Kantons. Dieser räumt den Spitalaktiengesellschaften das Nutzungsrecht ein (§ 9 Abs. 2 SpiG).

Neu sollen die Liegenschaften an die Spitalaktiengesellschaften übertragen werden. Dies bedingt eine Anpassung der GGpl sowie des Spitalgesetzes¹.

¹ Das Spitalgesetz bestimmt in § 28, dass die Übertragung der Spitalliegenschaften auch durch Dekret erfolgen kann. § 28 SpiG lautet:

¹ Der Grosse Rat ist ermächtigt, durch Dekret Bestimmungen dieses Gesetzes zu ändern oder zu ergänzen, soweit dies zur Ausführung von Bundesrecht erforderlich ist und dabei keine erhebliche Entscheidungsfreiheit besteht.

² Der Grosse Rat ist dabei insbesondere ermächtigt, die Regelungen in § 9 Abs. 2 und § 14 Abs. 1 und 2 dieses Gesetzes abzuändern, falls der Bund im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung die Vergütung der stationären Behandlung mittels leistungsbezogener Pauschalen unter Einschluss der Investitionskosten einführt.

2. Übersicht über relevante Rechtsgrundlagen

Bund und Kanton teilen sich die Kompetenzen im Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen ist gemäss der staatsrechtlichen Kompetenzausscheidung in der Bundesverfassung (Art. 42 Abs. 1 BV) im Grundsatz Sache der Kantone. Dieser Grundsatz wird allerdings in einigen Bereichen durchbrochen. Prominente Beispiele dafür sind insbesondere die Krankenversicherungs- und die Heilmittelgesetzgebung. In kantonaler Kompetenz liegen vor allem die Spitalversorgungspolitik und die Langzeitversorgungspolitik.

2.1 Bundesrecht

2.1.1 Bundesverfassung

Gemäss Art. 117 der Bundesverfassung erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung, die er allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen als obligatorisch erklären kann. Zudem trifft der Bund entsprechend Art. 118 Massnahmen zum Schutz der Gesundheit. Dabei erlässt er Vorschriften über:

- a) den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
- b) die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;
- c) den Schutz vor ionisierenden Strahlen.

Weitere Zuständigkeiten des Bundes bestehen in den Bereichen:

- a) Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV)
- b) Transplantationsmedizin (Art. 119a BV)
- c) Gentechnologie im Ausserhumanbereich (Art. 120 BV)

2.1.2 Krankenversicherungsgesetzgebung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich verschiedener Ausführungserlasse wurde am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt und hat seither eine ganze Reihe von Anpassungen erfahren.

Das KVG fokussiert auf die Behandlung von Krankheiten. Es regelt – nebst der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – insbesondere Fragen der Leistungspflicht der Versicherer, Fragen der Zulassung von Leistungserbringern sowie Aufgaben und Rolle der Kantone. Der Kanton wird durch das KVG zu gewissen Leistungen verpflichtet, erhält im Gegenzug aber auch verschiedene Kompetenzen.

Nachfolgend eine kurze Übersicht über die wesentlichen Aufgaben und Zuständigkeiten des Kantons:

- Vollzug des Versicherungsobligatoriums
- Gesundheitspolizeiliche Zulassung der Leistungserbringer
- Erstellung von 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)
- Bezahlung der nicht anrechenbaren Kosten und Begleichung des Kantonsanteils (Art. 49 KVG)
- Durchführung der Betriebsvergleiche (Art. 49 KVG)
- Festlegung eines Globalbudgets (Art. 51 KVG)
- Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 54 KVG und Art. 55 KVG)
- Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 55a KVG)
- Mitfinanzierung und Vollzug der Prämienverbilligung (Art. 65 ff KVG)
- Einsetzung eines kantonalen Schiedsgerichts (Art. 89 KVG)

Aufgrund der rasch steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung erforderlich. Mit der neuen Spitalfinanzierung und der Neuordnung der Pflegefinanzierung hat der Bund grundsätzliche Reformen beschlossen, weitere sind in Planung (Arzneimittelkosten, Förderung Hausarztmodelle/Managed Care-Modelle bzw. höhere Patientenbeteiligung bei direkter spezialärztlicher Konsultation usw.). Die Auswirkungen dieser Reformprojekte auf das Gesundheitswesen des Kantons Aargau sind in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung zu berücksichtigen. Wo erforderlich sind geeignete Strategien zu formulieren.

2.1.3 Lebensmittelgesetzgebung

Das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG) vom 9. Oktober 1992 bezweckt,

- a) die Konsumenten vor Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen zu schützen, welche die Gesundheit gefährden können;
- b) den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln sicherzustellen;
- c) die Konsumenten im Zusammenhang mit Lebensmitteln vor Täuschungen zu schützen.

Der Vollzug dieses Gesetzes liegt zur Hauptsache bei den Kantonen.

Mitte 2009 hat der Bund ein total revidiertes Lebensmittelgesetz in die Vernehmlassung gegeben. Im Vordergrund dieser Totalrevision steht die Angleichung der schweizerischen Vorschriften über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände an diejenigen der Europäischen Union, dem wichtigsten Handelspartner der Schweiz.

2.1.4 Heilmittelgesetzgebung

Das Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000 ist am 1. Januar 2002

in Kraft getreten und regelt im Wesentlichen die Herstellung, die Zulassung und den Verkehr mit Heilmitteln, wie auch die klinischen Versuche. Der gesamte Heilmittelbereich wird neu auf Bundesebene geordnet. Unter anderem müssen die Kantone Ethikkommissionen ernennen, die für die Prüfung von klinischen Versuchen auf dem Kantonsgebiet zuständig sind.

Neben einer Reihe von bereits erfolgten Anpassungen auf Verordnungsstufe laufen Revisionen des Heilmittelgesetzes. In einer vorgezogenen Revision wurde das Thema «Spitalpräparate» neu geregelt (Inkrafttreten: Mitte 2010).

In einer 2. Etappe wird eine ordentliche Teilrevision des Heilmittelgesetzes vorbereitet. Ziele dieser Teilrevision sind insbesondere:

- Vereinfachung des Marktzutritts
- Verbesserung der Arzneimittelsicherheit
- Erhöhung der Transparenz bei der Arzneimittelinformation

Geplant sind Massnahmen im Bereich Kinderarzneimittel, Komplementär- und Phytoarzneimittel, Arzneimittelinformation, Verbesserung der Marktüberwachung, Einfuhr von Arzneimitteln sowie zum Thema «geldwerte Vorteile».

Das Vernehmlassungsverfahren wurde im Februar 2010 abgeschlossen.

2.1.5 Alkoholgesetzgebung

Das Bundesgesetz über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz) vom 21. Juni 1932 betrifft die Spirituosen und Alcopops. Es regelt deren Produktion, wie auch Einfuhr, Handel, Bewerbung und Absatz. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es wichtig, dass die Werbung für diese Produkte gegenüber anderen Alkoholika eingeschränkt ist. Zusätzlich bestehen auf diesen Getränken eine lenkende Steuer und ein Abgabeverbot an Personen unter 18 Jahren.

Der Bund beabsichtigt eine Totalrevision des Alkoholgesetzes. Im Zentrum dieser Totalrevision sollen der Verzicht auf das Bundesmonopol zur Herstellung bzw. zum Import von Ethanol sowie zur Herstellung von Spirituosen, die Überprüfung und Ergänzung der gesundheitspolitisch bedingten Handels- und Werbebeschränkungen für Spirituosen, die Schaffung rechtlicher Grundlagen für Testkäufe, gezielte Massnahmen gegen Billigangebote sowie für ein zeitlich und örtlich limitiertes Alkoholverbot stehen.

Das Vernehmlassungsverfahren zu einem neuen Alkoholgesetz ist am 30. Juni 2010 eröffnet worden.

2.1.6 Betäubungsmittelgesetzgebung

Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951 regelt die Verwendung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen. Aufgrund von internationalen Bestimmungen muss die Verwendung von den von der Welt-

gesundheitsorganisation (WHO) als Betäubungsmittel deklarierten Stoffen auf Bundesebene geregelt werden.

Im November 2008 hat das Volk die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes gutgeheissen. Kernpunkt dieser Teilrevision ist die Verankerung der nationalen Strategie zur Verminderung von Drogen- und Suchtproblemen. Diese basiert auf 4 Säulen:

Prävention:	Der Einstieg in den Suchtmittelkonsum soll möglichst verhindert werden.
Therapie:	Möglichst vielen Abhängigen soll geholfen werden, aus ihrer Sucht auszusteigen.
Schadenminderung:	Die Gesundheit und die soziale Situation der Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten sollen verbessert werden.
Repression:	Die Gesellschaft soll vor den Auswirkungen des Suchtproblems und vor der Drogenkriminalität geschützt werden. Strafen sollen zudem eine abschreckende Wirkung entfalten.

Ein weiteres Hauptanliegen ist eine Verbesserung des Jugendschutzes.

Das revidierte Betäubungsmittelgesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft.

2.1.7 Epidemiengesetzgebung

Das Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiengesetz) vom 18. Dezember 1970 verpflichtet Bund und Kantone, die nötigen Massnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten zu treffen. Es ist am 1. Juli 1974 in Kraft getreten.

Gestützt auf dieses Gesetz hat der Bund verschiedenste Verordnungen erlassen. Dazu gehört beispielsweise die Meldepflicht von Ärzteschaft und Laboratorien beim Auftreten von übertragbaren Krankheiten beim Menschen.

Die Durchführung konkreter Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liegt in erster Linie im Verantwortungsbereich der Kantone.

Ende 2007 hat der Bundesrat ein total revidiertes Epidemiengesetz in die Vernehmlassung gegeben. Die Anforderungen an die Krankheitsbekämpfung sowie die relevanten Lebensumstände – etwa die erhöhte Mobilität – haben sich seit 1970 wesentlich verändert. Die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Infektionskrankheiten wie die Lungenkrankheit SARS oder durch neuartige Grippeviren (z. B. H5N1) lassen die Schwachstellen und Lücken des geltenden Gesetzes deutlich erkennen. Mit der Totalrevision sollen:

- die frühzeitige Erkennung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen verbessert;

- die Kompetenzen- und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen geklärt und optimiert;
- die internationale Zusammenarbeit im Bereich der übertragbaren Krankheiten verstärkt; und
- zur Bewältigung von drohenden Epidemien oder Krankheitsausbrüchen mit grosser Schadenswirkung für die öffentliche Gesundheit eine wirksame Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Partnern gewährleistet werden.

2.1.8 Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz)

Im Jahr 2008 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren für ein neues Präventionsgesetz eröffnet. Damit soll die Grundlage für die zukünftige Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz gelegt werden.

Am 30. September 2009 hat der Bundesrat das neue Präventionsgesetz zuhanden des Parlaments verabschiedet. Ziel des neuen Präventionsgesetzes ist es, die Steuerung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz zu verbessern. Mit dem Schweizerischen Institut für Prävention und Gesundheitsförderung ist zudem ein neues Kompetenzzentrum auf Bundesebene geplant. Das neue Bundesgesetz leistet einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Förderung des Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung. Dadurch kann nicht nur die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gedämpft, sondern auch der Wirtschaftsstandort Schweiz gestärkt werden.

Das Präventionsgesetz enthält keine spezifischen Präventionsmassnahmen, sondern regelt insbesondere:

- neue Steuerungs- und Koordinationsinstrumente wie z. B. von Bund und Kantonen gemeinsam definierte nationale Ziele;
- Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität und zur Förderung der Wirksamkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen;
- die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen;
- die Organisation und Finanzierung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung, dem neuem Kompetenzzentrum auf Bundesebene;
- die Rahmenbedingungen für die Verwendung des KVG-Prämienzuschlags und der Tabakpräventionsabgabe;
- die Finanzhilfen an nicht-staatliche Organisationen;
- die Förderung der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung;
- die Gesundheitsberichterstattung und die Harmonisierung der Datenerhebung.

Das Parlament hat im 3. Quartal 2010 mit der Beratung des neuen Präventionsgesetzes noch nicht begonnen.

2.1.9 Komplementärmedizin

An der Volksabstimmung vom 17. Mai 2009 wurde der Verfassungsartikel «Zukunft mit Komplementärmedizin» mit 76 % angenommen. Der neue Artikel verlangt, dass Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die Komplementärmedizin berücksichtigen.

Konkretes über die Umsetzung dieses neuen Verfassungsartikels ist zurzeit noch nicht bekannt.

2.1.10 Weitere Bundesgesetze

Es gibt eine ganze Reihe von weiteren Bundesgesetzen, die dem Gesundheitsschutz dienen:

- Strahlenschutzgesetz
- Umweltschutzgesetz
- Gentechnikgesetz
- Giftgesetz
- Tierseuchengesetz
- Arbeitsgesetz
- Unfallversicherungsgesetz
- Strassenverkehrsgesetz

Der Vollzug liegt in diesen Bereichen oft bei den Kantonen.

2.2 Kantonales Recht

2.2.1 Verhältnis zum Bundesrecht

Der Kanton bestimmt eigenständig über seine Gesundheitspolitik. So liegen vor allem die Spitalversorgungspolitik und die Langzeitversorgungspolitik in dessen Zuständigkeit. Es gilt auch hier, gewisse Einflüsse und Rahmenbedingungen durch bundesrechtliche Erlasse, insbesondere die Krankenversicherungsgesetzgebung, zu berücksichtigen.

2.2.2 Kantonsverfassung

§ 41 Kantonsverfassung

5. Gesundheitswesen

¹ *Der Kanton trifft im Zusammenwirken mit den Gemeinden und Privaten Vorkehren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.*

² *Er schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Er fördert die häusliche Krankenpflege.*

³ Er fördert und beaufsichtigt die medizinischen Anstalten. Er kann eigene Einrichtungen schaffen.

⁴ Er unterstützt die Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des Medizinalpersonals.

⁵ Er überwacht und koordiniert das Medizinalwesen.

⁶ Er fördert Turnen und Sport.

Auszug aus dem Kommentar Kurt Eichenberger:
Verfassung des Kantons Aargau (Textausgabe mit Kommentar 1986,
Seiten 158–161).

§ 41 Abs. 1 KV: Gesundheitswesen als öffentliche Aufgabe

«Das Gesundheitswesen wird als öffentliche Aufgabe anerkannt, und zwar im Sinne von prophylaktischen und kurativen Vorkehren. Darin liegen einerseits gesundheitspolizeiliche und andererseits sozialstaatliche Motivierungen. Die Selbstverantwortung des Menschen für die Bewahrung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit steht voran.» Andernfalls «ist eine Dreierheit von Trägern eingesetzt und aufgerufen, das Erforderliche zu tun: Unter Führung des Kantons sollen im sinnvollen Zusammenwirken Gemeinden und Private die gebotenen Vorkehren sicherstellen.»

§ 41 Abs. 2 KV: Medizinische Versorgung

«Die medizinische Versorgung soll für die gesamte Bevölkerung des ganzen Kantons bestehen, also ungeachtet der sozialen Lage, des Aufenthaltsortes und der Staatsangehörigkeit der Bewohner. Dabei kann es sich nicht darum handeln, eine maximierte Versorgung in allen denkbaren medizinischen Sparten zu verlangen, sondern eine angemessene. Der Begriff der medizinischen Versorgung ist im Einzelnen durch die Gesetzgebung nach Massgabe des Standes insbesondere der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften und der allgemeinen gesellschaftlichen Möglichkeiten und Anschauungen zu bestimmen.»

§ 41 Abs. 3 KV: Medizinische Anstalten

«Die medizinische Versorgung wird nach dem heutigen Stand der Dinge und Anschauungen zu einem wesentlichen Teil durch die Spitäler und ähnliche Einrichtungen erfüllt. Der Kanton soll und kann diese Anstalten sowohl fördern als auch beaufsichtigen, wofür die Gesetzgebung Voraussetzungen und Einzelheiten zu regeln hat. Private Spitäler sind zulässig. Zu ihrer Förderung ist der Kanton nicht gezwungen.»

Alle Spitäler unterliegen aus gesundheitspolizeilichen Gründen der Staatsaufsicht.

§ 41 Abs. 4 KV: Forschung und Ausbildung

«Ausbildung und Weiterbildung des Medizinalpersonals bleibt kantonale Aufgabe und auch da wieder im Sinne einer unterstützenden Betätigung. Der Kanton kann allein oder in Verbindung mit anderen Kantonen oder mit Fachorganisationen Schulungseinrichtungen tragen und betreiben.»

§ 41 Abs. 5 KV: Generalauftrag zur Überwachung und Koordination

«Der Kanton ist beauftragt, das gesamte Medizinalwesen zu beaufsichtigen. Darin liegt eine allgemeine polizeiliche Aufgabe, die der Gefahrenabwehr zugunsten des Patienten und der weiteren Bevölkerung dient. Die Aufsicht ist ferner zulässig, um die zweckmässige Verwendung der finanziellen Mittel, die der Kanton einsetzt, z. B. für Spitäler und Pflegeeinrichtungen, zu kontrollieren.»

2.2.3 Spitalgesetzgebung

a) Spitalgesetz

Das Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 ist seit dem 1. Januar 2004 in Kraft. Es hat unter anderem zum Ziel, über freiheitliche Massnahmen die Innovationskraft und Eigenverantwortlichkeit der Spitäler als Leistungserbringer zu fördern. Dadurch soll das Spitalwesen im Kanton Aargau effizienter und wirtschaftlicher werden. Zu diesem Zweck wurde die Rolle des Kantons neu definiert und die Kantonsspitäler in die Verselbständigung überführt.

Das System der Defizitdeckung wurde abgelöst durch die leistungsbezogene Finanzierung der Spitäler. Der Kanton tritt folglich als Leistungseinkäufer auf und handelt mit den Spitalern Preise in Form von Leistungsverträgen aus.

Aus diesen Gründen ist der Kanton im Bereich Spitalfinanzierung bereits relativ gut auf den Systemwechsel vorbereitet.

b) Spitalverordnung

Als Vollzugserlass zum Spitalgesetz regelt die Spitalverordnung (SpiV) vom 26. Mai 2004 die Einzelheiten des Leistungseinkaufs, das Controlling und die Abwicklung des Verfahrens bei Bauinvestitionen.

Der Leistungseinkauf erfolgt auf der Basis von leistungsorientierten Pauschalen nach DRG (Diagnostic Related Groups). Der Kanton ermittelt den Bedarf sowie Benchmarkdaten und unterbreitet auf dieser Basis allen Spitalern ein Einkaufsangebot, welches die erforderlichen Leistungen, die Preise sowie die Mengen definiert. Die Spitäler ihrerseits nehmen zum Einkaufsangebot Stellung und geben ihr Angebot bekannt. Der Kanton wertet die Angebote der Spitäler aus und nimmt mit den Spitalern Verhandlungen auf.

Das Controlling enthält die wichtigsten Kenndaten, welche das Departement Gesundheit und Soziales über den Stand der Leistungsentwicklung orientieren. Zudem werden die DRG-Codierungen der Spitäler periodisch einer

Revision unterzogen und bei festgestellten Falschcodierungen Sanktionen ergriffen.

Der Regierungsrat hat die Spitalverordnung mehrfach revidiert und verschiedene Optimierungen erzielt, so beim Leistungseinkauf, bei den Investitionsabteilungen, bei der Zusammenarbeit zwischen Kanton und Spitälern sowie bei der Synergienutzung und Koordination zwischen den Spitälern.

c) Spitalkonzeption

Art. 39 des KVG verpflichtet die Kantone, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzunehmen.

§ 6 des Spitalgesetzes überträgt die Zuständigkeit zum Erlass der Spitalkonzeption an den Regierungsrat.

Die Spitalkonzeption:

- enthält die Planung für eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Spitalversorgung. Sie berücksichtigt dabei die Gesundheitspolitische Gesamtplanung.
- definiert zudem das Leistungsangebot im Kanton. Sie enthält zu diesem Zweck die Leistungsaufträge der einzelnen Spitäler, die Grundsätze der Versorgungshierarchie und die Grundsätze für die regionale und überregionale Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern.

Auf der Grundlage der genehmigten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung hat der Regierungsrat am 24. Mai 2006 die «Spitalkonzeption 2015» beschlossen. Die Spitalkonzeption wird im Zuge der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 erneuert. Dasselbe gilt für die Rehakonzeption sowie für die Psychiatriekonzeption.

2.2.4 Pflegegesetzgebung

a) Pflegegesetz

Das Pflegegesetz (PFIG) vom 26. Juni 2007 ist seit 1. Januar 2008 in Kraft.

Das Pflegegesetz:

- schafft Voraussetzungen für ein bedarfsgerechtes und qualitativ gutes Angebot der Langzeitpflege;
- ermöglicht Transparenz und Vergleichbarkeit (Benchmark);
- fördert die verstärkte Nutzung von Synergien durch Zusammenarbeit und Koordination unter den Leistungserbringern der Langzeitpflege;
- koordiniert den Spital- und Langzeitpflegebereich.

Die Gemeinden sind grundsätzlich zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots im ambulanten und stationären Bereich. Die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt nach

dem Grundsatz kostendeckender Tarife. Die Kosten des Aufenthalts in einer stationären Pflegeeinrichtung werden soweit möglich über Versicherungsleistungen sowie die eigenen Mittel der Pflegebedürftigen finanziert. Der Kanton beteiligt sich im Rahmen der Ergänzungsleistungen an den Kosten, sodass in der Regel keine Sozialhilfebedürftigkeit entsteht.

Der Kanton ist zuständig für Fachkonzeptionen (Pflegeheimkonzeption, Spitex-Leitbild) und für die Förderung der Freiwilligenarbeit. Mit einem Leistungsauftrag an die Patientenstelle Aargau/Solothurn wurde die im Pflegegesetz verankerte Ombudsstelle per Anfang 2008 realisiert. Damit wurde der seit 2005 bestehende vorläufige Projektauftrag mit der Patientenstelle institutionalisiert.

b) Pflegeverordnung

Die Pflegeverordnung (PflV) vom 14. November 2007:

- hält die Voraussetzungen zur Erteilung einer Bewilligung für stationäre Pflegeeinrichtungen im Detail fest;
- regelt die Grundlagen der Qualitätssicherung;
- definiert das Mindestangebot im Bereich Hilfe und Pflege zu Hause.

c) Pflegeheimkonzeption

Am 16. Dezember 2009 hat der Regierungsrat die neue Pflegeheimkonzeption beschlossen und damit die Grundlagen für die Planung der Gemeinden im Langzeitpflegebereich geschaffen.

2.2.5 Gesundheitsgesetzgebung

Am 1. Januar 2010 trat das neue Gesundheitsgesetz (GesG) vom 20. Januar 2009 in Kraft, zusammen mit den entsprechenden Verordnungen:

- Verordnung zum Gesundheitsgesetz (GesV)
- Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen (VBOB)
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten (Patientenverordnung, PatV)
- Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung (HBV)
- Verordnung über das Bestattungswesen (Bestattungsverordnung)

Die Gesundheitsgesetzgebung regelt das öffentliche Gesundheitswesen.

Sie enthält Bestimmungen, die verschiedenste Bereiche betreffen:

- Gesundheitsbehörden in Kanton und Gemeinden
- Berufe des Gesundheitswesens
- Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten
- Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsschutz, Suchtprävention und Suchthilfe, Tabak- und Alkoholprävention)
- Versorgungssicherheit
- Heilmittel- und Betäubungsmittelwesen
- Bestattungswesen
- Aufsicht und Massnahmen

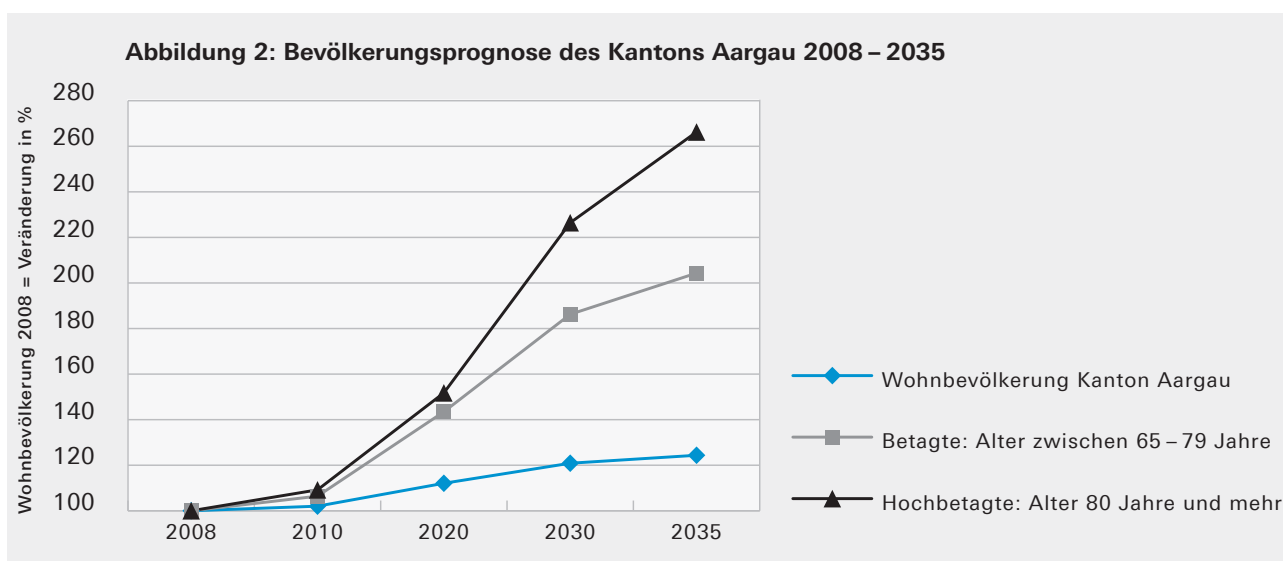
3. Rahmenbedingungen und externe Einflüsse

Verschiedene Rahmenbedingungen und externe Einflüsse werden in Zukunft die Entwicklung im Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussen. Die Fortschritte in der Medizin, die demographische Entwicklung wie auch die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind wesentliche Faktoren, die bei der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung für die nächsten Jahre berücksichtigt werden müssen. Das komplexe Zusammenspiel dieser externen Einflüsse und Rahmenbedingungen wird zukünftig die grösste Herausforderung in der Gesundheitspolitik sein.

Die Auswirkungen sowie die daraus zu ziehenden Schlüsse und Strategien für die Zukunft werden in Kapitel 5 abgehandelt.

3.1 Demografie

Gemäss den Bevölkerungsprognosen des Statistischen Amtes des Kantons Aargau aus dem Jahre 2009 steigt der Anteil der betagten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren überproportional.



Quelle: Statistisches Amt, Kanton Aargau

Die Altersgruppe der zwischen 65- bis 79-Jährigen betrug im Jahr 2008 66 167 Personen. Sie wird bis ins Jahr 2035 auf rund 135 200 Personen ansteigen und sich damit mehr als verdoppeln. Im gleichen Zeitraum wird die Altersgruppe der über 80-Jährigen von rund 23 000 auf ca. 61 200 Personen beinahe um das Dreifache zunehmen.

Insgesamt wird die aargauische Bevölkerung in diesem Zeitraum um 24% wachsen. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird von 15% im Jahr 2008 auf rund 26% im Jahr 2035 ansteigen. In Abbildung 2 ist die prozentuale Zunahme der Bevölkerung über 65 Jahren ersichtlich.

Der grösste Teil der älteren Personen ist heute bei guter Gesundheit. Dank wesentlichen Verbesserungen im Bereich der Prävention und der Hygiene ist die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen. Wesentlich dazu beigetragen haben auch die Fortschritte in der Medizin.

Auch im Bereich der Altersmedizin werden weitere Fortschritte erzielt. Ob damit die durchschnittliche Lebenserwartung weiter erhöht wird, kann nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden. Hingegen könnte es sein, dass lang-jährige Alterskrankheiten besser aufgefangen und damit Spitalaufenthalte am Lebensende vermieden oder verkürzt werden können. Zudem zeigen Untersuchungen, dass die ältere Bevölkerung insgesamt sehr aktiv ist sowie hohe Zufriedenheitswerte und ein hohes physisches Wohlbefinden aufweist.

Zusammenfassend kann man sagen: Es wird in absoluten Zahlen immer mehr Betagte geben, die immer länger gesund bleiben. Hingegen wird die Zahl der Schwerstpflegefälle zunehmen.

Das aargauische Versorgungssystem wird sich aufgrund der Demografie auf einschneidende Änderungen in der Betreuung, sowie in der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung vorbereiten müssen. Im Rahmen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung schlägt der Kanton entsprechende Strategien vor.

3.2 Technischer und medizinischer Fortschritt

Weitere Fortschritte in der Medizin sind primär in der Diagnostik, in der Behandlung und in der Pharmazie zu erwarten.

Fortschritte in der Diagnostik

Neue Instrumente und Verfahren erlauben eine immer präzisere Diagnostik. Die Validierung in der Diagnostik wird zu einer zunehmenden Herausforderung. Die Beobachtungen werden immer feiner und deren Wertung immer subtiler. Die diagnostischen Verfahren verlangen nach immer neuen Behandlungsmöglichkeiten. Das Beispiel in der Abteilung der Onkologie zeigt, dass sich mit einem PET-Verfahren (Positronen-Emissions-Tomographie) sehr genaue Informationen über die Verbreitung von Krebs bei einem Menschen gewinnen lassen. Die für die Behandlung entscheidende Schlussfolgerung ist, ob weitere Therapien erfolgversprechend sein werden.

Fortschritte in der Behandlung

Die medizinisch-technologischen Fortschritte erstrecken sich vor allem auf den Behandlungsbereich. So werden sich beispielsweise bei den invasiven Methoden die laparoskopischen Verfahren (Knopfloch-Chirurgie) sowie

Methoden, welche die natürlichen Körperöffnungen als Zugang benützen, weiter verbreiten.

Die Fortschritte in der Behandlung führen zu kürzeren Spitalaufenthalten, was sich im Rückgang der Anzahl Pflagetage zeigt. Zudem können viele Eingriffe, die vor etlichen Jahren der spezialisierten Versorgung vorbehalten waren (z. B. Prothesen), heute von Grundversorgungsspitalern gemacht werden.

Führende Experten im Gesundheitsbereich rechnen damit, dass die Gentechnologie weitere, enorme Fortschritte bringen wird. Die medizinische Grundlagenforschung wird durch namhafte öffentliche und private Mittel gefördert und das Wissen wird dementsprechend immer grösser.

Fortschritte in der Pharmazie

Die Fortschritte in der Pharmazie (Entwicklung neuer, potenter Wirkstoffe und Produkte) unterstützen die Fortschritte in der Behandlung. So kann durch den Einsatz hochwirksamer Medikamente ein Spitalaufenthalt verkürzt und/oder die Lebensqualität verbessert werden. Als Beispiel seien HIV- oder Krebspatientinnen und -patienten genannt.

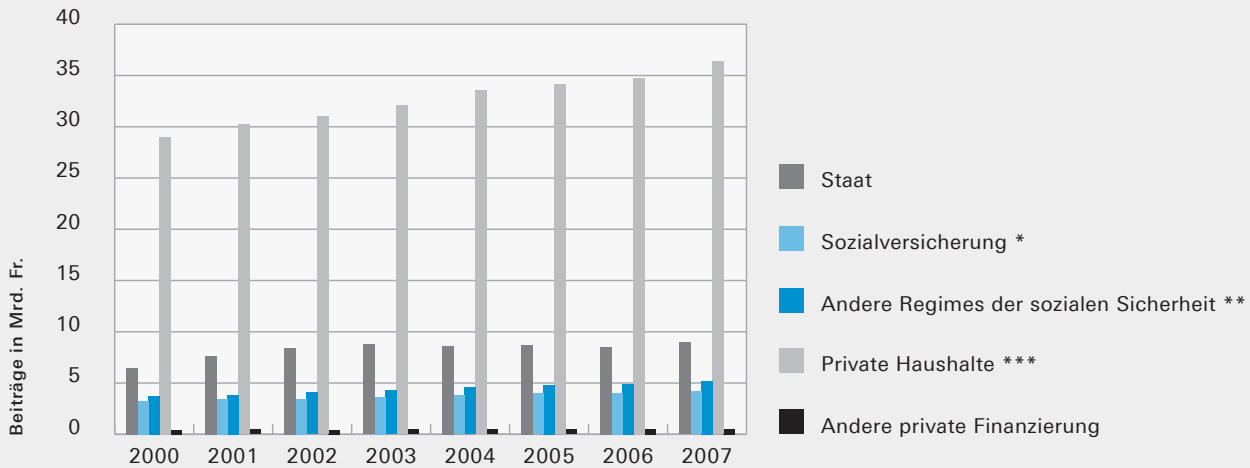
Die gentechnologische Herstellung von Arzneimitteln ermöglicht es heute, massgeschneiderte Therapien zu entwickeln, die allerdings sehr kostspielig sind. Die Produktions-Methoden sind aufwändig und teuer und die Verfahren unterstehen dem Patentschutz. Deshalb ist die Preisgestaltung nur in sehr eingeschränktem Mass dem Wettbewerb unterworfen.

Ausschlaggebend für die weitere Preisentwicklung bei den Medikamenten wird sein, ob die herkömmlichen, bewährten und nicht mehr dem Patentschutz unterstehenden Arzneimittel auf dem Markt bestehen bleiben. Ein vermehrter Einsatz von Generika nach Ablauf des Patentschutzes könnte sich kostendämpfend auswirken; im europäischen Vergleich ist der Generikaanteil am gesamten Medikamentenmarkt in der Schweiz immer noch recht klein.

3.3 Finanzielle Entwicklung

Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens betragen im Jahre 2007 Fr. 55.2 Mia. Abbildung 3 zeigt die Aufteilung der Kosten nach Kostenträger. Der grösste Teil der Kosten wird in Form von Prämien, Franchisen und Selbsthalten durch die privaten Haushalte beglichen. Die Beiträge des Staates steigen kontinuierlich an und werden sich in Folge der neuen Spitalfinanzierung 2012 noch vergrössern.

Abbildung 3: Beiträge an die Kosten im Gesundheitswesen (CH) 2000 – 2007



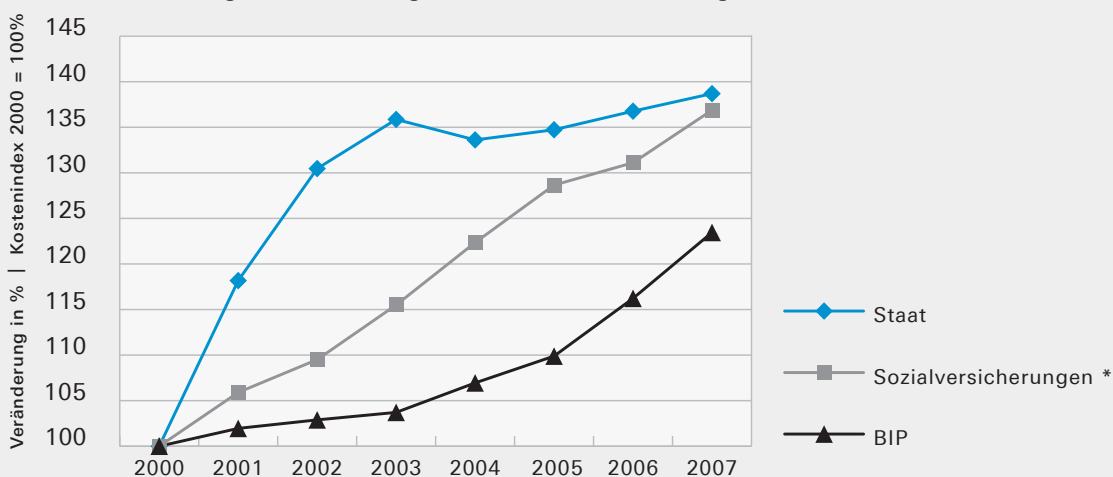
Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Ausgabe 2008

* Ausgaben der Militärversicherung, der Invalidenversicherung/AHV und der Unfallversicherung (ohne Renten), ohne obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

** andere Regimes wie z. B. Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung usw.

*** inkl. Prämien an Krankenversicherung minus Prämienverbilligung

Abbildung 4: Entwicklung indexiert nach Kostenträger (CH) 2000 – 2007



Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Ausgabe 2008

* UV, IV, MV, EL IV, Prämienverbilligung Sozialhilfe

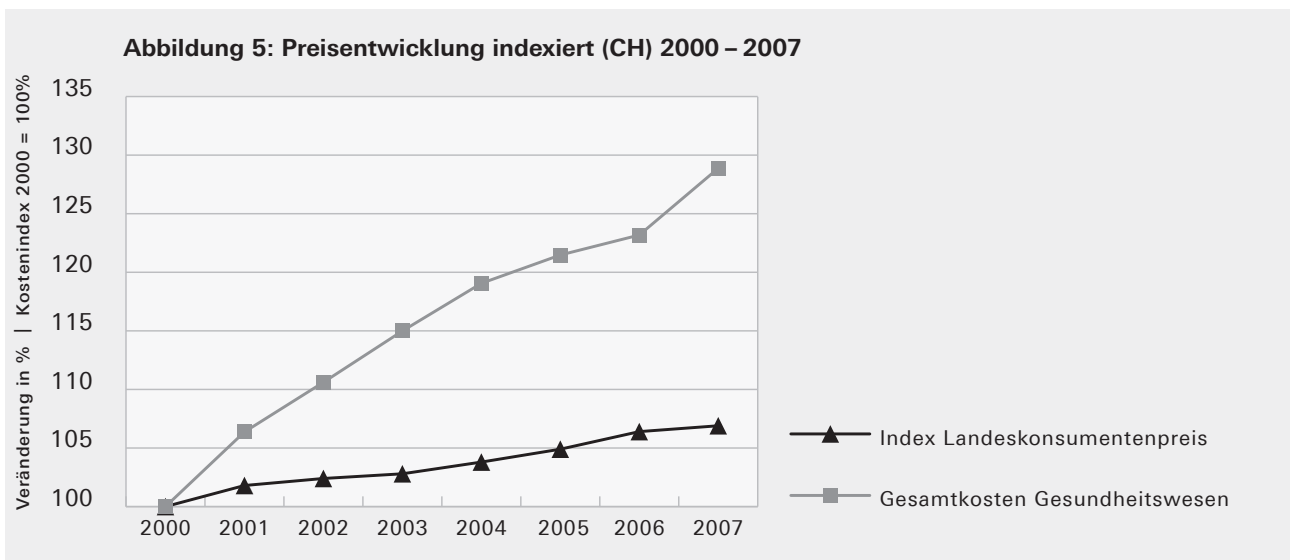
Abbildung 4 zeigt die indexierte Kostenentwicklung im Gesundheitswesen im Vergleich zur Veränderung des Bruttoinlandproduktes. Auffallend ist der seit 2000 kontinuierlich starke Anstieg bei den Sozialwerken. Insbesondere die Ergänzungsleistungen, die Invaliditätsversicherung, die Prämienverbilligung und die Sozialhilfe verzeichnen ein überdurchschnittliches Wachstum.

Im Jahr 2000 entschied das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG), dass die Kantone den Sockelbeitrag für privat und halbprivat versicherte Patienten ebenfalls übernehmen müssen. Dies löste für den Staat innert Jahresfrist Mehrkosten in der Höhe von 20 Indexpunkten aus. Dieser Effekt setzte sich bis ins Jahr 2003 fort, danach flachte die Kurve ab.

Die steigenden Kosten in den vergangenen Jahren lassen sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. Der stärkste Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist in den Spitälern zu verzeichnen. Insbesondere die ambulante Versorgung hat stetig an Bedeutung gewonnen und markant zum Kostenwachstum beigetragen.

Verschiedene Faktoren, welche sich ausserhalb des direkten Einflussgebietes der Leistungserbringer bewegen, werden auch in Zukunft die weitere Preisentwicklung beeinflussen.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Konsumentenpreise in den letzten Jahren im Vergleich zu den Gesamtkosten im Gesundheitswesen:

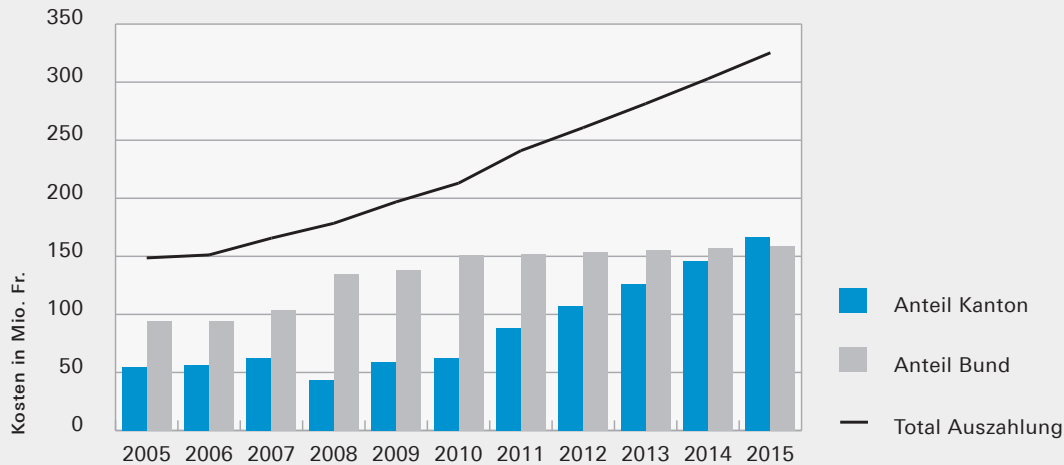


Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Ausgabe 2008

Prämienerbilligung

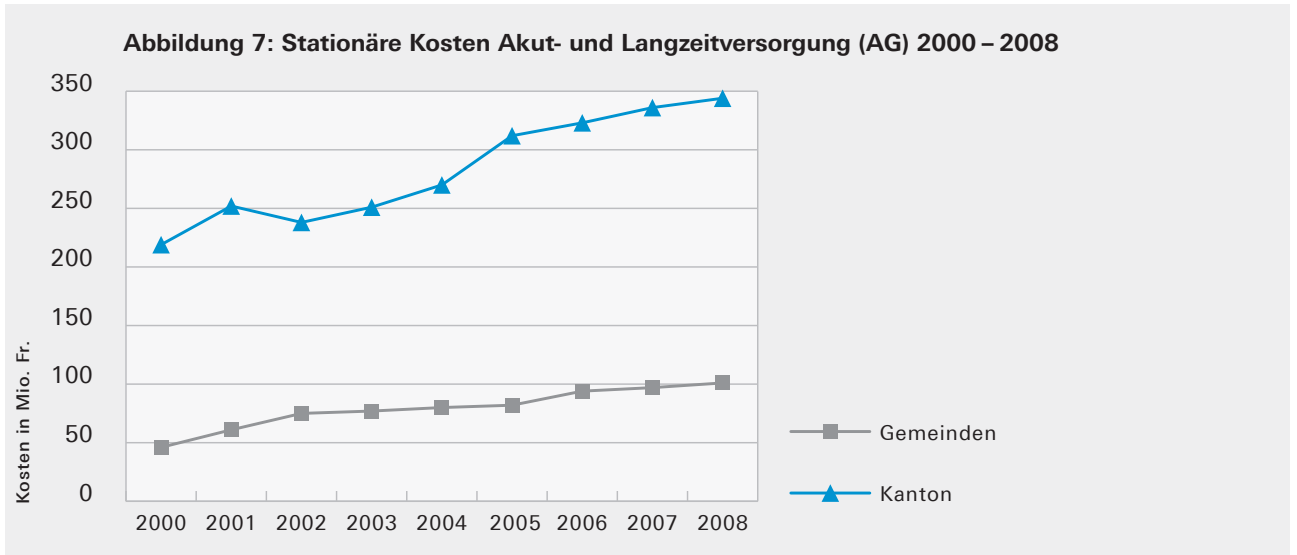
Seit der Umsetzung des neuen Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) im Jahr 2008 beteiligt sich der Bund nicht mehr prozentual an der Prämienerbilligung, sondern mit 7.5% der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dank des verantwortungsvollen Umgangs mit den Kantonsfinanzen profitierte der Kanton Aargau im Jahr 2008 überdurchschnittlich von dieser Neugestaltung.

Abbildung 6: Prämienverbilligung 2005 – 2015



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Die Kostenentwicklung bei der Prämienverbilligung ist abhängig von der Richtprämie und dem Prozentsatz des massgebenden Einkommens. Damit wird bestimmt, wie hoch der Anteil der Krankenkassenprämien gemessen am Einkommen und Vermögen der versicherten Person sein darf. Die Richtprämie wird durch den Regierungsrat bestimmt. Die dargestellte Kostenentwicklung in Abbildung 6 geht davon aus, dass sich die Richtprämie für Erwachsene jährlich um Fr. 100.– erhöht. Die Festlegung des Prozentsatzes liegt in der Kompetenz des Grossen Rats. Bei der Berechnung des Prozentsatzes werden die jährlichen Steigerungen im Bereich der Ergänzungsleistungen von 10.2% und im Bereich der Sozialhilfe und der Leistungssperre von je 5.0% berücksichtigt.



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Bevölkerung

Die finanzielle Situation der älteren Bevölkerung hat sich in den letzten Jahren markant verbessert. Der Grund dafür sind die wirtschaftlichen Erfolge und die Rentenleistungen aus AHV und Pensionskasse. Das 3-Säulen-Prinzip, bestehend aus obligatorischer (AHV und Pensionskasse) und privater Vorsorge (Säulen 3a-Konten mit Steuerbegünstigung), kommt für die ältere Bevölkerung immer mehr zum Tragen.

Die Einkommensentwicklung der Personen im erwerbsfähigen Alter ist sehr unterschiedlich und vorwiegend von der konjunkturellen Entwicklung abhängig. Es ist schwierig, entsprechende Prognosen zu machen.

Es ist anzunehmen, dass die Kosten im Gesundheitswesen weiterhin stärker steigen werden als die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Die Belastbarkeitsgrenze bei den unteren und mittleren Einkommensschichten ist jedoch erreicht, auch wenn Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen mit Prämienverbilligungen entlastet werden. Die Bereitschaft, noch höhere Krankenkassenprämien zu bezahlen, nimmt ab.

Entgegengesetzt verhalten sich jedoch die Ansprüche der Versicherungsnehmer, sobald sie Patienten werden. Diverse Studien gehen davon aus, dass mit steigendem Informationsgrad auch die Anspruchshaltung der Patienten steigen wird. Das Gesundheitswesen wird in Zukunft durch besser informierte Patientinnen und Patienten geprägt sein, die aus ihrem Wissen auch Ansprüche an die Leistungserbringer ableiten werden.

Leistungserbringer

Als Folge der Entwicklung im Gesundheitswesen ist absehbar, dass der Finanzbedarf weiter ansteigen wird. Jedoch kann die öffentliche Hand nur beschränkt weitere Mittel zur Verfügung stellen. Dieses Faktum wird die verschiedenen Leistungserbringer herausfordern, nach weiteren Optimierungen zu suchen.

3.4 Wandel im Ausbildungssektor

Der Kanton Aargau verfügt im Bereich der nichtärztlichen Berufe über eine Schulplanung. Sie gibt Auskunft darüber, wie viele Schülerinnen und Schüler jedes Jahr welche Ausbildungen abschliessen müssen, um den Bedarf im Gesundheitswesen decken zu können.

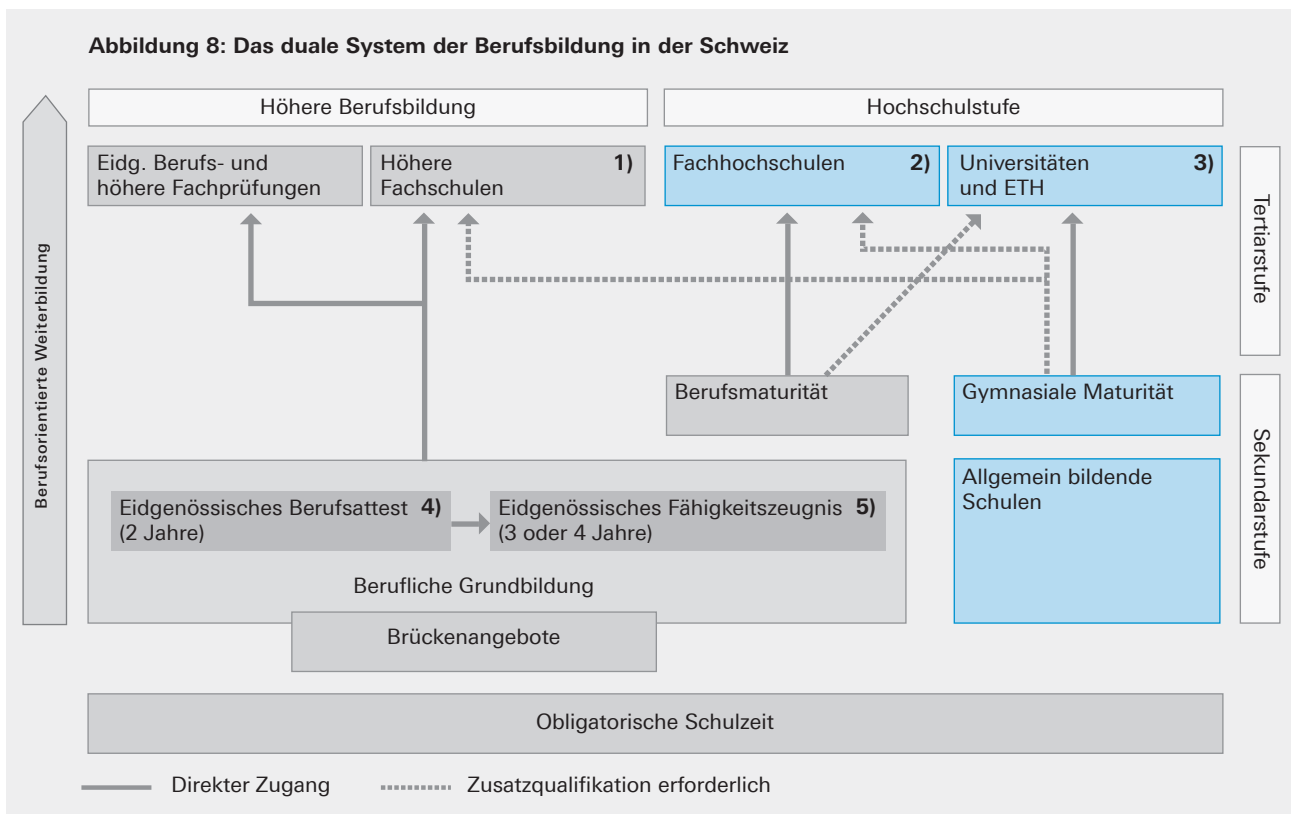
Neu existieren im Kanton Aargau zwei Bildungszentren für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen mit Standort Aarau und Brugg. Dabei wurde die erwartete Nachfrage nach Angeboten der beruflichen Grundbildungen und Lehrgängen der höheren Berufsbildung seit der Bildung der Zentren deutlich übertroffen. Zur Illustration: In der beruflichen Grundbildung (Fachfrau/Fachmann Gesundheit bzw. Betreuung) befinden sich rund 1000 Lernende im Jahr 2009, in der höheren Berufsbildung (dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF, dipl. Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF) rund 500.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Berufsbildung im Januar 2004 ist es neu möglich, berufliche Grundbildungen mit eidgenössischem Fähigkeitsausweis (EFZ) einzuführen, die bereits nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit begonnen werden können. Als erster Kanton führt der Kanton Aargau im Jahr 2010 in einem Pilotversuch eine zweijährige berufliche Grundbildung Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest ein.

Diese Entwicklungen sind aufgrund des zunehmenden Bedarfs an ausgebildetem Personal sowie der unsicheren Aussichten über die Verfügbarkeit von ausländischen Fachkräften zu begrüssen. Allerdings werden in der Schweiz nur zwei Drittel des jährlichen Bedarfs an Gesundheitspersonal ausgebildet. Am prekärsten ist die Situation bei den Diplomausbildungen in der Pflege (Tertiärstufe), wo jährlich nur gut die Hälfte der benötigten Fachkräfte abschliessen. Just in diesem Bereich werden jene Pflegefachpersonen ausgebildet, die aufgrund der sich abzeichnenden Entwicklung am Dringendsten gebraucht werden.

Die Arbeitgeber der Gesundheitsbranche und ihre Organisationen stehen in der Pflicht, das Angebot an Ausbildungsplätzen mit Blick auf den Boom bei den schulischen Angeboten und den künftigen Bedarf anzupassen. Dabei geht es um ein geeignetes Kompetenzprofil für künftige Berufsfachpersonen, das aktive Berufsmarketing zur Förderung des brancheneigenen Nachwuchses sowie um die Senkung der Aussteiger- und die Anhebung der Wiedereinsteigerquote.

Kritisch zu hinterfragen ist die Akademisierung der Pflegeberufe, die zumindest teilweise nicht die erwünschten Effekte zeitigt hat. Notwendig ist eine gesamtheitliche Bedarfsplanung, die mit der kantonalen Organisation der Arbeitswelt Gesundheit abgestimmt ist und als Grundlage für die Bereitstellung der nötigen schulischen Ausbildungsplätze dienen kann.



Quelle: Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT

- 1) z. B. Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF
- 2) z. B. Pflegefachfrau/Pflegefachmann FH
- 3) z. B. Nursing Science BS
- 4) z. B. Berufspraktische Ausbildung «Gesundheit und Betreuung EBA» (in Vorbereitung)
- 5) z. B. Fachfrau/Fachmann Gesundheit FaGe, Fachfrau/Fachmann Betreuung FaBe

Der Personalbedarf kann längerfristig nur gesichert werden, wenn alle verantwortlichen Akteure die Ausbildungstätigkeit weiter fördern und Massnahmen zur Personalerhaltung einleiten. Zu diesem Schluss kommt der Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, den die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) und die Branchenorganisation OdASanté herausgegeben haben.

Im Gegensatz zu den nichtärztlichen Berufen gibt es für die ärztlichen Berufe keine kantonale Planung. Vielmehr wird die medizinische Ausbildung in den Universitätskantonen bzw. durch die Rektorenkonferenz der Schweizerischen Universitäten geregelt. Die Beschränkung der Zulassung zum Medizinstudium via Eignungstest hat ihre rechtliche Verankerung in den entsprechenden Bestimmungen der kantonalen Universitätsgesetze, Verordnungen und in den einschlägigen Regierungsratsbeschlüssen. Die Nachfrage ist dabei wesentlich grösser als das Angebot. Das Interesse der Spitäler, über genügend Assistenzärzte zu verfügen, ist unverändert hoch.

Die Spitäler haben heute aufgrund des Numerus clausus Schwierigkeiten, genügend Assistenzärzte zu finden, um ihren Bedarf zu decken. Diese Situation wird sich nicht zuletzt deshalb weiter akzentuieren, weil der Zustrom von Ärzten aus dem Ausland – insbesondere aus Deutschland – abnimmt. Die Spitäler müssen ihre Bemühungen weiter verstärken, als ärztliche Ausbildungsstätten attraktiv zu bleiben.

Gleichzeitig sind Anstrengungen notwendig, die Grundversorgung durch die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton zu gewährleisten. Ausbildungsseitig sind als Massnahme die Praxisassistenzen zu erwähnen, die beispielsweise auch einen Beitrag zur Entspannung der Nachfolgeproblematik leisten können.

3.5 Wesentliche Änderungen der KVG-Revision 2012

Auf den 1.1.2012 treten massgebliche Veränderungen des KVG in Kraft, die sich wie folgt gruppieren lassen:

- Veränderungen in Bezug auf die Wirkung der Spitalliste;
- Veränderungen in Bezug auf die Beitragszahlungen der öffentlichen Hand.

3.5.1 Wirkung der Spitalliste

Bisher enthielt die Spitalliste diejenigen Spitäler, an welche die Krankenversicherer Beiträge zu entrichten hatten. Neu wird die Spitalliste alle diejenigen Spitäler umfassen, die Beiträge der öffentlichen Hand erhalten und damit namentlich die Privatspitäler einschliessen. Die Spitallisten haben zudem eine kantonsübergreifende Wirkung, weil der Wohnkanton einer Patientin oder eines Patienten neu seinen Beitrag auch an ein ausserkantoniales Spital entrichten muss, sofern dieses auf der Spitalliste des Standortkantons steht. Diese kantonale Beitragspflicht galt bisher nur in medizinisch begründeten Fällen, während sie ab 1.1.2012 allen schweizerischen Listenspitälern zukommt. Dies bedeutet Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten bezüglich ihrem behandelnden Spital.

Im Unterschied zu heute können Spitäler, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren, mit den Versicherern direkt einen Vertrag abschliessen und gelangen dadurch in die Kategorie der Vertragsspitäler. Sie erhalten ihre Leistungsvergütung auch im Bereich der Obligatorischen Krankenpflege (OKP) durch die Versicherungen und fehlende Staatsbeiträge müssen folglich über Zusatzversicherungen ausgeglichen werden.

Auch der Kanton Aargau muss per 1.1.2012 seine Spitalliste erlassen. Er wird diese Liste aufgrund transparenter Kriterien erstellen und interkantonal abstimmen. Die Erteilung von Leistungsaufträgen folgt einem Konzept, welchem ein nach Leistungsgruppen gegliederter Bedarf zugrunde gelegt wird. Das Verfahren ist im Themenbereich 7 ausführlich beschrieben. Mit der Spitalkonzeption 2015 hat der Kanton Aargau eine methodisch gute Grundlage zur Bereinigung der Spitalliste erarbeitet.

Eine Anpassung wird in Bezug auf die Terminologie der Leistungen zu erfolgen haben, weil das heute zur Berechnung verwendete System der AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) durch das für die Schweiz adaptierte System der SWISS-DRG abgelöst wird.

3.5.2 Beitragszahlungen der öffentlichen Hand

Die Beitragszahlungen der öffentlichen Hand erleben neben der geschilderten Veränderung der Anspruchsberechtigten auch zahlreiche Anpassungen in der Bemessung. Verändert wird ebenfalls die Rolle des Staates. Dieser ist nicht mehr Leistungseinkäufer, sondern lediglich noch Mitfinanzierer. Die Verhandlungen werden grundsätzlich durch die Versicherer geführt. Die Kantone haben jedoch mindestens 55 % an die von den Versicherern ausgehandelten Preise zu bezahlen. In den Preisen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten sein, insbesondere für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie für die Forschung und die universitäre Lehre. Für den Kanton Aargau bedeutet dies, dass das gegenwärtige System des Leistungseinkaufs aufgehoben wird.

Neu werden die Investitionen resp. die Anlagenutzungskosten als pauschaler Zuschlag auf die Baserate pro Fall ausgerichtet. Für die Finanzierung der gemäss Leistungsauftrag notwendigen Infrastruktur wird mit den Spitallisten-Spitälern eine Lösung erarbeitet.

Auf den Kanton Aargau kommen in den nächsten Jahren als Folge der KVG-Revision (neue Spital- und Pflegefinanzierung) Kostenverschiebungen von den Krankenversicherungen zu Lasten der öffentlichen Hand zu, welche sich geschätzt in der Höhe von ca. Fr. 190 Mio. bewegen werden (Fr. 144 Mio. Spitalfinanzierung sowie Fr. 46 Mio. Pflegefinanzierung). Im Bereich der Spitalfinanzierung werden 2012 weitere Kosten erwartet, welche zu einem kleineren Teil in der Mengenzunahme bei den Leistungen und der allgemeinen Teuerung begründet liegen. Zum grösseren Teil werden sie sich aus der

Anpassung der Baserate nach oben und vor allem aus einem höheren Investitionskostenanteil ergeben. Bisher ist die jährliche Beteiligung des Kantons an den Investitionen fix vereinbart. Sie wird mit den neuen Finanzierungsregeln des KVG deutlich grösser, neu fallabhängig und ist als fester Anteil der Baserate geschuldet. Dadurch bewegt sich der Investitionsbeitrag mit der Baserate und den Fallzahlen dynamisch und wird entsprechend in den Folgejahren relativ ansteigen. Auf eine Quantifizierung dieses Mehrbetrags wird an dieser Stelle verzichtet, da bisher weder die Baserate noch der Investitionskostenanteil definiert sind und weitere Variablen fehlen. Jede Schätzung dieser Kosten bliebe damit spekulativ.

Die oben erwähnten Mehrkosten im Rahmen der Kostenverschiebungen umfassen neue Belastungen und beziehen sich nicht auf die bereits bisher finanzierten Leistungserbringer.

Sie lassen sich im Einzelnen wie folgt aufschlüsseln:

Kanton Aargau: Mehrkosten 2012 nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung	
Verursacher	Mehrkosten
Subventionierung Privatspitäler	+ 96 Mio. Fr.
Rehabilitation	+ 38 Mio. Fr.
Ausserkantonale Spitalbehandlung	+ 10 Mio. Fr.
Total Akutbereich	+ 144 Mio. Fr.
Total Stationäre Pflegeeinrichtungen	+ 46 Mio. Fr.
Total	~ 190 Mio. Fr.

Diese Mehrkosten werden im Pflegebereich ab 2011, im Spitalbereich ab 2012 wirksam werden. Die Mehrkosten für die ausserkantonale Spitalbehandlung entstehen durch die Pflicht der Kantone, auch bei stationären Behandlungen in Listenspitälern anderer Kantone den OKP-Sockelbeitrag zu übernehmen. Dabei sind im Gegensatz zur ausserkantonalen Hospitalisation nur die medizinisch nicht indizierten Behandlungen aufgrund der neuen Wahlfreiheit berücksichtigt, denn die Kosten der medizinisch indizierten ausserkantonalen Hospitalisation fallen schon heute an und gelten deshalb nicht als Mehrkosten.

Auswirkungen auf die Finanzplanung des Kantons

Die Kostenfolgen sowohl der KVG-Revision als auch die finanziellen Auswirkungen der anderweitigen Strategien aus der GGpl sind im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2011–2014 in den Aufgabenbereichen 520, 535 und 545 abgebildet.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass die vom Bundesgesetzgeber mit der KVG-Revision definierte Strategie aus Sicht des Kantons unbefriedigend ist. Sie gibt vom Bund her mehr Wettbewerb vor, belässt den Kantonen zwar die Planungshoheit, beraubt sie aber bei gleichzeitiger Kostenverschiebung auf die Kantonshaushalte wesentlicher Einflussmöglichkeiten. So liegt die Zuständigkeit für den Leistungseinkauf neu bei den Krankenversicherungen.

Der Kanton ist nur noch Finanzierer. Seine Einflussnahme beschränkt sich auf die Spitalliste, den Leistungsauftrag und die Tarifgenehmigung.

Dieses System ist korrekturbedürftig. Es liegt im Interesse des Kantons, in einer nächsten Revision des KVG diese unbefriedigende Lösung zu korrigieren.

3.6 Planungsgrundlagen und finanzielle Auswirkungen der einzelnen Strategien

3.6.1 Allgemeines

Die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse im Bereich der Gesundheit ist heute eine öffentliche Aufgabe und damit eine solche des Staates geworden. Es subsumieren sich darunter sowohl die präventiven als auch die gesundheitspolizeilichen Aufgaben wie die medizinischen Leistungen in Notfällen und die Behandlung von Unfall- und Krankheitsfolgen. Medizinische Leistungen werden aber heute zunehmend nicht nur dann beansprucht, wenn eine Krankheit, ein Unfall oder besondere Lebensumstände sie unbedingt erfordern, sondern immer mehr zur Erfüllung von individuell unterschiedlichen Ansprüchen im Rahmen der persönlichen Vorstellungen über die Gesundheit. Dabei ist der Leistungsbezug auch nicht mehr an tageszeitliche und örtliche Grenzen gebunden, sondern wird genau dann beansprucht, wenn das Individuum ihn für nötig erachtet. Der Gesundheitsbegriff hat sich in einem Masse ausgeweitet, dass es kaum mehr Grenzen für das Wünschbare gibt. Angebote jeglicher Art und jeglichen Umfangs werden ausgeschöpft, zumal kostenbewusstes Verhalten im heutigen System für das Individuum kaum relevant ist. Alle Ansätze zur Beschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen oder der Verschlankung des Grundleistungskatalogs sind bisher aus systematischen Gründen ins Leere gelaufen.

Im Gesundheitswesen herrscht ein ausgesprochener Angebotsmarkt. Die heutige Medizin macht sehr viel möglich und verschafft nicht selten Heilung oder mindestens Erleichterung und Aufschub. Deshalb ist es fast notorisch so, dass alles beansprucht wird, was Besserung verspricht. Durch die immer komplexeren Behandlungsverfahren werden immer komplexere Krankheiten therapierbar und die moderne Medizin schafft immer mehr Patienten, deren Behandlung sehr teuer ist. Dazu kommt die Therapie- und Kontrollbedürftigkeit nach überstandener Krankheit, die ebenfalls nicht kostenfrei zu haben ist. Das Resultat ist eine Leistungsexplosion, weil sich die Medizin dank ständiger Fortschritte auf immer mehr versteht, damit aber zwangsläufig auch immer mehr kostet.

Gleichwohl ist deutlich festzuhalten, dass das Gesundheitswesen nicht nur Kosten verursacht, sondern auch eine Wertschöpfung generiert. In Abschnitt 4.2 wird näher darauf eingegangen.

3.6.1.1 Steuerung

Die öffentliche Hand steht mit der KVG-Revision heute vor der Situation, im stationären Bereich die grösste Zahlerin zu werden und dabei keine wirksamen Kontroll- und Steuerungsmechanismen im Gesundheitsmarkt zu haben. Die Erfahrungen zeigen, dass das Recht auf Selbstbestimmung kompromisslos gehütet wird und z. B. die freie Arztwahl ein grosses Anliegen ist, wie es der neuste «gfs-Gesundheitsmonitor 2010» im Auftrag von Interpharma aufgezeigt hat. Auch Spitalschliessungen werden in aller Regel von der Bevölkerung abgelehnt und führen zu Widerstandsaktionen wie in jüngster Zeit bei der Schliessung des Gemeindespitals Riehen und aktuell bei den Diskussionen um die Zukunft des Spitals Zweisimmen. Wenn die Zahler und damit die Bürgerinnen und Bürger es wünschen, wird der Staat gefordert sein, wirksame Steuerungsmechanismen für die Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen aufzubauen. Interessant, weil förderlich und hinderlich zugleich, ist dabei die Doppelrolle, die jeder Staatsbürger einnimmt. Er ist nämlich auf der einen Seite vor allem Prämien- und Steuerzahler, auf der anderen Seite aber manchmal Leistungsbezüger. Diese beiden Rollen stehen sich bezüglich der finanziellen Interessenlage diametral gegenüber und entscheidend für die Meinungsbildung ist der jeweils aktuelle Zustand des Bürgers.

Im schweizerischen Gesundheitswesen wird es unter ethischen und demokratischen Gesichtspunkten nicht möglich sein, eine globale Leistungsbeschränkung im Sinne einer pauschalen Rationierung durchzusetzen. Jedermann muss ungehinderten Zugang zu allen Leistungen der modernen Medizin erhalten und die Grundversorgung gehört zur gesetzlichen Pflicht der öffentlichen Hand (Bundesverfassung Art. 8 und Art. 41 Abs. 1 lit. b; Verfassung des Kantons Aargau § 41 Abs. 2). Es bleibt für eine wirksame Kostenkontrolle der öffentlichen Hand deshalb nur ein Ausbau der finanziellen Selbstbeteiligung am Leistungsbezug. Solche Massnahmen betreffen die Reduktion des Grundleistungskatalogs auf der einen Seite und die Erhöhung der Selbstbeteiligung auf der anderen Seite, um von der teilweise kostenlosen Selbstbedienung und dem damit kritiklosen Konsum medizinischer Leistungen wegzukommen. Im Kanton Aargau gibt es diesbezüglich aktuell keine konkreten Umsetzungsvorschläge. Das Thema bleibt jedoch eine Herausforderung für die Zukunft und damit auf der Traktandenliste.

3.6.2 Änderungen in der Bundesgesetzgebung

3.6.2.1 Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG

Am 21. Dezember 2007 hat der eidgenössische Gesetzgeber mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) die Spitalfinanzierung neu geregelt. Am 22. Oktober 2008 erliess der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsvorschriften.

Die Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung werden im Abschnitt 1.3.2 ausführlich dargestellt. Grundsätzlich werden die Versicherer gegenüber heute entlastet, während die öffentliche Hand deutlich mehr aufwenden muss. Für den Kanton Aargau entstehen dadurch ab 2012 die folgenden finanziellen Mehrbelastungen, welche unter Prämisse einer gegenüber heute unveränderten Spitalliste errechnet wurden (vgl. Abschnitt 3.5.2).

Erstens entstehen Mehrkosten für die Behandlung auf Privatstationen von Fr. 85 Mio. pro Jahr. Die neuen Finanzierungsregeln gelten für OKP-Leistungen auf allen Abteilungen für Spitäler, die auf der Spitalliste sind, also auch für die privaten. Die Zusatzversicherung wird deshalb in allen Listenspitälern künftig nur noch Zusatzleistungen übernehmen. Neu sind deshalb alle Grundleistungen durch die Kantone mitzufinanzieren. Da der Kantonsanteil an den Fallpauschalen mindestens 55 % beträgt und jener der Krankenversicherer höchstens 45 %, fällt diese Neuerung deutlich ins Gewicht.

Zweitens wird der Kanton für die nicht medizinisch indizierte ausserkantonale Spitalbehandlung Mehrkosten in der Höhe von rund Fr. 10 Mio. zu tragen haben, welche bisher von Zusatzversicherungen oder den Patientinnen und Patienten selber berappt wurden. Grundversicherte dürfen künftig schweizweit frei unter allen Spitälern auf einer kantonalen Spitalliste wählen. Sie müssen lediglich die Mehrkosten übernehmen, um welche die ausserkantonale Behandlung teurer ist als die gleiche Behandlung im eigenen Wohnkanton.

Drittens werden Leistungen von Rehabilitationskliniken schweizweit mit mindestens 55 % zu Lasten der öffentlichen Hand finanziert. Dies führt zu jährlichen Mehrkosten von rund Fr. 38 Mio., denn bisher beteiligt sich die öffentliche Hand nicht an den Kosten der Rehabilitation.

Viertens bleibt zu erwähnen, dass die Investitionskosten gegenüber heute neu von den Versicherern im Rahmen ihres Anteils von 45 % an der Fallpauschale inkl. Investitionsanteil mitgetragen werden.

3.6.2.2 Revision der Pflegefinanzierung

Am 13. Juni 2008 hat der eidgenössische Gesetzgeber das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen. Damit einher gehen unter anderem Änderungen beim Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG). Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die entsprechenden Ausführungsbestimmungen angepasst. Die neue Pflegefinanzierung tritt per 1. Januar 2011 in Kraft.

Kernelemente der neuen Pflegefinanzierung sind: Die Regelung der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand und die Übernahme der Leistungen der Akut- und Übergangspflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und den Kanton während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung. Ausnahme bildet die Hotellerie, welche zu Lasten des Leistungsbezügers geht. Durch die Restkostenfinanzierung und die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege ist mit einer Mehrbelastung von Fr. 46 Mio. pro Jahr zu rechnen. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen im Pilotprojekt Übergangspflege wird das Angebot wahrscheinlich auch in Zukunft nur wenig genutzt. Daher sind die finanziellen Folgen für den Kanton als gering einzuschätzen und werden sich auf maximal Fr. 500 000.– pro Jahr belaufen.

3.6.3 Demografische Grundlagen

Auf die demografische Entwicklung wird in Kapitel 3.1 der GGpl detailliert eingegangen. Gemäss den Bevölkerungsprognosen des Statistischen Amtes des Kantons Aargau aus dem Jahre 2009 wird die Bevölkerung im Jahr 2020 gegenüber heute um 12.1 % angewachsen sein. Gleichzeitig steigt der Anteil der betagten Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren überproportional an. Damit ist gesamthaft auch ein überproportionales Wachstum beim Leistungsbezug und damit den Kosten verbunden.

3.6.4 Versorgungslage

Im Rahmen der Arbeiten an der Versorgungsplanung 2020 wurde der zukünftige Bedarf an medizinischen Leistungen der Aargauer Bevölkerung eruiert. Die oben beschriebene demografische Veränderung hinsichtlich Bevölkerungswachstum und Altersgruppenverteilung ist diesen Zahlen zugrunde gelegt worden. Die Versorgungsplanung ist eine Datengrundlage, welche zusammen mit den Nordwestschweizer Kantonen Basel-Land, Basel-Stadt und Solothurn erarbeitet wird. Der Gesamtbericht wird im 4. Quartal 2010 publiziert.

3.6.4.1 Patientenströme

Wie in Kapitel 5.3 beschrieben zeigt die Wanderungsstatistik 2008 einen positiven Saldo. In Aargauer Spitälern wurden insgesamt 94 742 Behandlungen durchgeführt, wobei 16 865 (17.8%) aus anderen Kantonen stammten und 14 189 (15.0%) Aargauerinnen und Aargauer sich ausserhalb des Kantons behandeln liessen. Aufgrund der hohen Qualität und der günstigen Kostenstruktur im aargauischen Gesundheitswesen darf erwartet werden, dass sich auch in Zukunft mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten im Kanton Aargau behandeln lassen als sich Aargauer Patientinnen und Patienten in ausserkantonale Einrichtungen begeben. Dies führt zu einer Erhöhung der Auslastung und minimiert den Abfluss finanzieller Mittel des Kantons im Rahmen seiner Beteiligung an der Investitionskostenpauschale, denn er finanziert den Investitionsanteil ebenso wie die Fallkosten auch in ausserkantonalen Einrichtungen mit.

3.6.4.2 Bedarf der Aargauer Bevölkerung

Die Aargauer selber produzierten 2008 inner- und ausserkantonal insgesamt 92 044 stationäre Fälle, wovon deren 83 121 in Akutspitälern (inkl. Pädiatrie und Neugeborene), 4004 in der Psychiatrie und 4919 in der Rehabilitation. 14 189 stationäre Behandlungen fanden wie oben erwähnt ausserkantonal statt (15.0%). Sie bezogen dabei 572 086 Pflēgetage in Akutspitälern (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6.9 Tage), 200 734 Pflēgetage in der Psychiatrie (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 50.1 Tage) und 125 525 Pflēgetage in der Rehabilitation (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 25.5 Tage).

Unter Berücksichtigung der erwarteten Veränderungen der Grösse und der Struktur der Aargauer Bevölkerung ist im Jahr 2020 folgender geschätzter Bedarf zu erwarten: 97 539 akutstationäre Fälle mit 635 426 Pflēgetagen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6.5 Tage), 4356 Fälle in der Psychiatrie mit 130 015 Pflēgetagen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 29.8 Tage) und 5705 Fälle in der Rehabilitation mit 135 110 Pflēgetagen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 23.7 Tage). Die Fallzahlen werden also steigen und die Anzahl der Pflēgetage ebenfalls. Es zeigt sich, dass bei den durchschnittlichen Aufenthaltsdauern nur noch eine geringe Reduktion zu erwarten ist. Der Hauptgrund dafür liegt einmal mehr in der demografischen Entwicklung. Unter der Voraussetzung, dass der Kanton seinen Anteil an alle stationären Behandlungen inner- und ausserkantonal beisteuern muss, zeigt sich eine deutliche Zunahme des Leistungsbezugs und damit der Kosten. Der Anstieg bei den Pflēgetagen in der Akutstation zeigt einen gegenüber heute höheren Bettenbedarf an, welcher an die Grenzen des heutigen Bestandes stossen wird.

	2008	2020	Veränderung
Fälle Akutspitäler inkl. Pädiatrie und Neugeborene	83 121	97 539	17.3%
Pflēgetage Akutspitäler inkl. Pädiatrie und Neugeborene	572 086	635 426	11.1%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	6.9	6.5	-5.8%
Fälle Psychiatrie	4 004	4 356	8.8%
Pflēgetage Psychiatrie	200 734	130 015	-35.2%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	50.1	29.8	-40.5%
Fälle Rehabilitation	4 919	5 705	16.0%
Pflēgetage Rehabilitation	125 525	135 110	7.6%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	25.5	23.7	-7.2%
Total Fälle der Aargauer EinwohnerInnen	92 044	107 600	17.0%
Aargauer Bevölkerungsentwicklung	596 396	668 399	12.1%

Quelle: Statistisches Amt Aargau

3.6.5 Die direkten finanziellen Auswirkungen der einzelnen Strategien der GGpl

Das folgende Kapitel führt die direkt zu erwartenden Kosten pro Strategie auf, soweit sie aus heutiger Sicht und aufgrund der vorhandenen Zahlenbasis voraussehbar sind. Es werden die Zahlen verwendet, welche im AFP 2011–14 eingestellt wurden.

Die bereits bisher bezahlte Prämienverbilligung ist nicht Bestandteil der GGpl und deshalb hier nicht aufgeführt. Der Aufwand dafür wird im Jahr 2012 mit rund Fr. 99 Mio. veranschlagt (Budget 2011: rund Fr. 81 Mio.).

Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung

Die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen war bis anhin eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden und soll es grundsätzlich auch bleiben. Im Grundsatz richtig ist auch die heute bestehende Zuteilung der Verantwortlichkeit an den Kanton im Spitalbereich bzw. an die Gemeinden im Langzeitpflegebereich. Zu hinterfragen ist dagegen – unter dem Blickwinkel aufgabenteilungsspezifischer Grundsätze (vgl. Art. 43a BV) – die Mitfinanzierung durch die jeweils andere Staatsebene.

Eine konsequente Aufgabenentflechtung in dem Sinne, dass Entscheid- und Finanzierungszuständigkeit vollständig zusammengelegt werden, d. h. Akutsomatik beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden, war bereits schon im Rahmen des Projekts «Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden» ein Thema und ist seither immer wieder Gegenstand politischer Diskussionen. Sie wird auch mit der Vernehmlassung zur aktuellen GGpl breit gefordert.

Die Strategie 1 setzt sich zum Ziel, im Rahmen einer Neuordnung der Aufgaben und Lastenverteilung im Gesundheitswesen die Akutsomatik vollständig durch den Kanton zu finanzieren, während die Gemeinden die Langzeitpflege vollständig übernehmen. Diese Neuordnung muss Bestandteil einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenteilungskonzeption sein, die auch andere Aufgabenbereiche einbezieht. Sie berücksichtigt, dass an der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden gesamthaft keine wesentlichen Lastenverschiebungen stattfinden.

Bei einem Systemwechsel wie die Strategie 1 ihn vorsieht, änderte die Kostenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden markant. Die Budgetierung der Strategie 1 bezieht die Strategien 6–8 ein und geht im Akutbereich von Gesamtkosten von rund Fr. 434.2 Mio. aus. Da im Jahre 2012 der Strategiewechsel mit Sicherheit noch nicht realisiert sein wird, werden diese Kosten gemäss bisherigem Schlüssel verteilt, nach welchem in der Akutmedizin der Kanton 60% und die Gemeinden 40% der Kosten der stationären Behandlungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege tragen. In der Psychiatrie übernimmt der Kanton nach wie vor die gesamten Kosten. In den Kostenteiler einbezogen sind gemäss AFP 2011–14 dabei auch die Kosten der ausserkantonalen Hospitalisationen und aller stationären Rehabilitationen, welche nach bisherigem Recht der Kanton alleine zu tragen hätte (§ 23 Abs. 2 des Spitalgesetzes).

Strategie 2: Spitalliegenschaften des Kantons

Die Übertragung der Spitalliegenschaften ist Inhalt der Strategie 2. Das Normenkonzept für die Steuerung der Investitionen bezüglich der Frage der Übertragung der Spitalliegenschaften ist unter Führung des Departements Finanzen und Ressourcen in Erarbeitung. Die finanziellen Folgen sind vom Entscheid abhängig, in welchen auch der Grosse Rat einbezogen werden wird. Bekannt ist hingegen der finanzielle Bedarf für den Werterhalt und das mutmassliche Investitionsaufkommen der drei Kantonsspitäler und der Regionalspitäler in den nächsten 25 Jahren, welcher auf Fr. 2.5 Mia. veranschlagt wird. Die im Raum stehende Frage nach dem Bau eines Zentralspitals ist derzeit in Prüfung. Erste Schätzungen lassen vermuten, dass die Aufwendungen für die Immobilien dadurch noch höher würden.

Strategien 3–5: Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsschutz

Die Strategien 3–5 betreffen Aufgaben des Kantons und werden sein Budget wie bisher mit jährlich rund Fr. 4.7 Mio. belasten.

Strategien 6–8: Spitalversorgungskonzept, Spitalliste und Leistungsfinanzierung

Im Rahmen der Konzentration mengenkritischer und hochspezialisierter Therapien auf wenige Anbieter in der Schweiz wird der Kanton Aargau für seine Einwohnerinnen und Einwohner gewisse Leistungen nicht innerhalb des Kantons anbieten können. Er muss diese Leistungen ausserkantonale beziehen und dafür die zusätzlichen Kosten tragen. Im Aufgaben- und Finanzplan 2011–14 sind dafür jährlich 34 Mio. Franken zu Lasten des Kantons eingestellt und fallen hier unter die Strategie 6. Die Definition der hochspezialisierten Medizin folgt der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), welcher der Kanton Aargau mit Beschluss des Grossen Rates vom 6. Januar 2009 beigetreten ist.

Die Strategie 7 hat keine relevanten direkten Kostenfolgen. Ihr Potential liegt in einer mittelfristigen Kostendämpfung durch die örtliche Konzentration der Erbringung komplexer Leistungen. Dies gilt auch für die Strategie 8, welche die öffentliche Hand allerdings im Bereich der Leistungsfinanzierung erheblich belastet. Die finanziellen Dimensionen sind unter Strategie 1 bereits ausführlich dargelegt.

Strategien 9 und 10: Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung kostet die öffentliche Hand direkt nichts. Sie wird vollumfänglich von den Versicherern getragen. Im AFP sind pro Jahr Fr. 0.5 Mio. für die Förderung der Ausbildung von hausärztlichen Grundversorgern eingestellt. Durch die Zunahme ambulanter Tätigkeiten in den Spitälern im Rahmen der Verschiebung von stationär zu ambulant ist aufgrund der besseren Auslastung eine wirtschaftlichere Nutzung zu erwarten.

Strategie 11: Notfallversorgung

Soweit die Notfallversorgung im ambulanten Bereich stattfindet, ist sie durch die Versicherer gedeckt (vgl. Strategien 9 und 10). Im stationären Bereich wird die Versorgung von Notfällen durch die Spitäler sichergestellt und ist im Leistungsauftrag enthalten. Gewisse Leistungen sind immer oder teilweise mit einer Notfallbehandlung verbunden, andere gar nicht. Der hausspezifische Mix dieser Leistungen hat einen erheblichen Einfluss auf die Kostendeckung durch die stationäre Fallpauschale unter DRG. Ein allfälliger Ausgleich wird möglicherweise zu gegebener Zeit zu prüfen sein. Der Kanton beteiligt sich an der Organisation des hausärztlichen Notfalldienstes mit Fr. 270 000.– pro Jahr.

Strategie 12: Rettungswesen

Das Rettungswesen ist im Kanton Aargau vorderhand selbsttragend organisiert. Der Kanton leistet Beiträge an die Ausbildung von rund Fr. 55 000.– pro Jahr. Er beteiligt sich im Weiteren am Betrieb der kantonalen Einsatzleitstelle 144 (ELS 144) mit jährlich Fr. 470 000.–.

Strategie 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung

Die Unterstützung der Langzeitversorgung belastet nach den heutigen Vorstellungen in erster Linie die Gemeinden, welche die Restkosten tragen werden. Die quantitativen Ausführungen dazu wurden unter Strategie 1 gemacht. Der Betrieb der Clearingstelle wird den Gemeinden nach Aufwand belastet. Es ist vorgesehen, pro Abrechnung einen Preis zu verrechnen. Der Aufbau dieser Stelle befindet sich in der konzeptionellen Phase und lässt aktuell noch keine Aufwandschätzung zu. Die Belastung des Kantons durch Ergänzungsleistungen erhöht sich u.a. im Rahmen der höheren Vermögensfreibeträge per Saldo auf Fr. 136 Mio. im Jahr 2012. Es bleibt zu diskutieren, ob im Rahmen der neuen Finanzierung auch die Kosten der Ergänzungsleistungen an die Gemeinden übertragen werden oder ob sie beim Kanton bleiben.

Strategie 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung

Strategie 14 verursacht keine direkten Kosten. Sie strebt durch die Entlastung stationärer Strukturen und die Erhaltung einer hohen Selbständigkeit eine Aufwandsbegrenzung an.

Strategie 15: Übergangspflege

Das Angebot der Übergangspflege entspricht dem revidierten KVG und wird gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung bezahlt, wobei die Hotelleriekosten zu Lasten der Nutzer gehen. Die übrigen Kosten trägt der Kanton. Das Mengengerüst und damit die Grössenordnung dieser Kosten lassen sich aufgrund der bislang fehlenden Erfahrungswerte bezüglich Anzahl Patientinnen und Patienten in der Übergangspflege erst vermuten. Erste Zahlen aus dem Kanton Bern schätzen mit einem Bedarf von 2.2% aller, resp. 9.5% der

über 75-jährigen Patientinnen und Patienten pro Jahr. Das bedeutete für den Aargau jährlich rund 1900 Fälle in der Übergangspflege (Schlussbericht Projekt Übergangspflege im Kanton Bern 2005). Aufgrund der bisherigen Erfahrungen im Pilotprojekt Übergangspflege des Kantons Aargau rechnen die Verantwortlichen allerdings mit einem zögerlichen Gebrauch des Angebots. Es entstehen nach vorsichtiger Schätzung durch die spezielle Abrechnungsform pro Jahr maximale Kosten von Fr. 500 000.– zu Lasten der öffentlichen Hand.

Strategie 16: Hilfe und Pflege zu Hause

Für Unterstützungsleistungen der Spitex budgetiert der Kanton ab 2011 einen Betrag von Fr. 90 000.–.

Strategie 17: Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege

Für die Förderung der Freiwilligenarbeit erbringt der Kanton im Rahmen eines Kleinkredits Leistungen im Umfang von Fr. 1 Mio. über mehrere Jahre hinweg. Für 2012 sind Fr. 350 000.– eingestellt. Er will damit die nötigen Anreize schaffen und die Organisation der Vermittlungsstelle, der Nachbarschaftshilfe und der Angehörigenbetreuung aktiv unterstützen.

Strategie 18: Palliative Care

Die Leistungen der Palliative Care werden im Rahmen der Leistungsfinanzierung abgegolten und sind deshalb unter Strategie 1 bereits enthalten.

Strategie 19: Psychiatrie

Die Entwicklung der Fallzahlen ist bei den Bemerkungen zu Strategie 1 ausführlich dargestellt. Die Leistungsfinanzierung in der Psychiatrie kostet die öffentliche Hand ab 2012 rund Fr. 57 Mio. jährlich mit einer gewissen Steigerung über die kommenden Jahre und wird durch den Kanton getragen.

Strategie 20: Suchtberatung und Suchttherapie

Der Kanton ist gemäss § 36 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes für die Suchtberatung und -therapie verantwortlich und finanziert sie mit Fr. 5.7 Mio. pro Jahr. Dazu kommen rund 700 000.– Franken als Anteil von 28% gemäss Sozialhilfe- und Präventionsgesetz an den Fürsorgeleistungen. Im Rahmen der Sozialhilfe entstehen daraus auch den Gemeinden Aufwendungen die aufgrund der Erfahrungen aus den vergangenen Jahren mit 1.8 Mio. Franken pro Jahr eingesetzt werden können.

Strategie 21: Rehabilitation

Die Rehabilitation belastete die öffentliche Hand bisher finanziell nicht und wird sie ab 2012 Beiträge im Umfang von rund Fr. 23 Mio. kosten. Die Gemeinden sind davon mit Fr. 15 Mio. betroffen.

Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Für den AFP-Zeitraum 2011 bis 2014 rechnet der Kanton vorläufig mit keinen direkten Kosten.

Strategien 23 und 24: eHealth und Qualität

Die Strategien 23 und 24 haben keine direkten finanziellen Auswirkungen auf die öffentliche Hand.

Die folgenden Zusammenzüge dienen der Übersicht über die gemachten Aussagen. Sie listen alle im Jahr 2012 zu erwartenden Kosten gemäss heutigem Wissensstand auf und gehen dabei davon aus, dass sich der Kostenteiler Kanton/Gemeinden von 60%/40% nicht unmittelbar verändern wird. Auf Basis der vorliegenden Zahlen können aber die Auswirkungen des Strategiewechsels mit der Kantonalisierung der Akutsomatik einfach abgeschätzt werden. Zu berücksichtigen bleibt dabei die Klärung der Zuordnungsfrage bezüglich Ergänzungsleistungen (vgl. dazu die Ausführungen zu den finanziellen Auswirkungen von Strategie 14 weiter oben).

Gesamthaft präsentieren sich die Kosten 2012 wie folgt:

Budget 2012 in Mio. Franken		Kanton	Gemeinden
Strategie 1	Aufgaben- und Lastenverteilung, Spitalversorgungskonzept, und 6–8: Spitalliste und Leistungseinkauf	305.2	129.0 ¹⁾
Strategie 2:	Spitalliegenschaften	offen	0.0
Strategie 3:	Prävention	4.7	0.0
Strategie 4:	Gesundheitsförderung und allg. Prävention		0.0
Strategie 5:	Suchtprävention		0.0
Strategie 10:	Amb. Versorgung Niedergelassene	0.5	0.0
Strategie 11:	Notfallversorgung	0.3	0.0
Strategie 12:	Rettungswesen	0.5	0.0
Strategie 13:	Unterstützung in der Langzeitversorgung	136.0	46.0
Strategie 15:	Übergangspflege	0.3	0.2
Strategie 16:	Hilfe und Pflege zu Hause	0.1	> 20.0
Strategie 17:	Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege	0.4	0.0
Strategie 19:	Psychiatrie	57.0	0.0
Strategie 20:	Suchtberatung und Suchttherapie	6.4	1.8
Strategie 21:	Rehabilitation	23.0	15.0
Total		534.4	> 212.0
2009		374.4	103.1
Abweichung		42.7 %	105.6 %

¹⁾ Exklusiv Direktzahlungen der Gemeinden an die Spezialkliniken.

4. Übergeordnete Strategie

4.1 Grundsätze der aargauischen Gesundheitspolitik

Ausgehend vom verfassungsrechtlichen Auftrag in § 41 KV soll die Gesundheitspolitische Gesamtplanung in den Bereichen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung Eckpfeiler definieren, die sich nach den nachstehenden Grundsätzen richten. Diese Grundsätze sind gleichsam Parameter für die Strategien in den einzelnen Themenbereichen.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit hat unter anderem eine wirtschaftliche und eine physische Dimension. Das bedeutet:

- Kein Einwohner des Kantons Aargau darf aufgrund seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen diskriminiert werden.
- Der Zugang der Patientinnen und Patienten zu den Akutspitälern innert nützlicher Frist muss gewährleistet sein. Berücksichtigt werden insbesondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien.

Zuverlässigkeit

Das Gesundheitswesen im Kanton Aargau dient dem Wohl der Bevölkerung. Das heisst, die Leistungserbringer müssen sich bei einer Inanspruchnahme als zuverlässig erweisen. Jedoch sollte eine missbräuchliche Ausnutzung durch die Leistungsnehmer verhindert werden.

Leistungsfähigkeit

Das Gesundheitswesen im Kanton Aargau ist auf einen bewährten und kalkulierten «Normalverbrauch» ausgerichtet. Für Spitzenbelastungen werden Dispositive entwickelt, welche in solchen Ausnahmefällen zum Tragen kommen. Das System ist deshalb offen zu gestalten, so dass sowohl im Bereich der Gesundheitsvorsorge, als auch im Bereich der Gesundheitsversorgung Zusammenarbeiten möglich sind, um so entstehende Synergien zu nutzen.

Wirtschaftlichkeit

Die Kostenentwicklung muss in kontrollierbare Bahnen gebracht werden. Die Auswirkungen von externen Faktoren sind klar zu dokumentieren. Steigerungen im Ressourcenverbrauch, welche nicht durch externe Faktoren oder eine berechtigte Steigerung der Inanspruchnahme bedingt sind, müssen vermieden werden.

Angemessenheit

Ein zentraler Grundsatz ist die Angemessenheit der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Die medizinischen Möglichkeiten steigen exponentiell. Damit stellt sich immer wieder auch die Frage, welches medizinische Angebot im Kanton Aargau vorhanden sein soll, bzw. was die Bevölkerung bereit ist, dafür aufzuwenden. Angemessene Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung stehen in bewusster Abgrenzung zur maximalen Versorgung.

Freiheitlichkeit

Die Einflussnahme des Kantons beschränkt sich auf die gesetzlich vorgeschriebene. Im Grundsatz sollen marktähnliche Verhältnisse bestehen, welche aber durch versorgungspolitische Prioritäten – insbesondere KVG-Vorgaben – übersteuert werden können.

4.2 Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen als Kostenfaktor zu betrachten, greift zu kurz. Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in der Schweiz ist enorm.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung lässt sich in die drei Bereiche Arbeitgeber, Wirtschaftsfaktor und Nachfragefaktor gliedern.

Gesundheitswesen als Arbeitgeber

In der Schweiz sind gemäss einer Studie der INFRAS aus dem Jahr 2006 rund 408 000 Vollzeitäquivalente (Gesamtarbeitsvolumen durch Stundenzahl dividiert) mit dem Gesundheitssektor verbunden. Eine Veröffentlichung von «vernunft-schweiz» ermittelt für das Jahr 2006 im Gesundheits- und Sozialwesen in der Schweiz rund 429 000 Vollzeitäquivalente. Auf den Kanton Aargau umgerechnet dürften somit deutlich über 30 000 Personen im Gesundheitssektor tätig sein.

Im Spitalsektor sind gemäss einer Studie der BAK (Basel Economics) aus dem Jahr 2007 rund 4% der Erwerbstätigen oder rund 180 000 Personen im Spitalbereich angestellt. Umgerechnet auf den Kanton Aargau ergibt dies ca. 12 000 Personen.

Der Kanton Aargau weist von allen Nicht-Universitätskantonen in absoluten Zahlen mit Abstand am meisten Beschäftigte in Spitälern aus.

Die Spitäler im Kanton Aargau sind eine wichtige Ausbildungsstätte. Jährlich werden über 1500 Ausbildungsstellen in diesem Sektor angeboten, was einer Ausbildungsquote von ca. 12.5% entspricht.

Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor

Die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz betragen im Jahr 2007 gemäss Bundesamt für Statistik Fr. 55.2 Mia. und machen rund 10.6% des Bruttoinlandproduktes aus. Umgerechnet auf den Kanton Aargau ergibt dies den stolzen Betrag von rund Fr. 3 Mia. (BIP AG 2005 = Fr. 27.9 Mia. – Statistisches Jahrbuch Kanton Aargau 2009).

Der Ertrag der Aargauer Spitäler und Kliniken beläuft sich in etwa auf Fr. 1.4 Mia. (Schätzung für das Jahr 2008). Davon ausgehend, dass rund 70% Lohnkosten sind, errechnet sich daraus eine Lohnsumme von Fr. 980 Mio., welche wiederum grostenteils im Kanton Aargau versteuert und in den Wirtschaftskreislauf eingebracht wird.

Gesundheitswesen als Nachfragefaktor

Ein Grossteil der ausbezahlten Lohnsumme von rund Fr. 1 Mia. werden als Steuern eingesetzt oder fliessen als Konsumausgaben der Wirtschaft des Kantons Aargau zu.

Die Aargauer Spitäler und Kliniken sind namhafte Auftraggeber für eine Reihe anderer Wirtschaftszweige wie zum Beispiel aus Bereichen des medizinischen Bedarfs, Lebensmittel, Energie, Wasser, Gebaueunterhalt usw. Auf diese Weise fliessen weitere Fr. 400–500 Mio. in die Wirtschaft des Kantons Aargau ein.

Mehrere Studien beschäftigen sich mit dem Multiplikatoreffekt, der als Faktor in der Volkswirtschaft dient. Er gibt an, in welchem Umfang ursprüngliche Investitionsausgaben eine Vervielfaltigungswirkung auslösen.

Für die Spitäler und Kliniken in der Zentralschweiz wurde eine Studie der Fachhochschule für Wirtschaft in Luzern verwendet, die einen Multiplikatoreffekt zwischen 1.2 bis 1.6 ergab. Im Kanton Bern zeigte diese Erhebung bei diversen Spitälern Werte zwischen 1.3 bis 2.0.

Bei analog zur Luzerner Studie angesetzten Werten zwischen 1.2 und 1.6 würde dies für den Kanton Aargau einen Geldfluss (Volkseinkommen) von Fr. 1.7 bis 2.2 Mia. erzeugen.

4.3 bergeordnete Strategie

Die Strategien der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung bauen auf den Grundsätzen der aargauischen Gesundheitspolitik auf: Zugänglichkeit, Zuverlässigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Freiheitlichkeit. Sie konkretisieren demnach die grundsätzliche Ausrichtung des Gesundheitswesens im Kanton Aargau und zielen im Sinn der Kantonsverfassung auf eine qualitativ gute und quantitativ angemessene Gesundheitsvorsorge und -versorgung ab.

Die aargauische Gesundheitspolitik ist auf Versorgungssicherheit ausgerichtet und berücksichtigt dabei den Auftrag in § 41 der Kantonsverfassung. Sie setzt dies in eigenen Gesetzgebungen um und stützt sich dabei auf mittel- und langfristige Strategien, Pläne und Konzeptionen ab. Gleichzeitig berücksichtigt sie die Rahmenbedingungen, die durch die bundesrechtlichen

Erlasse – insbesondere durch die Krankenversicherungsgesetzgebung – und die Rechtsprechung gesetzt werden.

Die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen soll aus der Sicht aller Beteiligten angemessen sein und vertretbaren Ansprüchen genügen. Die Leistungen müssen dabei mit hoher Zuverlässigkeit sowohl in konstanter Qualität als auch mit grösstmöglichem Kostenbewusstsein erbracht werden.

Kanton und Gemeinden, sämtliche Institutionen des Gesundheitswesens sowie die Bevölkerung sind aufgerufen, gemeinsam Verantwortung zu übernehmen und gemeinsam Aufgaben zu lösen. Dabei geht es insbesondere um Massnahmen, die im Spannungsfeld der Ziele der Gesundheitspolitik und der Erfordernis der Kostendämpfung umgesetzt werden können.

Sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite sollen marktähnliche Verhältnisse geschaffen werden, wobei diese durch versorgungspolitische Prioritäten übersteuert werden können. Die finanziellen Mittel müssen effizient und effektiv eingesetzt werden. Vernetzung, Integration, Koordination und Synergienutzung sind auf allen Ebenen gleichermassen wichtig und müssen sich entsprechend konkretisieren.

Der medizinische Fortschritt und die demografische Veränderung bedingen ein flexibles Versorgungssystem, das sich relevanten Entwicklungen bedarfsgerecht anpasst und gleichzeitig die optimale Verwendung der öffentlichen Mittel im Auge hat. Die Ausgestaltung des Systems basiert dabei auf einer durchschnittlichen Beanspruchung der verfügbaren Leistungen. Gleichzeitig ist das System in der Lage, Ausnahmesituationen auf der Grundlage von Notfall-Dispositiven gerecht zu werden.

Prävention und Gesundheitsförderung sind in allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens integrierende Bestandteile der gesundheitspolitischen Anstrengungen. Gesundheitsfördernde Umweltbedingungen und eigenverantwortliches Handeln sind zentrale Bestandteile dieser Bemühungen, die in Zukunft verstärkt werden müssen.

Nachdem der Regierungsrat in den vergangenen Jahren mit der Verselbstständigung der Kantonsspitäler und der Organisation des Leistungseinkaufs bereits verschiedene Weichenstellungen vorgenommen hat, die sowohl den gesundheits- als auch den finanzpolitischen Zielen entsprechen, steht nun aufgrund der neuen bundesrechtlichen Vorgaben die Konsolidierung und Akzentuierung dieser Ziele im Vordergrund.

Die Erfüllung der gesundheitspolitischen Ziele wird für die öffentliche Hand aufgrund der Kostenverschiebung zu ihren Lasten auf längere Sicht schwieriger. Umso wichtiger ist, dass die aus der übergeordneten Strategie abgeleiteten Handlungsfelder und nachfolgenden Massnahmen kohärent und komplementär sind.

Übergeordnete Strategie:

Kanton und Gemeinden streben gemeinsam eine dem gesetzlichen Versorgungsauftrag entsprechende bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung an, welche:

- die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Bevölkerung fördert;
- Selbstständigkeit und Würde der Betroffenen hochachtet;
- interkantonale Koordination und Kooperation gemäss dem Entwicklungsleitbild des Kantons Aargau einschliesst;
- Leistungen nach Aspekten der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit konzentriert anbietet;
- integrierte Versorgungsmodelle mit Einbezug der Vor- und Nachsorge fördert;
- ambulanten vor den stationären Leistungen den Vorzug gibt;
- ein optimales Verhältnis von Qualität und Preis aufweist;
- die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in ihre Überlegungen mit einbezieht;
- Aufgaben und Finanzen konsequent miteinander verknüpft und eine Kostenentwicklung anstrebt, welche auf die Dauer nicht über dem Wirtschaftswachstum liegt;
- Wettbewerbsverzerrungen verhindert.

Bemerkungen zu den einzelnen Elementen der übergeordneten Strategie:

Die übergeordnete Strategie leitet sich aus den sie überlagernden Grundsätzen der aargauischen Gesundheitspolitik ab und ist Ausgangspunkt für die Formulierung der Strategien in den einzelnen Themenbereichen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung. Dabei handelt es sich um den Kern an handlungsrelevanten Aussagen für die Umsetzung der einzelnen Strategien. Wesentliche Aussagen sind im Entwicklungsleitbild des Regierungsrats 2009–2018 niedergelegt und finden sich sowohl in der übergeordneten Strategie als auch in den Strategien zu den verschiedenen Themenbereichen.

- **Eigenverantwortung der Bevölkerung** (Strategien 4, 17): Die Ansprüche an die Gesundheitspolitik bzw. an die Erfüllung des Versorgungsauftrags hängen ab vom Mass an Eigenverantwortung der Bevölkerung. Die Bevölkerung kann durch eigenverantwortliches und gesundheitsförderndes Verhalten selber einen grossen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge (und damit zur Vermeidung von kostenintensiven reparativen Massnahmen) leisten. Gleichzeitig kann ihr Engagement in der Pflege von Familienangehörigen den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern. Zur Förderung der

Eigenverantwortung gehört auch, dass Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten gesetzt werden. Der präventive Ansatz ist in verschiedenen Gesundheitsprogrammen verankert. Darüber hinaus finden sich in der Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, in der Schule und Berufsbildung, wie auch im Umwelt- und Sicherheitsbereich massgebliche präventive Elemente.

- **Selbstständigkeit und Würde der Betroffenen** (Strategien 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20): Die Menschen, die in der ambulanten und stationären Akut- und Langzeitversorgung im engeren Sinn als Direktbetroffene zu bezeichnen sind, haben besondere Bedürfnisse in Bezug auf die Erhaltung ihrer Selbstständigkeit und den Respekt vor ihrer Würde. Deshalb braucht es auf sämtlichen Versorgungsebenen sowohl ausgeprägte Sensibilitäten für die Selbstständigkeit und Würde der Betroffenen, als auch strategische Weichenstellungen. Die Palette umfasst:
 - die konsequente Umsetzung des Primats von ambulanten vor stationären Infrastrukturen;
 - die Verhinderung von Sozialhilfeabhängigkeit durch den Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung;
 - die Schaffung von modernen, integrierten Versorgungskonzepten in der Psychiatrie;
 - die selbstverständliche Einrichtung von Strukturen der Palliative Care.
- **Interkantonale Koordination und Kooperation** (Strategien 6, 19, 21): Die Kantone stossen als abgeschlossene Planungs- und Versorgungsräume zusehends an ihre Grenzen. Die OECD hat festgestellt, dass diese kleinräumige Planung einer der wesentlichen Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen ist. Die Bundesgesetzgebung sieht die interkantonale Zusammenarbeit deshalb ausdrücklich und verpflichtend vor. Aussenbeziehungen, Partnerschaften und Kooperationen sind dabei sowohl unter quantitativen als auch qualitativen Aspekten sowie mit Blick auf den optimalen Mitteleinsatz zu pflegen bzw. einzugehen. Der Konzentration von spezialisierten und insbesondere hochspezialisierten medizinischen Leistungen ist dabei ein besonderes Augenmerk zu widmen. Gleichzeitig bieten sich Psychiatrie und Rehabilitation als zukunftssträchtige Kooperationsfelder an.
- **Konzentriertes Leistungsangebot** (Strategie 6): Die fortschreitende Spezialisierung der Medizin erzeugt nicht nur Handlungsbedarf aufgrund der steigenden Kosten und Mengen an Leistungen, sondern auch bezüglich Qualität und der Sicherstellung ausreichender Fallzahlen. Eine Konzentration des Leistungsangebots berücksichtigt sowohl volks- und betriebswirtschaftliche Aspekte als auch die Ziele der Versorgungssicherheit und -qualität. Zudem können allfällige Überkapazitäten eliminiert werden.
- **Integrierte Versorgung** (Strategie 6): Der Zusammenschluss von Leistungserbringern zum Zweck einer koordinierten medizinischen Versorgung gewinnt unter dem Kostendruck zunehmend an Bedeutung.

Integrierte Versorgungskonzepte werden in Zukunft sowohl unter dem Titel Patientennutzen als auch unter jenem des Kostennutzens umgesetzt werden. Auf politischer Ebene werden Anreize für entsprechende Managed-Care-Versicherungsmodelle gesetzt. Bei sachgerechter Umsetzung sind für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler (die gleichzeitig Steuerzahlerinnen und Steuerzahler sind), für die Patientinnen und Patienten ebenso wie für die öffentliche Hand und die Krankenversicherer positive versorgungs- und finanzpolitische Effekte zu erwarten.

- **Sicherstellung der Vor- und Nachsorge** (Strategien 6, 15, 16, 17, 19): Eine patientennahe Versorgung, die sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit umfasst, ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Die Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen müssen diesem Anspruch genügen. Sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitversorgung stehen integrierte Versorgungssysteme im Vordergrund. Besondere Bedeutung entfalten diese an der Schnittstelle der beiden Systeme. Es braucht zu diesem Zweck:
 - Ein sachgerechtes und patientennahes Angebot in der Übergangspflege (das über die bundesrechtliche Lösung der Akut- und Übergangspflege hinausgeht);
 - die zielgerichtete und bedarfsgerechte Entwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause;
 - die Förderung der Freiwilligenarbeit (und der Verwandtenpflege).
- **Ambulante vor stationären Strukturen** (Strategien 6, 9, 10, 16, 21): Patientinnen und Patienten haben eine hohe Bindung zu ihren familiären und häuslichen Strukturen sowie zu ihrem vertrauten sozialen Umfeld. Deshalb sind Versorgungskonzepten, welche die ambulanten vor den stationären Strukturen stärken, der Vorzug zu geben. Voraussetzung ist, dass die ambulanten Strukturen dem objektiven Bedarf der Patientinnen und Patienten gerecht werden. Weiter muss sichergestellt sein, dass das familiäre und soziale Umfeld einen Rahmen gibt, der eine ambulante Versorgung als sachgerecht erscheinen lässt. Ebenso ist auch der Ausgestaltung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Versorgung Beachtung zu schenken.

Auch bezüglich der Kosten hat die ambulante gegenüber der stationären Versorgung oft klare Vorteile. Die in allen Versorgungsbereichen zu beobachtende Verlagerung zur ambulanten Versorgung wird sich kostendämpfend auswirken und sich auch in neuen Finanzierungsmodellen zwischen den Kostenträgern im Gesundheitswesen niederschlagen. Dabei gilt natürlich, dass auch ein ambulantes Angebot wirtschaftlich und zweckmässig sein muss.
- **Optimales Verhältnis von Qualität und Preis** (Strategien 6, 8, 22, 23, 24): Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen und die Qualitätssicherung sind zentrale Parameter in der revidierten Krankenversicherungsgesetzgebung. Die Qualität der Leistungserbringung hat vor diesem Hintergrund in bestmöglicher Weise mit den Kosten zu korrelieren. Gleichzeitig sind

transparente und vergleichbare Verhältnisse zu schaffen. Unterstützt wird dieses Anliegen durch die diagnosebezogenen Fallpauschalen, die eine einheitliche Tarifstruktur bringen und einen Vergleich der Spitalkosten über die Kantonsgrenzen hinweg erlauben. In der Folge sind Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, die inner- und interkantonale Koordination und Kooperation sowie die Leistungsfinanzierung und die Qualitätsmessung anzupassen und zu konkretisieren. Nicht zu vergessen sind dabei die Umfeldfaktoren, die Qualitäts- und Preisentwicklung sowie deren Korrelation. Stichworte dazu sind etwa der Zugang der Institutionen zu genügend und ausreichend qualifiziertem Personal oder die Möglichkeiten von eHealth-Instrumenten zum Nutzen der Leistungserbringer.

- **Volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens** (Strategien 6, 21, 22): Das Gesundheitswesen ist in der staatlichen Aufgabenerfüllung nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch ein wesentlicher Treiber als Arbeitgeber, Wirtschafts- und Nachfragefaktor. Diese Feststellung ist wichtig in Bezug auf die Positionierung der Gesundheitspolitik, die nicht nur dem verfassungsmässigen Versorgungsauftrag, sondern auch der allgemeinen Wohlfahrt und der sozialen Sicherheit verpflichtet ist. Die Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Bedeutung wird explizit erwähnt im Kontext der Rehabilitation und ihren Einrichtungen, aber auch bei der angestrebten Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen.
- **Verhindern von Wettbewerbsverzerrungen** (Strategien 7, 8, 22): Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung werden die Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung gestärkt. Wettbewerbselemente sind insbesondere die freie Spitalwahl, die Leistungsfinanzierung sowie die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitälern. Die Verhinderung von Wettbewerbsverzerrungen hat insbesondere bei der Erstellung der neuen Spital- und Pflegeheimliste sowie bei der Leistungsfinanzierung höchste Priorität. Gleich lange Spiesse sind dabei nicht nur für die Wettbewerber im Gesundheitswesen, sondern auch für die Kostenträger von Bedeutung, indem Transparenz und Kostenwahrheit gefördert werden.

5. Strategien in der Gesundheitspolitischen Planung

5.1 Zuständigkeiten und Finanzen

Mit der Teilrevision des Spitalgesetzes per 1.1.2012 und der Teilrevision des Pflegegesetzes per 1.1.2011 werden sowohl die Zuständigkeiten wie auch die Finanzierung festgelegt.

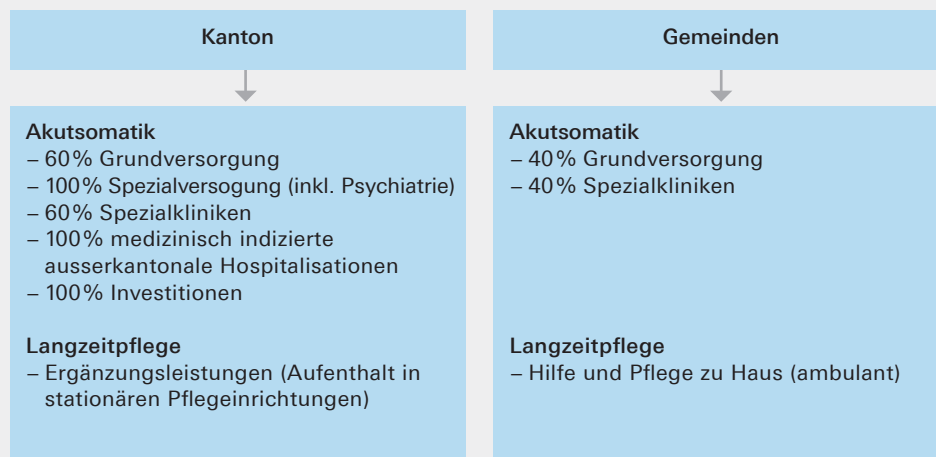
Durch die Vorgaben der KVG-Revision muss der Kanton die Mechanismen der Finanzierung neu regeln.

5.1.1 Themenbereich 1: Aufgaben- und Lastenverteilung

Beschreibung:

Kanton und Gemeinden teilen sich die Zuständigkeiten im Gesundheitswesen (Verbundaufgabe). Im Spitalbereich (Akutsomatik) liegt die grundsätzliche Zuständigkeit beim Kanton. Die Gemeinden sind Mitfinanzierer. Im Bereich der Langzeitpflege liegt die Zuständigkeit grundsätzlich bei den Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich im Rahmen der Ergänzungsleistungen an den Kosten des Aufenthalts in stationären Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 9: Bisherige Finanzierungszuständigkeiten von Kanton und Gemeinden im Gesundheitswesen



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Ausgangslage:

Die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen war bis anhin eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden und soll es grundsätzlich auch bleiben. Im Grundsatz richtig ist auch die heute bestehende Zuteilung der Verantwortlichkeit an den Kanton im Spitalbereich bzw. an die Gemeinden im Langzeitpflegebereich. Zu hinterfragen ist dagegen – unter dem Blickwinkel aufgabenteilungsspezifischer Grundsätze (vgl. Art. 43a BV) – die Mitfinanzierung durch die jeweils andere Staatsebene.

Eine konsequente Aufgabenentflechtung in dem Sinne, dass Entscheid- und Finanzierungszuständigkeit vollständig zusammengelegt werden, d. h. die Zuordnung der Akutsomatik zum Kanton bzw. der Langzeitpflege zu den Gemeinden, war bereits schon im Rahmen des Projekts «Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden» ein Thema und ist seither periodisch Gegenstand politischer Diskussionen. Sie wird auch mit der Vernehmlassung zur aktuellen GGpl breit gefordert.

Sachlich gibt es kaum Argumente, die gegen eine solche Entflechtung sprechen würden. Es sind primär finanzpolitische Überlegungen, die eine Umsetzung erschweren.

Der Umstand einerseits, dass sich als Folge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und im Bereich der Pflegefinanzierung erhebliche Mehrkosten ergeben (vgl. dazu die detaillierten Zahlen in Kapitel 3.6), andererseits aber auch die Erkenntnis, dass in anderen Politikbereichen ebenfalls aufgabenteilungsspezifische Fragestellungen anstehen, die eine über das Gesundheitswesen hinausgehende übergeordnete Betrachtung erlauben, sprechen dafür, das Thema der konsequenten Aufgabenentflechtung im Gesundheitswesen als Strategie aufzunehmen. Auch andere Kantone, so insbesondere der Kanton Zürich, nehmen die kantonale Umsetzung der Spital- und Pflegefinanzierung zum Anlass, die Aufgabenentflechtung im Akutsomatik- und Langzeitbereich zu realisieren.

Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung

Die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton bzw. der Langzeitpflege durch die Gemeinden wird angestrebt.

Die Umsetzung erfolgt bis spätestens 31.12.2013 im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilung, unter Einbezug weiterer Aufgabenbereiche mit der Zielsetzung, an der aktuellen gesamthaften Lastenverteilung Kanton und Gemeinden festzuhalten. Dabei werden alle Entlastungsfaktoren, wie zum Beispiel die neue Regelung bei der Investitionsfinanzierung einbezogen.

Kommentar:

Die Aufgabenentflechtung im Bereich des Gesundheitswesens soll und kann nicht isoliert realisiert werden. Bei einer Kantonalisierung der Akutsomatik werden zu Beginn Lasten in der Grössenordnung von deutlich über 100 Mio. Franken von den Gemeinden auf den Kanton übergehen. Vor dem realistischen Hintergrund, dass eine Neuordnung der Aufgaben- und Lastenverteilung insgesamt, d. h. über alle einbezogenen Aufgabenbereiche, zu keinen Lastenverschiebungen zwischen Kanton und Gemeinden führen darf, muss eine Aufgabenentflechtung im Gesundheitswesen in eine übergeordnete Aufgaben- und Lastenteilungskonzeption eingebettet werden können, die über alles eine für Kanton und Gemeinden tragbare Lösung vorsieht.

Vom Zeithorizont her benötigt die Umsetzung dieser Strategie mit Sicherheit einige Zeit. In Bezug auf die ab 2011 (Pflegefinanzierung) bzw. 2012 (Spitalfinanzierung) wirkende Umsetzung der KVG-Revision bedeutet dies, dass die aktuelle Aufgaben- und Lastenverteilung unter Berücksichtigung der daraus resultierenden Mehrkosten vorläufig beibehalten wird. Zu Beginn wird es damit im Gesundheitswesen grundsätzlich beim bisherigen Verteilungsschlüssel bleiben (vgl. Abbildung 8). Nach dem Willen des Grossen Rates wird aber die Neuordnung der übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilungskonzeption bis am 31.12.2013 zu realisieren sein. Diese wird bei der Aufteilung der Lasten im Gesundheitswesen zu Verschiebungen führen, darf jedoch im Rahmen des übergeordneten Gesamtpakets gesamthaft zu keinen Lastenverschiebungen zum Kanton oder zu den Gemeinden führen. Dieses Vorhaben setzt selbstredend die Kooperation aller Partner voraus.

5.1.2 Themenbereich 2: Spitalliegenschaften

Beschreibung:

Die neue Spitalfinanzierung legt fest, dass in der Fallkostenpauschale ein Investitionskostenanteil eingerechnet wird. Es stellt sich dabei die Frage der Eigentümerschaft an den Spitalliegenschaften und damit verbunden, an wen der Investitionskostenanteil zu entrichten ist. Die Spitäler – speziell auch die direkt betroffenen drei kantonalen Häuser – und die VAKA sind überzeugt, dass eine volle Übernahme der Liegenschaft einschliesslich des Grundstücks durch die Kantonsspitäler richtig ist. Sie weisen gleichzeitig darauf hin, dass gleich lange Spiesse herrschen müssen. Es sollen damit Wettbewerbsverzerrungen vermieden und Altlasten mit Investitionsrückständen ausgeglichen werden.

Der Regierungsrat hat dem Departement Finanzen und Ressourcen den Auftrag für die Erarbeitung eines Normenkonzepts für die Steuerung der Investitionen bezüglich der Frage der Übertragung der Spitalliegenschaften erteilt. Dazu sind mehrere Varianten in Diskussion. Über das Vorgehen wird der Grosse Rat zu gegebenem Zeitpunkt zu entscheiden haben.

Strategie 2: Spitalliegenschaften

Der Kanton überträgt den Kantonsspitalern die betriebsnotwendigen Spitalliegenschaften inkl. Grundstücken und überbindet den Regionalspitalern die Amortisation und Verzinsung des Sollbestandes ihrer kantonalen Bauschulden per 1.1.2012 derart, dass die Spitäler ab 2012 zu wettbewerbsfähigen Bedingungen wirtschaften können.

Kommentar:

Die Lösung muss sowohl den Vorgaben aus der KVG-Revision als auch ökonomischen Überlegungen Stand halten.

Aufgrund der unternehmerischen Verantwortung der Spitäler ist es folgerichtig, ihnen das Eigentum und damit auch die Verantwortung für die Spitalliegenschaften zu übertragen. Es ist aus heutiger Sicht schwierig, einen Finanz- bzw. Investitionsbedarf für eine gleiche Ausgangslage aller Häuser abzuschätzen. Beim gesamten Investitionsbedarf unterscheidet man zwischen dem Investitionsbedarf Bau und dem Investitionsbedarf Medizintechnik. Beim Investitionsbedarf Bau ist wiederum zu differenzieren zwischen Unterhalt und Erneuerung. Eine Ausgangslage muss rechtzeitig definiert werden. Um die Herstellung der Wettbewerbsfähigkeit geht es auch bei den Regionalspitälern (vgl. Strategie 6), wobei dort nicht die Besitzerrechte übergeben werden müssen, sondern lediglich für eine gleichwertige Ausgangslage gesorgt werden muss. Die Regionalspitäler werden ab 1.1.2012 zudem die vom Kanton noch nicht abbezahlten Investitionen amortisieren und verzinsen.

Ab dem Jahr 2012 werden die Investitionskosten Teil der Fallpauschalen sein und somit von der öffentlichen Hand (mindestens 55 %) sowie neu von den Versicherern (höchstens 45 %) finanziert. Soweit die Spitäler ihre Investitionen nicht aus dem in der Fallpauschale enthaltenen Investitionskostenanteil finanzieren können, müssen sie Fremdkapital (z. B. Bankenhypothesen oder Darlehen des Kantons) aufnehmen. Dies gilt in gleicher Weise auch für die Kantonsspitäler, wenn die betriebsnotwendigen Spitalliegenschaften auf die Spitalaktiengesellschaften übertragen sein werden. Für diese Übertragung braucht es ein Dekret des Grossen Rates, damit das Spitalgesetz entsprechend geändert werden kann (vgl. § 28 SpiG).

Über die Investitionen entscheidet gemäss den Absichten des Bundesgesetzgebers die Unternehmensführung. Ob eine Investition betriebswirtschaftlich tragbar ist, hat sie im Lichte des Business-Planes zu entscheiden. Um derartige Entscheide fällen zu können, brauchen die Häuser Planungssicherheit. Nicht amortisierbare Investitionen führen zu Verlusten, welche schlussendlich zur Einstellung der Geschäftstätigkeit führen können.

Zu klären sind allfällige verbleibende Kontrollmöglichkeiten des Kantons bezüglich dem Investitionsverhalten der Spitäler, da er Investitionen im Spitalbereich zu mindestens 55 % mitfinanziert.

5.2 Gesundheitsvorsorge – Gesundheitsschutz

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheit wird beeinflusst:

- von den biologisch-genetischen Veranlagungen des Menschen;
- von den medizinischen Möglichkeiten;
- vom individuellen Lebensstil;
- von verschiedensten Umweltfaktoren, wie zum Beispiel der Luft- und Lärmbelastung.

Die persönlich wahrgenommene Gesundheit kann insbesondere durch Beeinflussung des eigenen Lebensstils und der Umweltfaktoren verbessert werden. Dieser Umstand ist bisher zu wenig aktiviert worden. So wird die Gesundheit zum Beispiel durch den sozialen Zusammenhalt gestärkt. Die Luftqualität, der Umgebungslärm usw. sind weitere beeinflussende Elemente. Viele Bereiche der Politik, sowohl auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene, haben Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. So etwa die Wirtschafts-, Suchtmittel-, Umwelt-, Verkehrs-, Energie- und Landwirtschaftspolitik.

Was heisst «Gesundheitsförderung» und «Prävention»?

Unter Gesundheitsförderung werden alle Massnahmen verstanden, die der Stärkung der Gesundheit dienen. Sie können vom Staat, von Privaten oder von beiden gemeinsam ergriffen werden.

Die Prävention ist spezifischer auf bestimmte Krankheiten ausgerichtet und umfasst Massnahmen, die deren Vorbeugung oder Verhütung dienen.

Gesundheitsförderung soll das Gesundheitspotenzial eines Menschen oder einer ganzen Bevölkerungsgruppe erhalten oder erhöhen. Prävention versucht, krankmachende Ursachen zu vermindern oder auszuschalten.

Der Ansatz der Krankheits-Prävention ist seit Jahrhunderten bekannt. Von den alten Chinesen ist der Leitsatz «Vorbeugen ist besser als Heilen» überliefert worden. Dabei gilt es, durch gezielte Massnahmen bestimmte Krankheiten oder Unfälle zu verhüten. Wirksame Präventionsmassnahmen gegen übertragbare Krankheiten sind schon seit langem bekannt, wie zum Beispiel Trinkwasserhygiene oder Impfungen.

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt worden. Es gilt als Ergänzung zur Krankheits-Prävention und hat sich ebenfalls bewährt.

Dieses moderne Verständnis der Gesundheitsförderung beruht auf der Ottawa-Charta, die 1986 an der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz in Ottawa (Kanada) verfasst wurde. Sie definiert Gesundheitsförderung wie folgt:

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, beziehungsweise verändern können.»

Ein wichtiger Grundsatz dieser Charta ist, dass von den Gesundheitsressourcen und deren Möglichkeiten (salutogenetischer Ansatz) ausgegangen wird und nicht von der blossen Abwesenheit von Krankheit (pathogenetischer Ansatz).

Eine moderne Strategie der öffentlichen Gesundheit, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung bei beschränkten Ressourcen erhalten und fördern will, berücksichtigt alle wesentlichen Einflussfaktoren. In Ergänzung werden Konzepte von Krankheits- und Unfallprävention und Gesundheitsförderung eingesetzt. Dabei ist es denkbar, dass präventive Zielsetzungen wie zum Beispiel «weniger Jugendliche beginnen zu rauchen» angestrebt werden. Dieses Ziel wird wiederum unterstützt mit Methoden der Gesundheitsförderung wie zum Beispiel «die Jugendlichen werden befähigt, dem Gruppendruck zu widerstehen». Allgemein gilt es, Risiken und Belastungen zu vermindern und Ressourcen zu stärken.

Situation im Kanton Aargau

Prävention und Gesundheitsförderung haben im Kanton Aargau eine lange Tradition. Im Jahr 1976 konstituierte sich die kantonale Kommission für sozial- und präventivmedizinische Fragen. Bereits im Regierungsprogramm 1981–1985 hob die Regierung die besondere Bedeutung der Gesundheitserziehung und der Information für die ganze Bevölkerung hervor. Eine eigenständige Sektion «Präventivmedizin und Gesundheitsförderung» besteht seit 1984 im kantonsärztlichen Dienst.

Der Kanton setzt sich im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung für günstige Rahmenbedingungen sowie für ein gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Verhalten aller Menschen in jedem Alter ein.

Die Weiterentwicklung in Richtung eines ziel- und wirkungsorientierten Interventionsansatzes wurde durch die Regierung beschlossen. Dabei wird vor allem der Setting-Ansatz (Lebenswelten-Ansatz) verfolgt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten bietet die Möglichkeit, sozial- und geschlechterbedingten gesundheitlichen Unterschieden vorzubeugen und ist umfassender als der themenorientierte Ansatz, da verschiedene Themen aufgegriffen werden können. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Intensivierung der Kommunikation zu. So ist zum Beispiel ein Logo eingeführt worden, das im Zusammenhang mit präventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen verwendet wird.

Zahlreiche Gemeinden, Schulen sowie private Organisationen bzw. Personen (Apotheken, Ärzte, Stiftungen usw.) sind neben dem Kanton in diesem Bereich aktiv. Der Kanton hat unter anderem mit einigen privaten Träger-schaften Leistungsverträge abgeschlossen und ist für die Koordination der Angebote zuständig.

Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zum Gesundheitsschutz sind:

- Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten;
- Allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten und Unfällen;
- Suchtprävention.

5.2.1 Themenbereich 3: Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Beschreibung:

Das Epidemiengesetz (EpG) definiert die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und bringt dessen Bedeutung zum Ausdruck. Es verpflichtet den Bund und vor allem die Kantone, die nötigen Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu treffen. Daneben enthalten Spezialgesetze, wie Lebensmittelgesetz, Gentechnikgesetz, Tierseuchengesetz usw. ebenfalls Bestimmungen zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten.

In der Schweiz sind Häufigkeit und Schwere der übertragbaren Krankheiten im letzten Jahrhundert massiv zurückgegangen. Ausschlaggebend waren verbesserte Lebensbedingungen im Wohnbereich und bei der Ernährung. Antibiotika, Impfungen und allgemeine Massnahmen zur Hygiene, wie zum Beispiel im Lebensmittel- und Spitalbereich, waren ebenfalls einschneidende Faktoren im positiven Sinne. Zudem ist eine Reihe von übertragbaren Krankheiten kontrollierbar geworden (z. B. Starrkrampf), einige konnten ganz ausgerottet werden (z. B. Pocken).

Die globalisierte Gesellschaft hat die Menschen näher zusammengebracht. Deshalb sind neu auftretende, infektiöse Krankheiten auch für die Schweiz von grosser Bedeutung (z. B. SARS). Ebenso breiten sich Grippe-Pandemien infolge der weltweiten Mobilität deutlich schneller aus als im letzten Jahrhundert. Damit wird die Zusammenarbeit von Bund, Kantonen, Universitäts- und anderen Spitälern immer wichtiger.

Ausgangslage:

Der Kanton überwacht das Auftreten meldepflichtiger, übertragbarer Krankheiten (z. B. Tuberkulose, bestimmte Formen der Hirnhautentzündung usw.) laufend. Meldepflichtige Krankheiten werden dem Kanton von Ärzteschaft und Spitälern mitgeteilt. Bei Bedarf können die notwendigen Massnahmen in die Wege geleitet werden. So wird beispielsweise beim Auftreten einer Tuberkulose unter Federführung der Lungenliga des Kantons Aargau in Zusammenarbeit mit der praktizierenden Ärzteschaft eine Umgebungsuntersuchung durchgeführt.

Dank konsequentem Impfen und modernen Impfstoffen sind viele Kinderkrankheiten, die noch Mitte des letzten Jahrhunderts praktisch alle Kinder befielen, fast verschwunden. Ausgeblieben sind deshalb auch entsprechende

Epidemien. Als Folge von Kinderkrankheiten sind schwerwiegende und gelegentlich tödlich verlaufende Komplikationen ganz selten. Es wird deshalb ein möglichst hoher Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung angestrebt.

Die Ärzteschaft und der Impfdienst der Lungenliga gewähren ein flächendeckendes Impfangebot für die gesamte Bevölkerung. Der Impfdienst führt in den Schulen die Impfungen unentgeltlich gemäss offiziellem Impfplan durch, sodass auch für die Schülerschaft ohne hausärztliche Betreuung die Impfungen sichergestellt sind. Allerdings hat die Durchimpfungsrate noch nicht in allen Bereichen denjenigen Stand erreicht, der in medizinischer Hinsicht wünschenswert ist (z. B. Masern): Impfungen beruhen auf freiwilliger Basis.

Strategie 3: Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Der Kanton ergreift Massnahmen zur Verhinderung des Auftretens respektive der Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten.

Zu diesem Zwecke überwacht er in Zusammenarbeit mit Dritten die übertragbaren Krankheiten im Rahmen des Vollzugs des Epidemiengesetzes.

Er optimiert seine Vorkehrungen laufend und passt diese den neuen Erkenntnissen an.

Der Kanton sorgt dafür, dass der breite Impfschutz der Bevölkerung, insbesondere der Risikogruppen, aufrechterhalten resp. verbessert wird.

Kommentar:

Der Prävention und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten kommt sowohl gesundheits- als auch finanzpolitisch ein immer höherer Stellenwert zu. Der Kanton trägt diesen Herausforderungen mit eigenen Massnahmen Rechnung und bezieht die praktizierende Ärzteschaft, die Spitäler und die nicht-staatlichen Organisationen auch künftig in diesem Bereich ein.

5.2.2 Themenbereich 4: Allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten und Unfällen

Beschreibung:

In der Schweiz sind die wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK) und Krebs.

Im Vergleich zum Jahr 1950 ist die HKK-Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern um rund die Hälfte zurückgegangen und weist im europäischen Vergleich eine der niedrigsten Raten auf.

Bei den Krebserkrankungen verlief die Sterblichkeit in den letzten 50 Jahren je nach Lokalisation unterschiedlich. In einer Rangfolge von 39 Ländern liegt die Schweiz bei den meisten Krebslokalisationen im Mittelfeld.

Bei den Unfällen konnte die Zahl der Toten und Schwerverletzten im Strassenverkehr trotz überproportional zunehmender Verkehrsdichte in den letzten 30 Jahren um ca. zwei Drittel gesenkt werden. Dies gelang dank verschiedenster wirkungsvoller, präventiver Massnahmen.

Die Beschreibung der allgemeinen Gesundheitsförderung lässt sich in Kapitel 5.2 nachlesen.

Ausgangslage:

Neben den Herz-Kreislauf-Krankheiten (HKK) und den Krebserkrankungen ist auch die Häufigkeit von chronischen Krankheiten von Interesse. Sie sind zwar häufig nicht tödlich, können jedoch zu Invalidität führen, die Lebensqualität beeinträchtigen oder die Alltagsaktivitäten einschränken. Zu diesen Krankheiten gehören beispielsweise verschiedene psychische, rheumatische und allergische Erkrankungen.

Auftretenshäufigkeit von und Sterblichkeit an nicht übertragbaren Krankheiten variieren nach sozialer Schicht. Männer und Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung haben zum Beispiel ein fast doppelt so hohes Risiko an Rheuma zu erkranken, wie Personen mit Hochschulbildung. Eignen sich diese Personen jedoch während ihrer Berufslaufbahn zusätzliches Wissen im Sinne einer weitergehenden Schulbildung an, sinkt das Risiko wiederum.

In der Folge müssen die lokalen und sozioökonomischen Unterschiede bei der Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten berücksichtigt werden. Die flächendeckende Aufrechterhaltung eines schulärztlichen Dienstes berücksichtigt diese Aspekte.

Ausführungen über den Einfluss von äusseren Bedingungen (Umweltbedingungen) sind in Kapitel 5.2 enthalten.

Strategie 4: Gesundheitsförderung und allgemeine Prävention

Der Kanton fördert einen eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Lebensstil sowie die Gestaltung von gesundheitsfördernden Umwelt- und Lebensbedingungen.

Zur Verstärkung und Wirkungsoptimierung von Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensabschnitten werden alle Bereiche des öffentlichen und privaten Sektors, welche auf diesem Gebiet aktiv sind, optimal eingebunden und vernetzt.

Kommentar:

Der Ausbau der Gesundheitsförderung ist Bestandteil der wirtschaftspolitischen Begleitmassnahmen.

Durch die Bildung von aufeinander abgestimmten und aufbauenden Schwerpunktprogrammen (Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundes Körpergewicht, Gesundheitsförderung im Alter, Gesundheitsfördernde Schulen) auf kantonaler Ebene soll ein optimaler Nutzen der beschränkt vorhandenen Mittel erreicht werden.

Die rechtlichen Grundlagen befinden sich im revidierten Gesundheitsgesetz, welches am 1.1.2010 in Kraft getreten ist.

5.2.3 Themenbereich 5: Suchtprävention

Beschreibung:

Suchtkrankheiten gehören zwar zu den nicht übertragbaren Krankheiten. Sie haben aber aufgrund des hohen Schädigungspotenzials einen besonderen Stellenwert, politisch wie auch wirtschaftlich gesehen. Zum einen belasten Suchtkrankheiten die Volkswirtschaft, zum andern führen sie zu umfangreichen politischen Diskussionen.

Der Konsum respektive der Missbrauch von psychoaktiven und suchterzeugenden legalen und illegalen Substanzen kann massive gesundheitliche Schädigungen zur Folge haben. Darunter fallen Tabak, Alkohol und psychotrope Stoffe wie zum Beispiel Heroin, Kokain und Benzodiazepine. Es ist erwiesen, dass der Tabakkonsum eindeutig Ursache vieler Erkrankungen ist wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Lungenkrankheiten, Lungenkrebs usw.

Tabakkonsum und -abhängigkeit erhöhen aber auch die Risiken für Fehlgeburten, Wachstumsverzögerungen beim Fötus sowie den plötzlichen Kindstod. Der Tabakkonsum ist insgesamt verantwortlich für rund die Hälfte aller Krebstodesfälle und für 30% aller Sterbefälle an Herzkrankheiten und Hirnschlägen durch Blutleere. Die Hälfte aller Rauchenden verstirbt vorzeitig an den Folgen von tabakbedingten Schädigungen; ein Viertel sogar vor dem 65. Lebensjahr. Damit stellt der Tabakkonsum die wichtigste vermeidbare Ursache des vorzeitigen Todes dar.

Die Schweiz gehört zu den Ländern mit sehr hohem und damit risikoreichem Alkoholkonsum. Deshalb stellt dieser ein zentrales Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Die durch schädlichen Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten sind enorm.

Die Bevölkerungsgruppe mit einer Symptomatik von Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit ist äusserst vielfältig. Zwischen einem Cannabis-Raucher und einem Drogenspritzenden, polytoxikomanen Junkie, der auf der Gasse lebt, besteht ein weites Spektrum. Darin einbezogen werden muss auch der zweckentfremdete und illegale Gebrauch von Arzneimitteln wie zum Beispiel die Injektion von Benzodiazepinen.

Ausgangslage:

Der Kanton verfügt über die im kantonsärztlichen Dienst angesiedelte Fachstelle für Sucht sowie über einen Leistungsvertrag mit einer privaten Träger-schaft (Aargauische Stiftung Suchthilfe, ags). Letztere betreibt die seit dem Jahr 2006 in Aarau zentralisierte Suchtpräventionsstelle.

Auf kantonaler Ebene liegt das Schwergewicht der Tätigkeiten auf dem konzeptionellen Gebiet sowie bei der Koordination und Vernetzung. Zudem werden konkrete Projekte unterstützt.

Strategie 5: Suchtprävention

Der Kanton sorgt mit geeigneten Massnahmen für die Aufrechterhaltung des bisherigen quantitativen und qualitativen Niveaus in der Suchtprävention. Er koordiniert die Angebote der Suchtprävention und vernetzt die Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Institutionen. Die suchtpreventiven Massnahmen werden rechtzeitig den sich kurzfristig ändernden Verhältnissen angepasst.

Kommentar:

Der in der Regel alle 4 Jahre erscheinende Bericht zur Suchthilfe konkretisiert die kantonale Suchtpolitik und somit auch die suchtpreventiven Massnahmen. Im Bericht werden die erzielten Erfolge, die eingesetzten Mittel, die bestehenden Lücken und ein allfälliger Korrekturbedarf aufgezeigt.

5.3 Gesundheitsversorgung somatischer Akutbereich

Der somatische Akutbereich umfasst die stationäre und ambulante Akutversorgung, welche die organisch bedingten Leiden behandelt. Er grenzt sich hier ab zur psychiatrischen Versorgung und zur Rehabilitationsversorgung, die in Kapitel 5.5 erläutert werden. Nachfolgend werden einige Kennzahlen aus dem somatischen Akutbereich aufgezeigt.

Vergleichstabellen und Wanderungstatistik

Das Gesundheitswesen zeichnet sich durch ein kontinuierliches Wachstum aus; sowohl in Bezug auf die Leistungen, als auch in Bezug auf die Kosten.

Eckdaten der stationären Versorgung im Jahre 2008:

.....Anzahl Betten alle Spitäler3534 (CH: 46376)
----------------------------------	-----------------------

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2009

In Bezug auf die Gesamtzahl der Betten belegt der Kanton Aargau den 4. Rang hinter den Kantonen Zürich, Bern und Waadt.

In dieser «Bettendichte» sind 836 Betten in den Rehabilitationskliniken inbegriffen. Die Anzahl Betten und die Anzahl Beschäftigte sind als reine Zahlen nicht sehr aussagekräftig. Aus versorgungspolitischer Sicht müssen sie der Einwohnerzahl gegenübergestellt werden. Damit ändert sich das Bild:

Hospitalisationsrate Akutspitäler	124.4 / 1000 Einw.
	(CH: 127.6 / 1000 Einw.)

Die Hospitalisationsrate zeigt, wie viele Einwohner pro 1000 im Laufe des Jahres hospitalisiert worden sind. Im Jahre 2008 waren pro 1000 Einwohner 124 einmal in einem Akutspital im Kanton Aargau. Die Zahl der Spitalaufenthalte ist im Aargau im Vergleich mit dem schweizerischen Mittel durchschnittlich.

Hospitalisationsrate Spezialkliniken	22.4 / 1000 Einw.
	(CH: 27.4 / 1000 Einw.)

Im Jahre 2008 waren 22 Einwohner pro 1000 einmal in einer psychiatrischen Klinik, einer Rehabilitationsklinik oder einer anderen Klinik der Spezialversorgung hospitalisiert. Im Vergleich zu den anderen Kantonen liegt der Kanton Aargau im Mittelfeld.

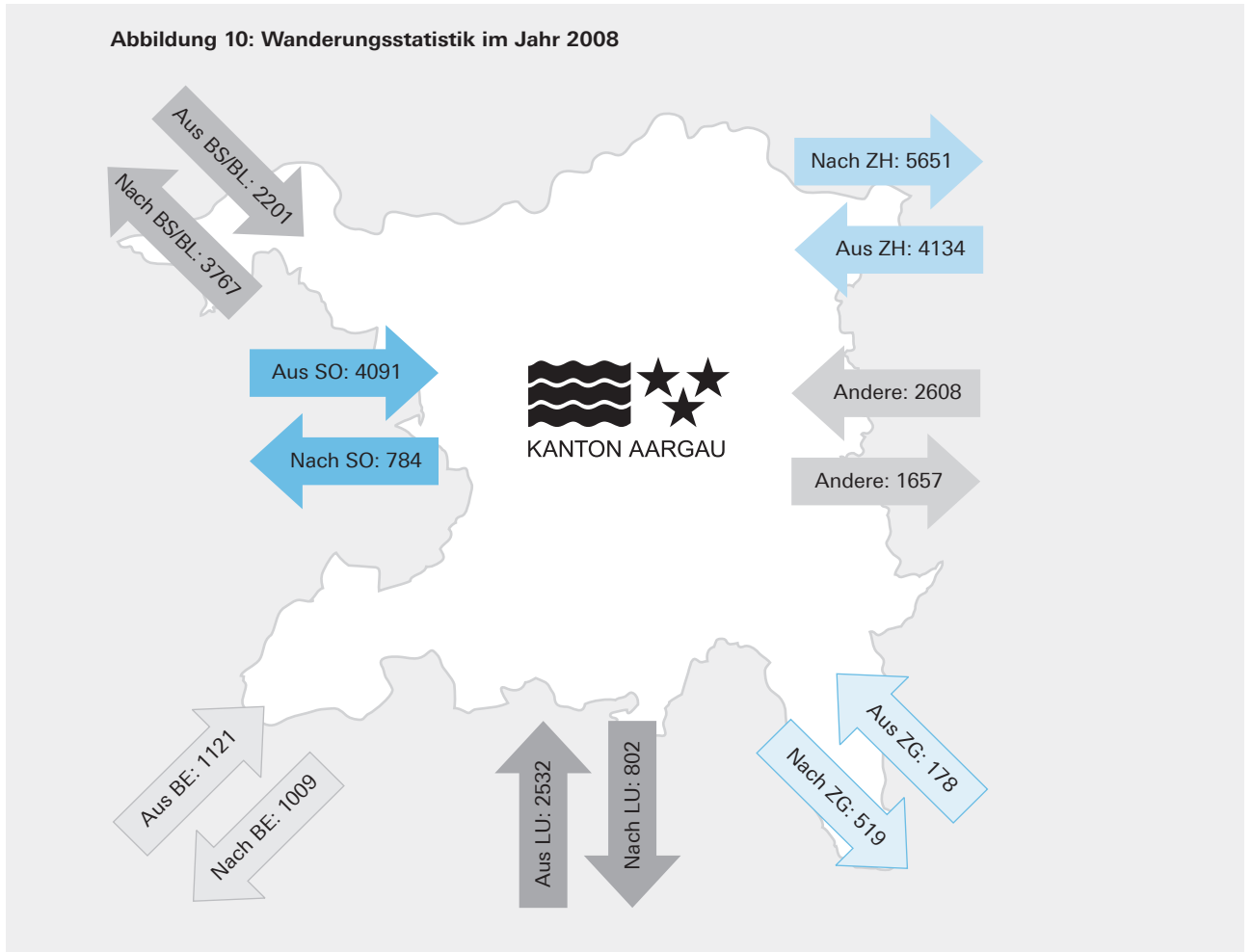
Bettendichte	3.3 / 1000 Einw.
	(CH: 3.8 / 1000 Einw.)

Das heisst, der Kanton Aargau verfügt über 3,3 Betten pro 1000 Einwohner. Mit diesen Zahlen liegt der Kanton unter dem schweizerischen Durchschnitt von 3,8 Betten.

Wanderungsstatistik

Die Wanderungsstatistik aus dem Jahre 2008 zeigt, dass von insgesamt 94 742 stationären Behandlungen in Aargauer Spitälern 16 865 (17.8%) aus anderen Kantonen stammten und 14 189 (15.0%) Aargauerinnen und Aargauer sich ausserhalb des Kantons behandeln liessen. Vor allem dank den Kantonen Solothurn und Luzern weist der Kanton Aargau einen höheren Anteil an zugewanderten als ausgewanderten Patienten aus. Der Kanton Aargau bewegt sich von seinen Anteilen her in ähnlichen Bereichen wie die Kantone St. Gallen und Luzern. Das schweizerische Mittel wird hier wesentlich geprägt durch die grossen Kantone, die in der Regel über eine Universitätsklinik verfügen und einen höheren Selbstversorgungsgrad aufweisen. Die meisten kleineren und mittleren Kantone lassen einen geringeren Selbstversorgungsgrad erkennen.

Abbildung 10: Wanderungsstatistik im Jahr 2008



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Total behandelte Patientinnen und Patienten im Kanton Aargau: 94 742

2008	BS/BL	SO	BE	LU	ZG	ZH	Andere	Total
Abwanderung	3767	784	1009	802	519	5651	1657	14 189
Zuwanderung	2201	4091	1121	2532	178	4134	2608	16 865
Nettowanderung	-1566	3307	112	1730	-341	-1517	951	2 676

Der Kanton Aargau besitzt ein im schweizerischen Vergleich schlankes Spitalwesen. Der zunehmende Kostendruck wird zu weiteren und engeren Kooperationen führen. Die unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit werden vom Kanton begrüsst.

5.3.1 Stationäre öffentliche Versorgung

Die stationäre, öffentlich somatische Akutversorgung umfasst die Gesamtheit der öffentlich subventionierten Spitäler. Die Rehabilitationskliniken, die Klinik Barmelweid und die Klinik im Hasel gelten als Spezialkliniken. Die Psychiatrie wird in Kapitel 5.5.1 behandelt.

Die stationäre, öffentlich somatische Akutversorgung stellt ein flächen-deckendes Angebot der Grund- und Schwerpunktversorgung sicher. Massgebend ist das Gebot der Zugänglichkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität: Wege, Anfahrtszeiten und Kosten müssen sich in einem vernünftigen Verhältnis befinden. Diese Kriterien sind Basis der gültigen Spitalkonzeption. Hingegen soll in Bezug auf die Aufgaben eine den Bedürfnissen und den einschlägigen Regeln der Qualität folgende Konzentration möglich werden. Das heisst: Unter Berücksichtigung dieser Kriterien soll eine Konzentration des Leistungsangebots gefördert werden.

Die neue Spitalfinanzierung nach dem revidierten KVG unterstützt die bisherigen Bemühungen des Kantons im Hinblick auf Konzentration und Kooperation der Kräfte. Damit werden die Wege geöffnet für neue Modelle der Zusammenarbeit.

Die wichtigsten Elemente aus der KVG-Revision, die bei der Revision des Spitalgesetzes berücksichtigt werden:

- Leistungsbezogene Finanzierung mittels Fallpauschalen, die sich an medizinischen Diagnosen und Behandlungen (DRG) orientieren und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen;
- Einbezug der Investitionskosten in den Fallpauschalen;
- Neugestaltung der Spitalliste mit den Leistungsaufträgen auf der Grundlage eines transparenten Verfahrens und von einheitlichen Zulassungskriterien;
- Neugestaltung der Spitalplanung nach den Vorgaben des Bundes und Pflicht zur interkantonalen Koordination.

5.3.1.1 Themenbereich 6: Spitalversorgungskonzept

Beschreibung:

Die stationäre Spitalversorgung wird in der Schweiz häufig entlang der drei vertikalen Versorgungsebenen Grundversorgung (GV), Spezialisierte Versorgung (SV) und Hochspezialisierte Versorgung/Medizin (HSM) unterteilt. Dabei handelt es sich um eine zwar einfache, aber wenig differenzierende Schichtung. Zur Strukturierung dieser drei Ebenen bietet sich für die Zukunft das folgende Vorgehen an.

Die Definition der hochspezialisierten Medizin folgt der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), welcher der Kanton Aargau mit Beschluss des Grossen Rates vom 6. Januar 2009 beigetreten ist.

Die Unterscheidung zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung bleibt wenigstens in Teilen immer arbiträr. Mit der Spitalplanung 2012 will der Kanton eine Vergabe der Leistungsaufträge an die Spitäler und Kliniken differenziert mit rund 140 Leistungsgruppen realisieren, welche sich

am Bedarf der für bestimmte Behandlungen notwendigen Infra- und Personalstrukturen und bei komplexen Problemkonstellationen auch an möglichst evidenzbasierten Mindestmengen orientieren. Damit wird eine eindeutige Zuweisung aller Behandlungen möglich sein und die Diskussion um die genauen Grenzen von Grund- und Spezialversorgung entfällt. Dieses Vorgehen plant der Kanton Aargau zusammen mit den Nordwestschweizer Kantonen, sowie den Kantonen Bern und Zürich.

Ausgangslage:

Die GGpl 2005 beinhaltet bisher das Modell eines Versorgungsprinzips mit drei Spitalkategorien (ohne Ebene HSM), welches eine aargauische Spezialisierung ist und Rücksicht auf die Positionierung der beiden Kantonsspitäler nahm. Während die Grundversorgung allen Spitälern offen stand, war die «Schwerpunktversorgung» zusätzlich nur dem Kantonsspital Baden und die «Zentrumsversorgung» dem Kantonsspital Aarau vorbehalten. Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 wird die Gelegenheit genutzt, auf das in der Schweiz übliche zweistufige Modell der Grund- und Spezialversorgung zu wechseln und damit bewusst auf die bisherige Unterscheidung zwischen KSA und KSB zu verzichten. Die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt dann nicht mehr primär aufgrund der Spitalkategorie, sondern wie oben beschrieben nach Leistungsgruppen im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens. Dieses Vorgehen berücksichtigt die drei Versorgungsebenen angemessen.

Die Kantone sind vom Bundesgesetzgeber verpflichtet, interkantonal zusammenzuarbeiten. Die interkantonale Zusammenarbeit – insbesondere im Raum Nordwestschweiz – wird weiter intensiviert. Zu diesem Zweck wird ein gemeinsamer Versorgungsbericht unter Berücksichtigung der Patientenströme im Licht der freien Spitalwahl sowie ein gemeinsamer Kriterienkatalog für die Erstellung der Spitalliste erarbeitet. Schwerpunkte bei der Bedarfsplanung sind dabei die spezialisierte Medizin, die akutsomatische, akutpsychiatrische und geriatrische Versorgung sowie die Rehabilitation. Zudem geht der Kanton Aargau aktiv auf seine weiteren benachbarten Kantone zu. So existieren eine dauernde Arbeitsgemeinschaft mit dem Kanton Luzern und enge Kontakte zu den Kantonen Zürich (z. B. Protonentherapie) und Bern.

Die Veränderung der interkantonalen Zusammenarbeit soll vor allem die Handlungsfähigkeit und die Effizienz der Kantone verbessern:

- Höhere wirtschaftliche Effizienz: Kantonale Ressourcen können zusammengelegt, Skaleneffekte realisiert und das staatliche Angebot besser auf die Nachfrage ausgerichtet werden.
- Mehr technische Effizienz: Kapazitäten können zusammengelegt und gemeinsam besser ausgelastet werden.
- Grössere politische Handlungsfähigkeit: Die Erarbeitung gemeinsamer Positionen stärkt die Kantone gegenüber den Versicherern, dem Bund, den Nachbarregionen und -kantonen und ermöglicht interkantonale Strukturen.

Hochspezialisierte Medizin

Die Hochspezialisierte Versorgung folgt der oben aufgeführten Definition und wird im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) nur in wenigen Zentren mit vorwiegend universitärem Charakter angeboten. Bundesweit wird eine Reduktion auf jene Leistungserbringer angepeilt, welche bezüglich Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit Spitzenpositionen einnehmen und in ausgewählten Bereichen auch am internationalen Wettbewerb partizipieren. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin verfügt der Kanton Aargau mit der Protonentherapie für bestimmte Tumorleiden am Paul Scherrer-Institut in Villigen über einen Standort mit weit übernationaler Bedeutung.

Grund- und Spezialversorgung

Der Kanton stellt die Grund- und Spezialversorgung unter Berücksichtigung betriebs- und volkswirtschaftlicher Überlegungen sicher, indem nur die besten Leistungserbringer gefördert werden.

Bei der spezialisierten Versorgung sind aktuelle parlamentarische Vorstösse zu berücksichtigen, die eine Prüfung der Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten und deren Veränderung beim Bau eines Zentralspitals fordern. Es sind dies:

- Postulat der FDP-Fraktion betreffend Entwicklung der Investitionsvolumen im Bereich der Kantonsspitäler (09.302);
- Interpellation Hans Dössegger betreffend Investitionen in Betriebe der stationären Gesundheitsversorgung des Kantons Aargau (09.309).

Die Kosten für einen Neubau eines Zentralspitals liegen gemäss heutigem Kenntnisstand in ähnlicher Grössenordnung wie der Unterhalts- und Erneuerungsbedarf der Kantonsspitäler. Um aber die Option Zentralspital ganzheitlich beurteilen zu können, braucht es weitere Abklärungen. So geht es auch darum, die regionalen Aspekte, die Positionierung der aargauischen Spitäler im interkantonalen Umfeld, die Entwicklung der Patientenströme sowie Überlegungen zum neuen Standort (Anbindung an den privaten wie den öffentlichen Verkehr) angemessen zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen sowie die Nachteile der Begleiteffekte jahrelanger Umbauten einem Neubau gegenüberzustellen. Falls der Bau eines Zentralspitals eine realistische Option darstellt und weiter verfolgt wird, muss nicht nur die bauliche Situation berücksichtigt, sondern auch die Konzentration der spezialisierten Versorgung an einem Ort überprüft werden.

Integrierte Grundversorgung

Die Integrierte Versorgung ist eine neue «sektorenübergreifende» Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Spitäler), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig

die Gesundheitskosten zu senken. Deshalb müssen die Schnittstellen ins Zentrum gerückt werden, denn es sollten reibungslose Behandlungsketten geschaffen werden.

Zur Sicherung der Grundversorgung werden deshalb integrierte Versorgungssysteme (IVS) mit entsprechenden lokalen und regionalen Konzepten besonders berücksichtigt. Die integrierten Versorgungssysteme bieten beispielsweise in der Akutsomatik eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung an, indem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Grundversorger und Spezialisten) mit den Spitälern und allen anderen vor- und nachgelagerten Leistungserbringern, z. B. in der Spitex oder Rehabilitation zusammenarbeiten und eine übergreifende Versorgung sicherstellen. Integrierte Spitalversorgungskonzepte zeichnen sich durch eine optimale Durchlässigkeit zwischen allen Leistungserbringern der Versorgungssektoren aus. Dadurch können die Informationen verbessert, die Leistungen potenziert und Redundanzen abgebaut werden.

Die Planungsgrundlagen, die Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen werden in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz Nordwestschweiz (GDK-NWCH) und unter Konsultation der Kantone Zürich, Bern und Luzern koordiniert. Dabei ist der Kanton Aargau die treibende Kraft. Der Versorgungsbericht wird im Spätherbst 2010 vorgelegt und das Verfahren für die Aufnahme auf die Spitalliste folgt im Frühjahr 2011.

Qualitätsmessung

Eine zielgruppengerechte Information über den Stand der Versorgungsqualität wird als entscheidender und treibender Faktor für Verbesserungen erkannt. Es geht dabei um Messungen der Ergebnisqualität und der Kanton Aargau bekennt sich klar zu diesem Vorgehen, welches in der Strategie 24 der vorliegenden GGpl umfassend Niederschlag findet.

Strategie 6: Spitalversorgungskonzept

Bei der Konzeption seiner Spitalversorgung strebt der Kanton eine angemessene regionale Versorgung an. Er prüft eine Konzentration der Angebote, wo dies aus betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen oder finanzpolitischen Überlegungen sinnvoll ist. Er berücksichtigt dabei integrierte Versorgungssysteme (IVS), Mindestmengen bei den Angeboten und koordiniert bei mengenkritischen Angeboten diese nach Möglichkeit auch interkantonal.

Kommentar:

Der Kanton stellt die Grund- und Spezialversorgung über eine periodische Anpassung der Spitalliste und Leistungsaufträge sicher. Dabei bietet sich ein Zeitraum von mindestens 4 Jahren an, welcher sich bei den bisherigen Rahmenverträgen bewährt hat.

Betriebs- und volkswirtschaftliche Überlegungen berücksichtigen Aspekte wie Wertschöpfungsrechnung, kantonaler Spitalbetrieb, Mitarbeitende als Steuerzahlende sowie Konsumentinnen und Konsumenten.

Kriterien – insbesondere Wirtschaftlichkeit und Qualität – für die Zulassung zur Spitalliste und zur Ausgestaltung der Leistungsaufträge sind – wo sinnvoll interkantonale – zu entwickeln. Zur Sicherung der Grundversorgung werden integrierte Versorgungssysteme bevorzugt.

5.3.1.2 Themenbereich 7: Spitalliste

Beschreibung:

Die Spitalliste enthält die nach Artikel 39 Abs. 1 KVG zur Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitäler. Die Aufnahme auf der Spitalliste setzt voraus, dass ein Spital der vom Kanton aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entspricht. Das revidierte Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet die Kantone explizit, ihre Spitalplanungen zu koordinieren (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Mit den neuen Artikeln 58a bis 58e KVV hat der Bundesrat Vorgaben im Sinne von einheitlichen Planungskriterien erlassen.

Im Grundsatz gilt, dass die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital für alle Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton umfasst (d. h. unabhängig davon, ob eine Zusatzversicherung besteht). Diese Planung ist periodisch zu überprüfen (Art. 58a KVV). Die Kantone müssen den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln und sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Art. 58b Abs. 2 und 3 sowie Art. 58e KVV umschreiben das vom Kanton sicherzustellende Angebot insofern, als auf der einen Seite der Versorgungsbedarf für die gesamte Wohnbevölkerung ermittelt werden muss; auf der anderen Seite müssen die Patientenströme in Vertragsspitäler oder in ausserkantonale Listenspitäler, sei dies aufgrund der neu bestehenden Wahlfreiheit oder aufgrund medizinischer Indikation, prognostiziert werden. Die Differenz entspricht dem Angebot, das der Kanton mit seiner Spitalliste, mit den dort aufgeführten inner- und allenfalls auch ausserkantonalen Spitälern, sicherzustellen hat.

Grafisch vereinfacht lässt sich der Planungsgegenstand wie folgt darstellen:

Versorgungsbedarf für gesamte Kantonsbevölkerung	Behandlungen in Vertragsspitalern
	Behandlungen in ausserkantonalen Listenspitälern (Wahlfreiheit)
	Medizinisch indizierte Behandlungen in ausserkantonalen Listenspitälern
	Vom Kanton auf der Spitalliste mit inner- oder ausserkantonalen Spitälern zu sicherndes Angebot

Bei der Beurteilung und bei der 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 der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 KVV). Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität sind insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität sowie Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b Abs. 5 KVV). Die Art der Planung ist gemäss Art. 58c KVV für die Behandlung akutsomatischer Krankheiten leistungsorientiert (d. h. nach DRG), für rehabilitative oder psychiatrische Behandlungen leistungs- oder kapazitätsorientiert (d. h. nach Pflagetagen oder Betten, solange eine Abbildung nach DRG nicht möglich ist). Auf der Spitalliste führt der Kanton inner- und ausserkantonale Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen. Gemäss Art. 58d der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) müssen die Kantone die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten, mit den betroffenen Kantonen austauschen und mit denselben die Planungsmassnahmen koordinieren.

Die kantonalen Spitalplanungen müssen spätestens bis Ende 2014 den Anforderungen an die Planung gemäss Art. 39 KVG entsprechen (UeB Abs. 3).

Die versicherte Person kann gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG für die stationäre Behandlung unter allen Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder des Standortkantons aufgeführt sind, frei wählen. Die freie Spitalwahl gilt ab 1. Januar 2012 (UeB Abs. 6).

Ausgangslage:

§ 5 Abs. 1 SpiG bestimmt, dass der Grosse Rat im Rahmen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung auch die Standorte der Spitäler festlegt. Mit Beschluss vom 13. Dezember 2005 wurden diese Standorte vom Grossen Rat beschlossen. Mit dem Standortentscheid des Grossen Rats erhielt das betreffende Spital Anspruch auf einen Leistungsauftrag (§ 5 Abs. 2 SpiG). Diesem Modell liegen struktur- aber auch regionalpolitische Überlegungen zugrunde.

Die mit der KVG-Revision verfolgte Absicht der verstärkten Wettbewerbsausrichtung steht mit dem strukturpolitischen Ansatz der Standortfestlegung in einem gewissen Zielkonflikt. Örtliche Gegebenheiten sind insofern bei der Spitalplanung und bei der Spitalliste einzubeziehen, als der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu berücksichtigen ist (Art. 58b Abs. 4 KVV). Vor diesem Hintergrund besteht kein Bedarf, weiterhin formelle Standortentscheide durch den Kanton zu treffen. Vielmehr ist den versorgungstechnischen Überlegungen im Rahmen des Entscheids zur Spitalliste Rechnung zu tragen.

Auf der Spitalliste führt der Kanton inner- und ausserkantonale Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 bestimmte Angebot sicherzustellen. Auf der Spitalliste ist für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufzuführen. Wie bereits andernorts erwähnt will der Kanton eine regionale Spitalversorgung beibehalten. Er beabsichtigt aber eine gewisse Zentralisierung bestimmter Leistungen in Abhängigkeit von deren Komplexität und Bedarf an Infrastruktur für Behandlung und Nachbehandlung mit der Vergabe der Leistungsaufträge nach Leistungsgruppen. Für die Vergabe der Leistungsaufträge wird im Frühjahr 2011 ein spezielles Bewerbungsverfahren durchgeführt. Das Submissionsdekret (SubmD) wird berücksichtigt, soweit es sich anwenden lässt. Eine Vergabe der Leistungsaufträge auf mindestens 4 Jahre ist aus Gründen der Planungssicherheit vorgesehen.

Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler gemäss Art. 41a Abs. 1 KVG verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals die Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Die Kantone sorgen für die Einhaltung dieser Aufnahmespflicht (Art. 41a Abs. 3 KVG).

Mit der KVG-Revision wurden auch Kriterien zu Wirtschaftlichkeit und Qualität erlassen. Diese implizieren eine Öffnung der Spitalliste für private und öffentliche Kliniken und eine Liberalisierung der Zugangskriterien.

Anforderungen für einen Spitalistenplatz

Aus der KVG-Revision hat der Kanton den Auftrag, die Spitalliste zu erstellen und Leistungsaufträge abzuschliessen. Im Rahmen einer interkantonalen Koordination werden die möglichen Aufnahme- und Zuschlagskriterien erstellt. Dabei werden Empfehlungen von Fachgesellschaften berücksichtigt. Diese Kriterien haben Gültigkeit für die Versorgungsbereiche Akutsomatik (Geburthäuser, Grund- und spezialisierte Versorgung), Psychiatrie und Rehabilitation. Mögliche, zusätzliche Kriterien zu den Pflichtkriterien (Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Qualität) sind:

- Transparenz (z. B. Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER)
- Sicherstellung von Ausbildungsplätzen
- Zugang

- Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrags
- Effizienz der Leistungserbringung
- Mindestfallzahlen
- Nutzung von Synergien
- Pauschalpreise (Swiss-DRG)
- Investitionssicherheit und -schutz

Der Kriterienkatalog wird an die sechs international anerkannten Zieldimensionen angelehnt, nach denen das System «sicher, wirksam, wirtschaftlich, leicht zugänglich, patientenzentriert und für alle gleich» zu sein hat.

Die neue Spitalfinanzierung liesse eine direkte Übernahme der bisherigen Spitäler und Leistungsaufträge nur unter Inkaufnahme von weiteren Mehrkosten zu, die sogar über die Kosten der neuen Verteilung zwischen öffentlicher Hand (55%) und Versicherungen (45%) hinausgehen.

Mit der Aufnahme auf die Spitalliste und der Erteilung von Leistungsaufträgen fliessen zukünftig über die Fallpauschalen Investitionsanteile an die Spitäler.

Strategie 7: Spitalliste

Für die Zuteilung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebotes verwendet der Kanton transparente und nachvollziehbare Kriterien. Diese werden interkantonal abgestimmt.

Die Kriterien gelten für alle Anbieter in gleicher Weise.

Für die Aufnahme auf die Spitalliste wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt.

Die neue Spitalliste wird mit Wirkung ab 1. Januar 2012 erlassen.

Kommentar:

Bei der Gestaltung der Spitallisten, welche die vom Kanton abzugeltenden Leistungen, Spitäler und Fallkosten inner- und ausserkantonal inklusive Investitionsanteil begründet, sowie bei der Leistungsfinanzierung (Strategie 8) liegen die grössten Möglichkeiten zur wirksamen Einflussnahme und Reduktion der grossen Kostenfolgen der neuen Spitalfinanzierung.

Die Arbeiten zur neuen Spitalliste werden datenbasiert durchgeführt. Die erforderlichen Kriterien für die neue Spitalliste und die Leistungsaufträge werden auf die bestehende Evidenz abgestützt. Die bestmögliche Datenlage und die evidenzbasierten Kriterien können die politischen Entscheidungen im Idealfall unterstützen, diese aber nie ersetzen.

Im Hinblick auf den Erlass einer neuen Spitalliste soll ein offenes, transparentes und wettbewerbsorientiertes Verfahren geschaffen werden, welches alle Spitäler im Aargau gleich behandelt und wettbewerbsverzerrende Faktoren ausschliesst (vgl. auch Motion 10.24 der FDP-, CVP/BDP-,

SVP- und GLP-Fraktionen betreffend Schaffung rechtlicher Grundlagen zu einem fairen, transparenten und wettbewerblich organisierten Verfahren für die bedarfsgerechte Leistungsfinanzierung des Kantons im Bereich der stationären Grundversorgung). Grundlage dafür ist der effektive Bedarf an Spitalleistungen zur Sicherstellung der Spitalversorgung, der im Rahmen der Spitalplanung ermittelt wird. Mittels speziellem Verfahren wird den Spitälern die Möglichkeit gegeben, sich für einen Leistungsauftrag des Kantons Aargau bewerben zu können. Das Verfahren enthält nebst dem nach Leistungsgruppen gegliederten Bedarf auch die Kriterien, welche für einen Spitalistenplatz erfüllt sein müssen. Nach einer sorgfältigen und transparenten Evaluation der eingegangenen Bewerbungen wird der Regierungsrat darüber befinden, welche Spitäler mit welchem Leistungsauftrag künftig auf der Spitalliste figurieren werden.

Die interkantonale Abstimmung der Spitalisten gründet auf dem Auftrag des KVG in Art. 39 Abs.2, welche den Kantonen die Koordination ihrer Planungen vorschreibt.

5.3.1.3 Themenbereich 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung

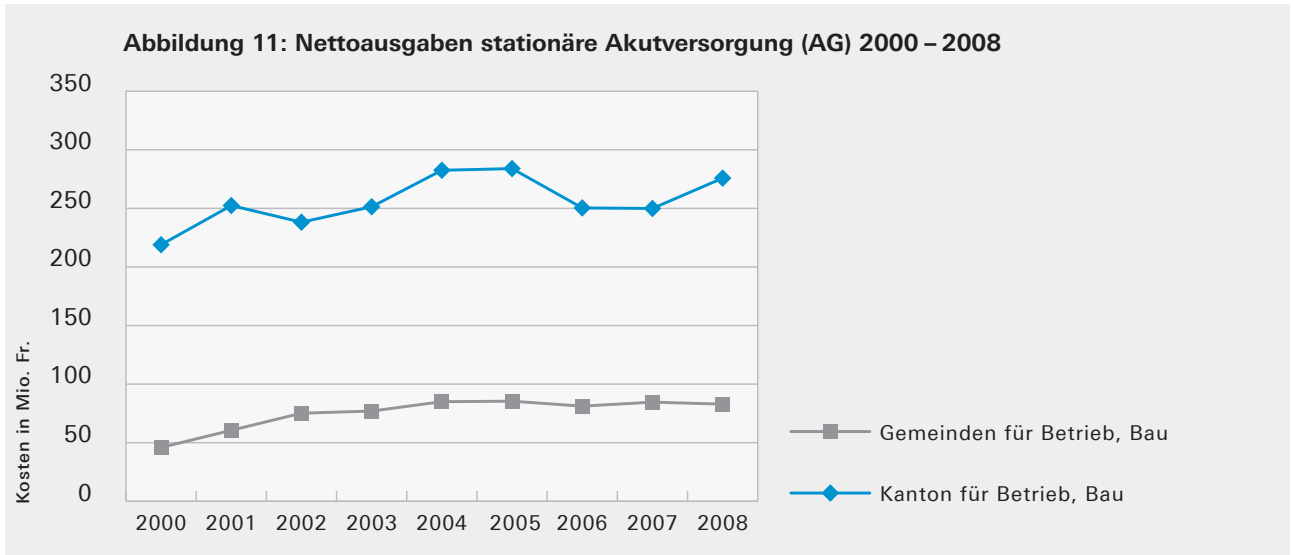
Beschreibung:

Der bisherige Leistungseinkauf erhält mit der KVG-Revision eine neue Bedeutung. Ab 2012 vereinbaren Versicherer und Leistungserbringer Leistungsverträge. Der Kanton ist Genehmigungsbehörde. Mit dem kantonalen Kostenanteil von mindestens 55% ist der Kanton Mehrheitsfinanzierer. Mit der Definition von Spitalliste und Leistungsaufträgen steuert der Kanton die Erbringung der Leistungen.

Die nachfolgende Abbildung 11 zeigt die Nettoausgaben in der stationären Akutversorgung der öffentlich subventionierten Spitäler. Seit der Verselbstständigung der Kantonsspitäler weisen die Ausgaben eine mehrheitlich kostenneutrale Entwicklung auf.

Ausgangslage:

Die Abbildung zeigt, dass sich die Kostenentwicklung stärker zu Lasten des Kantons als zu Lasten der Gemeinden auswirkt.



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Jahr 2003 zu 2004

Der starke Anstieg ist begründet durch die Rechnungsabgrenzung, welche in der öffentlichen Rechnungslegung im kameralistischen System nicht üblich ist. Mit der Bildung der Spitalaktiengesellschaft wurde 2004 eine nach OR-Grundsätzen durchgeführte Rechnungsabgrenzung zum Jahr 2005 gemacht. Damit entstanden für das Jahr 2004 Mehrkosten. Zusätzlich dazu mussten die Gründungs- und Startkosten der Spital AG dem Jahr 2004 belastet werden.

Jahr 2004 zu 2005

Trotz steigenden Fallzahlen und der Verpflichtung des Bundesgesetzgebers zur Übernahme der Sockelbeiträge durch die öffentliche Hand, konnten die Spitäler durch Effizienzgewinne die Nettoausgaben in der stationären Akutversorgung auf gleichem Niveau halten.

Jahr 2005 zu 2006

Durch weitere Effizienzgewinne der Spitäler und durch die Schliessung des Spitals Brugg konnten die Nettoausgaben in der stationären Akutversorgung gesenkt werden.

Jahr 2006 zu 2007

Trotz hohen Fallzahlen konnten die Kosten stabilisiert werden.

Jahr 2007 zu 2008

Zusätzliche, freiwillige Amortisationen der Bauschulden und weitere Zunahme der Fallzahlen drückten die Ausgaben in der stationären Akutversorgung wieder nach oben.

Mit der neuen Spitalfinanzierung, basierend auf der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), wird die öffentliche Hand ab 2012 zusätzlich belastet. Neu muss der Kanton 55% der Fallkosten im Grundversicherungsbereich sowohl bei öffentlich-rechtlichen als auch bei privaten Kliniken finanzieren, die auf einer Spitalliste geführt werden. Grundversicherte Patientinnen und Patienten dürfen künftig schweizweit frei unter allen Spitälern, die auf einer Spitalliste stehen, wählen. Zudem werden Leistungen von Rehabilitationskliniken schweizweit mit 55% zu Lasten der öffentlichen Hand finanziert. Diese Verlagerung von Leistungen, die bis anhin von den Versicherungen getragen wurden, wird für den Kanton, der den wesentlichen Teil der Spitalfinanzierung trägt, zu einer erheblichen, zusätzliche Belastung. Diese Kostendynamik in den Griff zu bekommen, wird zur grossen Herausforderung. Aus Gründen der Vergleichbarkeit und der Planung wird eine kantonale einheitliche Baserate angestrebt.

Diese Entwicklung erfordert betriebswirtschaftliche Optimierungen. Die weitere Zusammenarbeit sowie eine bedarfsgerechte Konzentration von Fachdisziplinen (z. B. Geburtshilfe) bleiben Themen der aargauischen Spitallandschaft. Die Suche nach Kooperationen und Synergien sowie die Einführung integrierter Behandlungspfade werden durch die Spitäler intensiviert werden müssen. Unter anderem dadurch will der Kanton im interkantonalen Vergleich weiterhin zu den günstigeren Anbietern gehören.

Strategie 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung

Der Kanton setzt bei der Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung folgende Schwerpunkte:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung über die Gestaltung der Spitalliste;
 - dual-fixe Spitalfinanzierung;
 - Tarifgenehmigung unter folgenden Kriterien:
 - innerkantonal gleicher Preis (Baserate) für gleiche Leistung;
 - optimales Verhältnis von Qualität und Preis;
 - interkantonal wettbewerbsfähige Preise.
-

Kommentar:

Der Kanton will die Gesundheitsversorgung in einem optimalen Verhältnis von Qualität und Preis auf der Grundlage des KVG sicherstellen. Mit der Teilrevision des Spitalgesetzes sollen die Grundlagen geschaffen werden, die obgenannte Strategien umzusetzen. Er ist bestrebt, im interkantonalen Vergleich bezüglich Qualität und Preis wettbewerbsfähig zu sein, was insbesondere die Einführung kantonaler Baserates (Basisfallwerte) beinhaltet. Mit der Planung des Prozessablaufs will der Kanton seine finanzielle Verantwortung gegenüber dem Steuerzahler jederzeit wahrnehmen können.

Die dual-fixe Spitalfinanzierung (Kanton leistet seinen Beitrag von mindestens 55 % direkt an die Leistungserbringer) wird dabei gegenüber der monistischen Spitalfinanzierung (Kanton leistet seinen Beitrag an die Krankenversicherer) bevorzugt, weil sie es dem Kanton ermöglicht, die Verantwortung für die von ihm geleisteten Beiträge besser wahrzunehmen.

5.3.2 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung umfasst alle Dienstleistungen, die nicht im Rahmen eines stationären Aufenthalts einer Patientin oder eines Patienten erbracht werden.

Im Unterschied zum stationären Bereich ist der ambulante Bereich der Gesundheitsversorgung eher marktorientiert als planerisch dominiert. Dies ermöglicht zwar einerseits wettbewerbsähnliche Strukturen, fördert aber andererseits aufgrund der damit verbundenen Anreizsysteme eine Ausweitung der Leistungsmengen. Das Einkommen der Leistungserbringer, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, nimmt im Gleichschritt mit der Menge erbrachter Leistungen zu. Diese Anreize sind durch die Bundesgesetzgebung bedingt. Auf kantonaler Ebene besteht kaum Handlungsspielraum für Korrekturen.

Die ambulante Versorgung wird sichergestellt durch die:

- öffentlichen und privaten Spitäler, in den Notfallstationen, im Rahmen diagnostischer und therapeutischer Leistungen (z. B. Radiologie, Physiotherapie) und in den regulären Sprechstunden der Spitalärzteschaft;
- frei praktizierende Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Apothekerschaft, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren (Medizinalpersonen);
- selbstständigen Berufsleute, Organisationen und Betriebe, die für die Ausübung ihrer Tätigkeiten gemäss Gesundheitsgesetz einer Bewilligungspflicht unterliegen.

Der ambulante Bereich wird ergänzt durch Anbieter im komplementärtherapeutischen Bereich wie auch durch Selbsthilfegruppen (beide ohne gesundheitspolizeiliche Zulassungsregelung).

In den letzten Jahren hat eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stattgefunden, so dass es zu überdurchschnittlichen Wachstumsraten gekommen ist. Gründe dafür sind der technisch-medizinische Fortschritt, die Mengenausweitung aufgrund oben beschriebener Anreize sowie ein verändertes Verhalten der Patienten (z. B. Selbsteinweiser in den Notfallstationen der Spitäler). Aber auch die Fallpauschalen können eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich fördern, da die ambulanten Leistungen separat verrechnet werden können und nicht von den Fallpauschalen abgedeckt werden müssen.

5.3.2.1 Themenbereich 9: Ambulante Versorgung durch die Spitäler

Beschreibung:

Die Spitäler bieten im Rahmen der Sprechstundenttigkeit der Spitalrzteschaft sowie im diagnostischen und therapeutischen Bereich eine ambulante Versorgung an. Diese Angebote haben grundsätzlich subsidiären Charakter zur niedergelassenen Ärzteschaft und zu den übrigen privaten Leistungserbringern (kein Poliklinikbetrieb). Sie ergänzen also deren Angebot. Im Gegensatz zum stationären Spitalsektor unterliegt der ambulante grundsätzlich keiner staatlichen Planung und ist nicht subventioniert.

Ausgangslage:

In den Spitälern nimmt der Anteil der ambulanten Versorgung aufgrund folgender Faktoren stark zu:

- Verbesserte Techniken und Technologien ermöglichen es, eine zunehmende Anzahl von Eingriffen ambulant durchzuführen.
- Die Weiterentwicklung in der Medizin löst eine verstärkte Nachfrage nach diagnostischen und therapeutischen Leistungen aus.
- Die Einführung von Fallpauschalen im stationären Bereich fördert die Verlagerung in den ambulanten Sektor, da die Leistungen vollumfänglich zu Lasten der Krankenversicherung abgerechnet werden können und nicht Teil der Fallpauschale sind.
- Die sich zunehmend nach unternehmerischen Kriterien verhaltenden Spitäler haben an der Expansion der ambulanten Gebiete ein betriebswirtschaftliches Interesse.

Der ambulante Spitalbereich trägt infolge der hohen Wachstumsraten wesentlich zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bei. Die Möglichkeiten für den Kanton, auf diese Entwicklung Einfluss zu nehmen, sind aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen klein. Aus der Rechnungslegung muss ersichtlich sein, dass zwischen ambulantem und stationärem Bereich keine Quersubventionierung stattfindet. Mit dem Zulassungskriterium Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER ist diese Transparenz gewährleistet.

Strategie 9: Ambulante Versorgung durch die Spitäler

Die stationären Leistungserbringer können ambulante Leistungen erbringen. Diese Leistungen haben auch künftig ihren grundsätzlich ergänzenden Charakter zur niedergelassenen Ärzteschaft und zu den übrigen privaten Leistungserbringern beizubehalten.

Kommentar:

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten. Geprüft wird insbesondere die Ausdehnung des Zulassungsstopps für Ärztinnen und Ärzte auf den ambulanten Spitalbereich.

5.3.2.2 Themenbereich 10: Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler)

Beschreibung:

Die Krankenversicherungsgesetzgebung definiert, welche Berufe unter welchen Voraussetzungen berechtigt sind, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein (sog. Krankenkassenzulassung). Diese Berufe unterliegen zudem einer gesundheitspolizeilich motivierten Bewilligungspflicht, für welche die kantonale Gesundheitsgesetzgebung die jeweiligen Bewilligungsvoraussetzungen festlegt. Vereinzelt unterliegen Berufe im Gesundheitswesen 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 Einschränkung.

Ausgangslage:

Die Versorgungsdichte mit Leistungserbringern des ambulanten Bereichs im Kanton Aargau ist im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich. Steuerungsmöglichkeiten des Kantons sind nur bedingt vorhanden. Die verfassungsrechtlich garantierte Wirtschaftsfreiheit verunmöglicht eine Steuerung des Angebots auf der Basis der gesundheitspolitischen Bewilligungspflicht.

Eine indirekte Steuerung ergibt sich aus dem Krankenversicherungsgesetz. Mit der Verordnung vom 3. Juli 2002 über «die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» hat der Bundesrat Grundlagen für einen Zulassungsstopp von Leistungserbringern geschaffen, den Vollzug aber weitgehend den Kantonen delegiert.

Der Kanton Aargau hat die erwähnte Verordnung des Bundesrates insofern umgesetzt, als er mit einer kantonalen Vollziehungsverordnung den Zulassungsstopp ausschliesslich auf die Ärztinnen und Ärzte beschränkt hat. Allerdings sind gewisse Ausnahmen möglich, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssicherheit. Seit 1.1.2010 ist der Zulassungsstopp für Grundversorgerinnen und Grundversorger (Facharztstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Titel prakt. Arzt) auf Bundesebene aufgehoben.

Ärztliche Leistungserbringer, die nicht zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung tätig sind, unterliegen keiner kantonalen Steuerung über die KVG-Zulassung.

Ärzterschaft

Per 1. Januar 2009 beträgt die Zahl der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte 877 (Quelle: FMH-Ärzttestatistik). Grundversorgerinnen und Grund-

versorger sind in allen Regionen des Kantons vorhanden, während die Spezialistinnen und Spezialisten vorwiegend in städtischen Gebieten bzw. Regionen mit Belegarztkliniken konzentriert sind. Während im gesamtschweizerischen Durchschnitt die Anzahl Personen pro niedergelassene/n Ärztin/Arzt 510 beträgt, beläuft sich diese Zahl im Kanton Aargau auf 675.

Zahnärzteschaft

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte beträgt per 1. Januar 2009 280. Die Zahnärztedichte ist in städtischen Regionen höher als in ländlichen.

Chiropraktoren und Chiropraktorinnen

Die Zahl der niedergelassenen Chiropraktorinnen und Chiropraktoren per 1. Januar 2009 beträgt 15.

Apotheken

Im Kanton Aargau gibt es per 1. Januar 2009 112 Apotheken. Aufgrund der guten geographischen Verteilung ist die Versorgung der Bevölkerung mit rezeptpflichtigen und rezeptfreien (inkl. Drogerien) Arzneimitteln flächendeckend sichergestellt, sodass bei weniger schwerwiegenden Erkrankungen auch die Selbstmedikation jederzeit möglich ist.

Weitere bewilligungspflichtige Berufe sowie Organisationen und Betriebe
Unter diese Kategorie fallen die folgenden Berufsgruppen und Organisationen (in Klammer Anzahl per 1. Januar 2009):

- Abgabestelle für Mittel und Gegenstände: Abgabe von Atemtherapiegeräten, Stöcken, Rollstühlen usw. (4)
- Ambulante ärztliche Einrichtungen gemäss Art. 36a KVG (neu ab 1.1.2010)
- Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker (9)*
- Drogerien (52)*
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (55)
- Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater (19)
- Hebammen und Entbindungspfleger (133)
- Laboratorien für medizinische Analysen (5)
- Logopädinnen und Logopäden (22)
- Medizinische Masseurinnen und Masseur (112)*
- Optikerinnen und Optiker bzw. Optometristinnen und Optometristen (105)*
- Organisationen der Ergotherapie (3)
- Osteopathinnen und Osteopathen* (neu ab 1.1.2010)
- Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (173)
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (461)
- Podologinnen und Podologen* (128)
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (265)*
- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (76).

* Berufe, die nicht als Leistungserbringer gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung anerkannt sind.

Komplementärtherapeutische Leistungserbringer

Der Komplementärmedizin zugerechnet werden alte und neue medizinische Systeme und Methoden eigener und anderer Kulturen ausserhalb der westlichen Schulmedizin (z. B. traditionelle Chinesische Medizin, Magnetfeldtherapie, Homöopathie). Es gibt im Kanton Aargau zahlreiche Angebote im ärztlichen und insbesondere im nicht-ärztlichen Bereich.

Das revidierte Gesundheitsgesetz ermöglicht im nicht-ärztlichen Bereich eine weitgehend freie komplementärtherapeutische Berufsausübung, welche keiner Bewilligung bedarf.

Selbsthilfegruppen

Als Selbsthilfeorganisationen werden Patientenorganisationen bezeichnet, die durch die Betroffenen selber betrieben oder massgebend bestimmt werden. Im Kanton Aargau existieren verschiedene Selbsthilfegruppen. Das Selbsthilfezentrum Aargau, welches generell für die Förderung von Selbsthilfegruppen zuständig ist, wird vom Kanton unterstützt (Leistungsvertrag).

Strategie 10: Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler)

Die ambulante Versorgung unterliegt im Kanton primär dem Prinzip von Angebot und Nachfrage. Der Kanton unterstützt geeignete Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wirtschaftlichen ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Wenn Leistungen ambulant erbracht werden können, sollen diese nicht stationär angeboten werden.

Kommentar:

Steuerungsmöglichkeiten bestehen bei der Ärzteschaft weiterhin im Rahmen der Fortführung des Zulassungsstopps bis 31.12.2011.

Um die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung zu fördern, unterstützt der Kanton seit dem Jahr 2008 die Praxis-Weiterbildungsassistenten bei Grundversorgerinnen und Grundversorgern inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie mit finanziellen Mitteln.

Daneben gibt das neue Gesundheitsgesetz dem Kanton die rechtliche Grundlage dafür, geeignete Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung zu treffen. Auch im Rahmen des KVG sollen solche Massnahmen (z. B. Förderung von Managed Care) zum Einsatz kommen.

5.3.2.3 Themenbereich 11: Notfallversorgung

Beschreibung:

Die Notfallversorgung wird von der niedergelassenen Ärzteschaft, den Apotheken und den Notfallstationen der Spitäler, die rund um die Uhr betrieben werden, wahrgenommen. In den letzten Jahren hat eine zunehmende Verlagerung in die Notfallstationen der öffentlichen Spitäler stattgefunden.

Ausgangslage:

Eine umfassende Untersuchung über die Situation der Notfallversorgung im Kanton Aargau wurde in den Jahren 2003/04 durchgeführt. Diese hat gezeigt, dass über 50% der Notfallpatienten in den Notfallstationen Selbsteinweiser sind. Davon hätten wiederum gut 50% in einer normalen Arztpraxis behandelt werden können. Die steigenden Frequenzen in den Notfallstationen sind Ausdruck einer wachsenden Anspruchshaltung der Bevölkerung. Auch bei kleinsten Bagatellen werden unverzüglich und unabhängig von der Tageszeit ärztliche Leistungen konsumiert. Dem Prinzip der Eigenverantwortung wird immer weniger nachgelebt.

Die zunehmende Beanspruchung der Notfallstationen hat eine steigende Belastung der Infrastruktur zur Folge. Daraus entstehen Ausbaubedürfnisse mit entsprechenden Kostenfolgen für den Kanton.

Um zwischen den Notfallstationen der Spitäler und der niedergelassenen Ärzteschaft besser zu koordinieren, wurden verschiedene Modelle entwickelt. Am Kantonsspital Baden wird eine der Notfallstation vorgelagerte Arztpraxis gemeinsam vom Spital und der frei praktizierenden Ärzteschaft betrieben. Das Kantonsspital Aarau führt in eigener Regie eine der Notfallstation vorgelagerte Praxis mit Fachärztinnen und Fachärzten der Grundversorgung. Auch zwischen den Regionalspitälern und den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten existieren verschiedene Formen der Zusammenarbeit.

Die künftige Organisation des ärztlichen Notfalldienstes wird in Absprache mit der Ärzteschaft unter Berücksichtigung des zunehmenden Durchschnittsalters der Grundversorgerinnen und Grundversorger und dem sich in einigen Jahren abzeichnenden Hausärztemangel diskutiert werden müssen.

Strategie 11: Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist durch die niedergelassene Ärzteschaft, Apotheken, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die Spitäler gewährleistet. Für letztere gilt die Notfallversorgung als integraler Bestandteil des Leistungsauftrages. Die Notfallversorgung ist zwischen den verschiedenen Leistungserbringern koordiniert.

Kommentar:

Der Aargauische Ärzteverband (AAV) erhält seit dem Inkrafttreten des neuen Gesundheitsgesetzes am 1.1.2010 einen entgeltlichen Leistungsauftrag zur Organisation des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton. In der Folge leitete der AAV ein Projekt zur Neuorganisation der ärztlichen Notfallversorgung in die Wege. Nebst der frei praktizierenden Ärzteschaft werden auch die Spitäler ins Konzept einbezogen, so dass ein flächendeckendes Notfallkonzept unter Einbezug der Grundversorger und der Spezialisten erarbeitet werden kann. Die vorhandenen Ressourcen sollen optimal eingesetzt werden, um die Notfallversorgung der Bevölkerung jederzeit zu gewährleisten.

5.3.2.4 Themenbereich 12: Rettungswesen**Beschreibung:**

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. Oft handelt es sich um unmittelbar vom Tod bedrohte oder von schweren gesundheitlichen Störungen bzw. Schädigungen verletzte oder erkrankte Patientinnen und Patienten. Diese müssen kompetent versorgt und transportiert werden. Primäres Ziel der Rettungsbemühungen ist die Rettung von Menschenleben und die Verhinderung weiterer, evtl. bleibender gesundheitlicher Schädigungen.

Es ist eine zweckmässige, zuverlässige und effiziente notfallmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, die den anerkannten Qualitätsrichtlinien entspricht. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat den Interverband für Rettungswesen (IVR) mandatiert, um in der Schweiz allgemein akzeptierte Qualitätsrichtlinien in Abstimmung mit internationalen Standards zu erarbeiten und weiter zu entwickeln.

Ausgangslage:

Neun öffentliche, den Akutspitälern angegliederte und zwei private Rettungsdienste decken die Rettungs- und Transportbedürfnisse im Kanton ab. Koordiniert und geführt werden die Einsätze von der Einsatzleitstelle (ELS) 144 zurzeit am Kantonsspital Aarau. Damit wird sichergestellt, dass in rund 80% der Fälle innert 15 Minuten nach Alarmeingang bei der Einsatzleitstelle ein Rettungsteam am Unfall- oder Erkrankungsort eintrifft. Der zukünftige Standort der Einsatzleitstelle wird die kantonale Notrufzentrale in Aarau sein.

Zusätzlich sind einige private Transportdienste vorhanden, die keine Rettungen, sondern lediglich Krankentransporte durchführen, wie zum Beispiel der Transportdienst des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Das aargauische Rettungswesen basiert auf dem Rettungskonzept 2005 als Teil der Spitalkonzeption 2005. Die durchgeführte Studie zur Notfall- und Rettungsversorgung hat gezeigt, dass die Strukturen im Wesentlichen den Bedürfnissen entsprechen. Die bisher fehlende formelle gesetzliche Grundlage für das aargauische Rettungswesen wurde mit dem revidierten Gesundheitsgesetz geschaffen. Insbesondere ist seit dem 1.1.2010 eine Bewilligungspflicht in Kraft.

Strategie 12: Rettungswesen

Der Kanton gewährleistet eine flächendeckende, sich an anerkannte Kriterien anlehrende rettungsdienstliche Versorgung.

Im Rahmen der kantonalen Notrufzentrale wird die Einsatzleitstelle (ELS) 144 kontinuierlich optimiert.

Kommentar:

Die ELS 144 des Kantonsspitals Aarau wird in die gemeinsame kantonale Notrufzentrale überführt. Unter einem Dach werden Polizei, Feuerwehr und Sanität vereint.

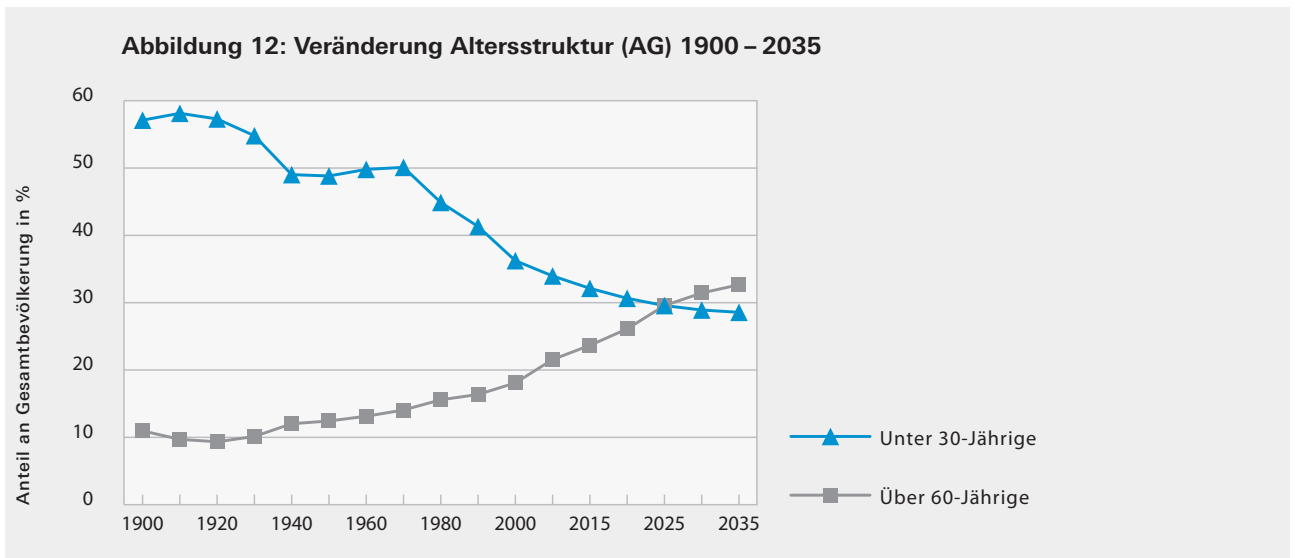
Mit dieser Massnahme werden künftig eine noch bessere Koordination der verschiedenen Dienste, raschere Einsätze und optimierte Abläufe möglich sein.

5.4 Gesundheitsversorgung Langzeitbereich

Demografie

Der Bedarf an Betreuungs- und Pflegeplätzen in der Langzeitversorgung wird zunehmen.

Die Zahl der älteren Bevölkerung wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Hingegen macht sich ein konstanter Rückgang beim Anteil der unter 30-jährigen bemerkbar. Die nachfolgende Abbildung zeigt das unterschiedliche Wachstum der beiden Bevölkerungsgruppen anteilmässig an der Gesamtbevölkerung des Kantons Aargau:



Quelle: Statistisches Amt, Kanton Aargau

Der Anteil der über 60-Jährigen wird erstmals im Jahr 2025 grösser sein als die Altersgruppe der unter 30-Jährigen. Im Jahr 2035 wird bereits ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Die daraus entstehenden Auswirkungen für die Langzeitpflege werden nachfolgend beschrieben.

Gesellschaftspolitisches Umfeld

Die höhere Lebenserwartung und der Rückgang der Geburten verändern die Familienstrukturen. Es gibt mehr Einelternfamilien, Patchwork-Familien, Einpersonenhaushalte usw. Diese Tendenz dürfte in den nächsten Jahren weiter anhalten. Der gesellschaftliche Wandel führt zu einer neuen Situation im sozialen Verhalten. Kleinere Kinderzahlen pro Familie führen zu weniger potenziell pflegenden Angehörigen von alt gewordenen Eltern und Geschwistern. Instabilere Paarbindungen haben zur Folge, dass immer weniger Eheleute respektive Lebenspartnerinnen und -partner bereit sind, die gegenseitige Verantwortung für das Alter zu übernehmen. Ferner trennt die geografische Mobilität die alt gewordenen Eltern von ihren Kindern. Immer weniger berufstätige Menschen müssen in Zukunft für immer mehr Menschen aufkommen, die nicht mehr im Arbeitsprozess stehen.

Bettendichte und Bettenbedarf im Jahr 2008

Anzahl Betten in stationären Pflegeeinrichtungen	5800
Bettendichte in Pflegeeinrichtungen	9.7 / 1000 Einw.
	(CH: 11.9 / 1000 Einw.)

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2009

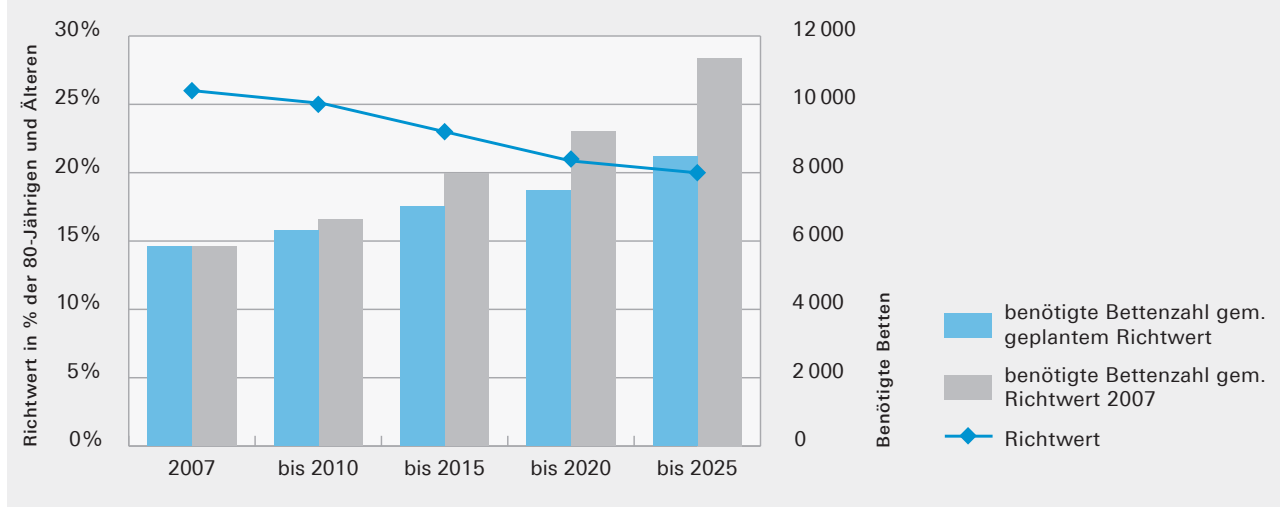
Die Bettendichte des Kantons Aargau liegt im gesamtschweizerischen Vergleich unter dem Mittel. Eine wesentliche Rolle dabei spielt die Altersstruktur

der Bevölkerung. Der Kanton Aargau zeigt einen vergleichsweise jungen Altersdurchschnitt.

Prognosen des Statistischen Amtes gehen davon aus, dass die Wohnbevölkerung der über 80-Jährigen bis über das Jahr 2020 hinaus weiter zunehmen wird. Bei einer zurückhaltenden Annahme werden rund 20% dieser Bevölkerungsgruppe einen Platz in einer stationären Einrichtung benötigen. Dieser Zuwachs wird zu einem weiteren Bedarf an Pflegeplätzen führen. Heute verfügt der Kanton über ca. 5800 Betten. Der Kanton geht davon aus, dass im Jahr 2025 8400 Betten zur Verfügung stehen müssen. Die inneren Reserven sind durch die Umwandlung von Altersheimbetten in Pflegeheimbetten in den letzten Jahren bereits aktiviert worden.

Die Mehrheit der alternden Bevölkerung hat den Wunsch, auch nach Eintritt eines Pflegebedarfs möglichst lange zu Hause zu leben. Die strategischen Ziele des Kantons decken diesen Wunsch mit einer gezielten Förderung ambulanter Hilfe und Pflege zu Hause. Ein Teil der Menschen mit geringem bis mittlerem Pflegebedarf kann so in ambulanten Strukturen gepflegt und betreut werden. Dies entspricht dem Grundsatz «ambulant vor stationär». Falls diese Verlagerung der Schwerpunkte gelingt, werden vermehrt Menschen mit geringem bis mittlerem Pflegebedarf zu Hause bleiben können. Hingegen wird der durchschnittliche Pflegebedarf bei der stationären Langzeitversorgung steigen, da dort vor allem Menschen mit Schwerstpflegebedarf betreut werden.

Abbildung 13: Richtwerte und benötigte Betten im Kanton Aargau 2007 – 2025



Quelle: Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Ausgabe 2008

Der Richtwert ist das in Prozent ausgerechnete Verhältnis der Anzahl Pflegeplätze zum Total der 80-Jährigen und Älteren. Der sinkende Richtwert bildet eine laufende Entwicklung ab, namentlich die bessere Gesundheit der älteren Bevölkerung, den Ausbau der ambulanten Pflege und den Trend zu alternativen Wohn- und Betreuungsformen ab.

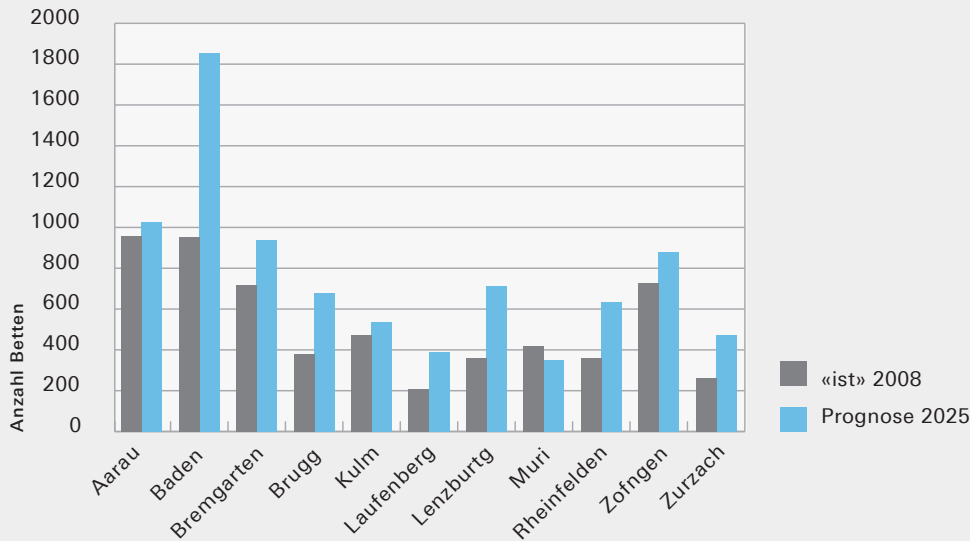
Für die Festlegung der Richtwerte ab 2010 wurde jener des Jahres 2007 zugrunde gelegt. Dies unter Berücksichtigung sämtlicher Einflussfaktoren wie präventive Anstrengungen des Kantons und Wille der älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause verbleiben zu können.

Er dient in erster Linie zur Steuerung des Angebotes an Pflegeplätzen. Bei einer Unterversorgung an Pflegeplätzen kann er als Empfehlung für die benötigte Anzahl Plätze verwendet werden. Im Kanton Aargau ist der Richtwert von 34.1 % (1998) auf 25.1 % (2008) gesunken.

Eine besondere Herausforderung stellt die zunehmende Anzahl dementer Menschen (Alzheimer und andere Demenzen) dar. Aufgrund der demographischen Prognose muss in Zukunft mit zusätzlichen Pflegeplätzen gerechnet werden. Diese Entwicklung muss in der Planung von stationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere von geeigneten Angeboten für Demente, speziell berücksichtigt werden.

Die Analyse der verschiedenen Regionen zeigt, dass die Verteilung des Bettenbedarfs sehr unterschiedlich ist. Diese unterscheidet sich je nach Altersstruktur der Bevölkerung.

Abbildung 14: Entwicklung Bettenbedarf nach Bezirken 2008 und Prognose 2025



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau
 (In den Prognosedaten der Bezirke sind die kantonalen Durchschnittswerte abgebildet. Für eine detaillierte Bettenbedarfsberechnung innerhalb eines Bezirks werden jeweils die aktuellen Daten zugrunde gelegt).

Die Gesundheitsversorgung im Langzeitbereich basiert auf stationären Einrichtungen sowie auf ambulanten Diensten. Die Erfahrung zeigt, dass sich ältere Menschen zu Hause am wohlsten fühlen. Sie möchten möglichst lange in vertrauter Umgebung bleiben, bevor ein Aufenthalt in einer stationären Einrichtung nötig wird. Unterschiedliche Angebote sollen deshalb diesen Wunsch unterstützen. Dazu gehören vor allem die Spitex-Dienstleistungen, die Freiwilligenarbeit, die Übergangspflege, ein Netz von Anlauf- und Beratungsstellen und eine Ombudsstelle.

Der ambulante Bereich, insbesondere der Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause, hat sich in den letzten 20 Jahren etabliert und in Richtung Professionalisierung weiterentwickelt. Gemäss § 11 des Pflegegesetzes sind die Gemeinden zuständig für die Sicherstellung der Hilfe und Pflege zu Hause.

Der Verbleib zu Hause hängt von der Stabilität des gesellschaftlichen Netzes ab. Neben den genannten Dienstleistungen sind die intermediären Strukturen massgebend, ob der betagte und pflegebedürftige Mensch seinen Lebensabend zu Hause verbringen kann. Dabei sind Transport- und Einkaufsdienste, Besuchs- und Mahlzeitendienste und andere wichtige Leistungen sowie soziale Kontakte entscheidend, damit das Altern zu Hause möglich bleibt.

Grundsätze der Langzeitversorgung

Die Alterspolitik orientiert sich an der Maxime der Lebensqualität. Doch was Lebensqualität wirklich bedeutet, wird von Mensch zu Mensch unterschiedlich gewichtet. Dieser Besonderheit Rechnung zu tragen, ist wohl eine der grössten Herausforderungen in der täglichen Altersarbeit. Die betagten Einwohner im Kanton Aargau haben unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit den Anspruch auf eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung. Für die Sicherstellung der individuellen Versorgung haben Kanton und Gemeinden um geeignete Finanzierungshilfen besorgt zu sein.

Alter darf nicht gleichgesetzt werden mit Krankheit. In dieser Lebensphase ist es aber wahrscheinlich, dass ein Mensch Defizite entwickelt, die wenn möglich kompensiert werden müssen. Je nachdem halten diese Defizite an oder nehmen bis zum Tod zu.

Die Sorge um die Betagten ist eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden. Dabei soll sich der Kanton auf seine Pflichten gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) beschränken. Dazu gehört vor allem die Pflicht, Richtwerte als Hilfsmittel für die Bedarfsplanungen der Gemeinden festzulegen.

Im Kanton Aargau besteht ein «Forum für Altersfragen», das Leistungserbringer, Kanton und Gemeinden sowie Versicherer an gemeinsamen Lösungen arbeiten lässt.

Die Bedeutung des Langzeitbereichs hat in den letzten Jahren gegenüber dem Akutbereich zugenommen. Der Kanton hat sich bei der Überarbeitung der grundlegenden Planungen und Gesetze zum Langzeitbereich aktuelle Grundlagen verschafft. So ist davon auszugehen, dass sich der Anteil der Hochbetagten, d. h. 80-jährig und älter, um den Faktor 2,6 erhöhen wird.

5.4.1 Themenbereich 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung

Beschreibung:

Mit dem neuen Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 (in Kraft ab 1. Januar 2008) wurde die Zuständigkeit zur Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege den Gemeinden übertragen. Dem Pflegegesetz liegt der Gedanke zugrunde, dass die Gemeinden diese Aufgabe soweit zweckmässig durch eine interkommunale Vernetzung und Koordination erfüllen.

Die Verpflichtung des Kantons im Bereich der Langzeitpflege beschränkt sich im Wesentlichen auf die Aufarbeitung der strategischen und fachlichen Grundlagen. Mit der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung werden die Strategien definiert und mit der Pflegeheimkonzeption und dem Spitex-Leitbild

wurden die fachlichen Grundlagen geschaffen. Die Umsetzung des Pflegegesetzes in der Praxis orientiert sich an diesen Grundlagen. Der Kanton hat mit der Schaffung der Fachstelle für Altersfragen dem Umstand Rechnung getragen, dass eine fachliche Begleitung in der Umsetzungsphase notwendig ist.

Ausgangslage:

Die Zuständigkeit der Gemeinden für die Langzeitpflege ist auch unter der neuen Pflegefinanzierung an sich nicht bestritten. Als deren Folge kommt allerdings die Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege als neue Aufgabe auf die Gemeinden zu. Demgegenüber sichert der Kanton über die Ergänzungsleistungen und über die Hilflosenentschädigungen die Existenzgrundlage der betagten Bevölkerung auch bei zunehmenden Abhängigkeiten und bei Pflegebedarf. Bei der Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege sind im Wesentlichen zwei Vollzugsmodelle denkbar.

Bei einer reinen Subjektfinanzierung geht die vollständige Rechnung an die Leistungsbezügerinnen und -bezüger, welche ihrerseits die ihnen zustehenden Vergütungsansprüche geltend machen, d.h.:

- die KVG-pflichtigen Leistungen bei der Krankenversicherung;
- die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche (EL, HE) bei der SVA Aargau; und
- die Vergütung der Restkosten bei der Wohnsitzgemeinde.

Das Modell der teilweisen Objektfinanzierung geht davon aus, dass dem Leistungserbringer die Restkosten der Pflege nicht via Leistungsbezügerinnen und -bezüger, sondern direkt von der öffentlichen Hand vergütet werden. Bei diesem Modell wären wiederum zwei Varianten möglich, entweder die Rechnungsstellung der Restkosten der Pflege direkt an die zuständige Wohnsitzgemeinde oder an eine zentrale (kantonale) Clearingstelle.

Für die Einsetzung einer kantonalen Clearingstelle sprechen verschiedene Gründe:

- administrative Entlastung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner;
- administrative Entlastung der Gemeinden;
- zentrale Erhebung der notwendigen Informationen über die Entwicklungen im Langzeitpflegebereich.

Die Clearingstelle übernimmt zudem, nebst der zentral organisierten Bezahlung der Leistungserbringer, auch die Meldung der kommunalen Aufwendungen an den Finanz- und Lastenausgleich sowie die Abklärung und Bereinigung anspruchsvoller Fälle, zum Beispiel im interkantonalen Bereich. Die kantonale Clearingstelle ist damit ein Instrument, welches den Gemeinden beim Vollzug der Pflegefinanzierung wirksame Unterstützung bietet.

Mit der Pflegefinanzierung verlangt der Bund neu, dass durch den Aufenthalt in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird. Demgegenüber stehen Forderungen, dass nicht nur «in der Regel», sondern vollständig verhindert wird, dass durch den Aufenthalt in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung eine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.

Modelle, die sicherstellen sollen, dass in jedem Fall eine Sozialhilfeabhängigkeit verhindert wird (z. B. Kostendeckungsbeiträge), erweisen sich als sehr kompliziert und aufwändig. Mehrheitlich werden Lösungen über die Ergänzungsleistungen befürwortet, wobei dieses System nicht die absolute Garantie für sich in Anspruch nehmen kann, dass es keine Fälle von Sozialhilfeabhängigkeit mehr geben wird (z. B. Kürzung der EL wegen Vermögensverzicht zu Gunsten von Angehörigen).

Strategie 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit geeigneten Instrumenten bei der Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Langzeitversorgung.

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit der kantonalen Clearingstelle beim Vollzug der Finanzierung und der Datenauswertung.

Über die personenbezogene Finanzierung wird in der Regel verhindert, dass durch den Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.

Kommentar:

Als Instrumente stehen vor allem die Pflegeheimkonzeption 2009 und das Spitex-Leitbild 2008 zur Verfügung. Mit der Pflegeheimkonzeption 2009 werden den Gemeinden Grundlagen für die Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Langzeitversorgung zur Verfügung gestellt. Zudem werden die Gemeinden mit der neu geschaffenen Fachstelle für Altersfragen bei der Umsetzung der Pflegegesetzgebung unterstützt.

Im Rahmen der Teilrevision der Pflegegesetzgebung erfolgt die Umsetzung der kantonalen Clearingstelle sowie der Vorgabe des Bundes, dass durch den Aufenthalt in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird. Folgende Massnahmen tragen zu einer weiteren Reduktion bzw. zu einer weitestgehenden Eliminierung von Sozialhilfefällen bei:

- Beibehaltung der Tagestaxe von Fr. 150.– auch unter der neuen Pflegefinanzierung;
- Erhöhung der Tagestaxe um eine allenfalls bezogene Hilfflosenentschädigung;
- Erhöhung der allgemeinen Vermögensfreibeträge sowie der Vermögensfreigrenze für selbstbewohntes Wohneigentum, wenn ein Ehepartner in einem Pflegeheim oder Spital gepflegt wird.

5.4.2 Themenbereich 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung

Beschreibung:

Die Betagten müssen in ihrem Wunsch nach Selbständigkeit und Gesundheit im Alter unterstützt werden. Das Spektrum dieser Unterstützung reicht von der Vermittlung von Informationen bis hin zur Beratung von unterschiedlichen sozialen und physischen Anliegen. Zu diesem Zweck wird eine zielgerichtete Hilfe angeboten, welche die Betagten unterstützt.

Pflege- und Betreuungsangebote müssen nicht nur aus medizinisch-pflegerischer Sicht, sondern auch aus der Sicht der Betroffenen beurteilt werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Komplexität geriatrischer Krankheitsbilder stark zunehmen wird. Die Diagnosen dazu werden zudem immer differenzierter und genauer. Deshalb müssen Mittel und Wege gefunden werden, um das geriatrische Wissen zu erhöhen und zu vermitteln, so dass es in konkrete Alltagssituationen eingebracht werden kann.

Ausgangslage:

Im Kanton Aargau sind nur wenige auf Geriatrie spezialisierte Ärztinnen und Ärzte tätig. Das heisst aber nicht, dass wenig geriatrisches Wissen vorhanden ist. Das Weiterbildungsangebot der Hausärztinnen und Hausärzte bietet zunehmend entsprechende Inhalte an. Zudem wird dieses Wissen in Fachgruppen auf informelle Art ausgetauscht und so in wertvoller Art vermehrt. Im Sinne eines strukturierten Wissenstransfers soll dieser Austausch weiterentwickelt werden. Dem zunehmenden Bedarf an Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzten gilt es besondere Beachtung zu schenken.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für gewisse Defizite, wie Mobilitätsverlust, Bewegungseinschränkungen, soziale Vereinsamung usw. Mittel und Wege, um diese Defizite zu kompensieren und einen möglichst langen Verbleib zu Hause zu ermöglichen, sind wichtig. Jedem Heimaufenthalt sollte deshalb eine Beratung vorangestellt werden, wie sie von verschiedenen Institutionen, z. B. der Pro Senectute, erbracht werden. Damit kann abgeklärt werden, inwieweit mit einzelnen Massnahmen behindernde Defizite kompensiert werden können, ohne dass ein Heimaufenthalt nötig wird. Diese Dienstleistung soll und kann nicht als obligatorisch erklärt werden, sondern steht auf freiwilliger Basis zur Verfügung.

Die Verantwortung und Kompetenz für die ambulanten Strukturen in der Langzeitpflege liegt gemäss Pflegegesetz und entsprechender Verordnung bei den Gemeinden. Diese Zuständigkeit ist sinnvoll, entspricht sie doch der dezentralen Versorgungsnotwendigkeit und den gewachsenen Strukturen. Bei der Ausgestaltung der kommunalen bzw. regionalen Angebote ist es aber wichtig, dass das Wissen über mögliche Organisationsformen und bereits

erfolgreich lancierte Projekte verfügbar ist. Der Kanton sieht es als seine Aufgabe, den Gemeinden Informationen und Unterstützung zu bieten.

In der Langzeitpflege entstehen langfristige Beziehungen. Daraus können sich emotionale Abhängigkeiten zu den Betreuungspersonen entwickeln. Mögliche Folgen sind psychische Belastungen, Differenzen und Spannungen. Die Ombudsstelle der Patientenstelle Aargau-Solothurn hilft bei der Bewältigung von Schwierigkeiten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass das Angebot genutzt wird und verschiedene Fragen und Anliegen gut geklärt werden können.

Strategie 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung

Der Kanton trägt gemeinsam mit den Gemeinden dazu bei, dass Lebensqualität und Selbstständigkeit seiner älteren Bevölkerung erhalten und gefördert werden.

Der Kanton schafft die rechtlichen Voraussetzungen, welche Vernetzung, Koordination und Synergienutzung der Angebote in der Langzeitversorgung ermöglichen.

Kommentar:

Mit der Vernetzung soll eine engere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen bestehenden Institutionen (Ärzte, Spitäler, Spitex, Heime, Beratungsstellen usw.) erreicht werden. Die Umsetzung erfolgt – soweit nötig – im Rahmen des Pflegegesetzes, der Pflegeheimkonzeption und des Spitex-Leitbildes. Insbesondere enthält die neue Pflegeheimkonzeption eine ausführliche Abhandlung über die neuen Wohn- und Betreuungsformen, deren Bedeutung in den nächsten Jahren mit Sicherheit zunehmen wird.

5.4.3 Themenbereich 15: Angebote der Übergangspflege

Beschreibung:

Personen werden nach Unfällen und bei akuten Erkrankungen in den somatischen Akutspitälern behandelt. Bei den akuten Erkrankungen kann es sich um das Auftreten neuer Krankheitsbilder oder um die Verschlechterung des bestehenden Gesundheitszustandes handeln. Ziel der Akutpflege sollte die Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes sein.

Nach der Akutpflege gelangen Patientinnen und Patienten in eine Übergangspflege, wenn ein Rehabilitationsprozess zwar notwendig, aber eine Überweisung in eine Rehabilitationsklinik mit hoher Therapieintensität nicht angezeigt ist.

Mit der KVG-Revision wird der Begriff Akut- und Übergangspflege im Eidgenössischen Recht neu definiert. Sie wird auf 14 Tage limitiert und den Leistungserbringern der ambulanten und stationären Langzeitversorgung

zugewiesen. Der Kanton Aargau setzt dieses Recht im Pflegegesetz um. Im Rahmen dieser Akut- und Übergangspflege sind nicht alle Ziele erreichbar, die an diese Therapieform gestellt werden.

Die Übergangspflege dient der Rückgewinnung und der Befähigung zur selbstständigen Lebensführung im gewohnten häuslichen Umfeld. Die Therapien und Massnahmen helfen den Patienten, die eigenen Ressourcen zu aktivieren, die Fähigkeitseinschränkungen zu reduzieren und die Autonomie zu erhöhen. Das Rehabilitationspotenzial wird während des Aufenthalts im Akutspital abgeklärt (geriatrisches Assessment). Es gelangen nur Patientinnen und Patienten in die Übergangspflege, die mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder nach Hause zurückkehren. Die geriatrische Übergangspflege arbeitet interdisziplinär und wohnortnah.

Ausgangslage:

Für die Akut- und Übergangspflege erteilt der Kanton geeigneten Institutionen Leistungsaufträge, die sich nach den entsprechenden Kriterien in der Pflegeheimkonzeption und in der Pflegeverordnung richten.

Die Kosten der Akut- und Übergangspflege sollen aufgrund der Nähe zur Akutversorgung im Spital von Kanton und Gemeinden nach dem geltenden Kostenschlüssel in der Grundversorgung von 60%/40% getragen werden.

Strategie 15: Übergangspflege

Der Kanton setzt die Akut- und Übergangspflege gemäss KVG um, damit die Selbständigkeit nach einem Spitalaufenthalt erhalten und die Rückkehr nach Hause wenn möglich gewährleistet wird.

Kommentar:

Die Übergangspflege beinhaltet stationäre Pflege sowie mobilisierende und aktivierende Massnahmen. Besteht ein Rehabilitationspotenzial, erfolgt die Behandlung in dafür spezialisierten Institutionen. Die rechtlichen Grundlagen werden im neuen Pflegegesetz definiert.

Im Rahmen eines Pilotprojekts wird der Kanton nun zunächst die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit der Übergangspflege prüfen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Akut- und Übergangspflege gemäss KVG auf lediglich zwei Wochen beschränkt ist. Die Erfahrungen werden zeigen, wieweit die Bundesvorgaben genügen, um die damit verfolgten Zielsetzungen erreichen zu können.

5.4.4 Themenbereich 16: Hilfe und Pflege zu Hause

Beschreibung:

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Dienste der Hilfe und Pflege zu Hause als «Spitex» bezeichnet. Die Einsätze werden in Akut- und Langzeit-

situationen bei Personen jeden Alters geleistet. Die Leistungserbringer erbringen qualifizierte Pflege und unterstützen und ergänzen mit ihrem Angebot gezielt das soziale Umfeld der hilfe- und pflegebedürftigen Personen bei den Betreuungsaufgaben. Sie sehen sich als Partner der stationären Einrichtungen und weiteren Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens.

Ausgangslage:

Gemäss Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 sind die Gemeinden für die Sicherstellung der Hilfe und Pflege zu Hause zuständig. Das Gesetz schafft die Grundlagen für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Betreuung und Pflege für Personen aller Altersgruppen. Ziel ist ein möglichst langes Verbleiben zu Hause trotz Hilfe- und Pflegebedarf und damit eine Entlastung stationärer Strukturen (Langzeitinstitutionen, Spitäler).

Um diese Ziele erreichen zu können, definiert die Gesetzgebung ein Mindestangebot der Hilfe und Pflege zu Hause, regelt die zeitliche Verfügbarkeit der Dienste und schliesst die spezialisierten Pflegeangebote der Kinderspitex und ambulanten Onkologiepflege mit ein.

Das Spitex-Leitbild hat als Fachkonzept neu verbindlichen Charakter und umschreibt ergänzend zur gesetzlichen Grundlage die Zielgruppen, das Mindestangebot und macht konkrete Aussagen zur Qualitätssicherung sowie Hinweise zur Bedeutung der verstärkten Nutzung von Synergien.

Mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben soll kantonsweit ein definiertes Mindestangebot von Hilfe und Pflege zu Hause sichergestellt werden.

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» und die damit verbundene Zielsetzung, stationäre Strukturen zu entlasten, soll konsequent weiterverfolgt werden. Als finanziellen Anreiz für die Patientinnen und Patienten zugunsten der Pflege zu Hause soll daher auf eine Patientenbeteiligung verzichtet werden. Hilfe zu Hause wird wie bis anhin von den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern mitfinanziert.

Strategie 16: Hilfe und Pflege zu Hause

Die Sicherstellung des Angebots der Hilfe und Pflege zu Hause ist Aufgabe der Gemeinden.

Im Sinne des Grundsatzes «ambulant vor stationär» ist das Angebot so ausgestaltet, dass stationäre Strukturen entlastet werden.

Das Angebot ist sowohl auf Akut- als auch auf Langzeitsituationen ausgerichtet und entspricht dem ausgewiesenen Bedarf.

Gemeinden und Leistungserbringer fördern die Nutzung von Synergien durch geeignete Modelle von Kooperation, Koordination oder Regionalisierung mit den massgebenden Akteuren.

Kommentar:

Mit der Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben soll kantonsweit ein definiertes Mindestangebot von Hilfe und Pflege zu Hause als Teil der Gesundheitsversorgung bestehen.

Mit dem schweizweit etablierten Verfahren des Bedarfsnachweises ist sichergestellt, dass Hilfe und Pflege zu Hause nicht über den eigentlichen Bedarf hinaus in Anspruch genommen und von der öffentlichen Hand finanziert wird. Zusätzliche Leistungen müssen von den Patientinnen und Patienten finanziert werden.

Der Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich soll als Anreiz für die Patienten mithelfen, den Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent zu verfolgen.

5.4.5 Themenbereich 17: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause durch Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege

Beschreibung:

Die Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege ist ein zentraler Pfeiler der ambulanten und stationären Langzeitversorgung.

Ausgangslage:

Die Freiwilligenarbeit ist im Pflegegesetz verankert. Grundsätzlich wird Freiwilligenarbeit in zwei Bereichen geleistet:

- Freiwilligenarbeit im Rahmen von Institutionen (Besuchen, Vorlesen, Transportieren usw.);
- Freiwilligenarbeit im Rahmen des privaten Umfeldes (Betreuung von Betagten und Pflegebedürftigen zu Hause).

Schätzungen gehen davon aus, dass schweizweit jährlich Leistungen im Wert von rund Fr. 1 Mia. erbracht werden. Gemäss den Erhebungen des kantonalen Steueramtes wird jährlich für rund 1000 Personen der Betreuungsabzug im Sinne von § 42 Abs. 1 lit. d des Steuergesetzes geltend gemacht. Das bedeutet, dass in dieser Grössenordnung pflegebedürftige Personen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt betreut werden. Dies führt zu Entlastungen der üblichen Kostenträger von rund Fr. 36 Mio. (Annahme: 3 Std./Tag à Fr. 35.–).

Für die Umsetzung des Prinzips «ambulant vor stationär» ist die Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege ein zentraler Wert. Sie ist deshalb gezielt zu fördern, indem neue Ressourcen erschlossen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass im Aargau aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl der Menschen, die über 80 Jahre alt sind, von heute rund 23 000 auf über 40 000 im Jahr 2025 steigen wird. Kommt hinzu, dass sich im Gleichschritt mit der demografischen Entwicklung ein Notstand in der Pflege und Betreu-

ung abzeichnet, der nur mit gezielten Massnahmen in allen Bereichen der professionellen und freiwilligen Arbeit behoben werden kann.

Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass beim freiwilligen Engagement in der Schweiz generell eine rückläufige Tendenz zu beobachten ist. Gemäss Bundesamt für Statistik ging das freiwillige Engagement für Vereine und Organisationen zwischen 1997 und 2007 von 27 % auf 24 %, dasjenige für unbezahlte Hilfeleistungen im privaten Umfeld von 23 % auf 21 % zurück.

Im Zentrum steht dabei eine patientennahe Versorgung, in der die freiwilligen Helferinnen und Helfer durch das Wahrnehmen der Eigenverantwortung einen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge leisten. Zudem fördern sie ihr Engagement in der Pflege von Familienangehörigen und Bekannten auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt über die Generationen hinweg. Dabei gilt es auch das wachsende Potenzial von pensionierten Menschen für die Pflege von hilfebedürftigen älteren Menschen zu nutzen. Wertschätzung und Anreize für das soziale Engagement in der freiwilligen Pflege sind deshalb in den kommenden Jahren weiter auszubauen.

Strategie 17: Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege

Der Kanton anerkennt und fördert die Freiwilligenhilfe und schafft dazu die nötigen Anreize.

Kommentar:

Beim Aufbau und der Förderung der Freiwilligenarbeit sollen die bestehenden, aktiven Organisationen zusammenarbeiten, um gemeinsam neue Möglichkeiten auszuschöpfen. Dabei ist insbesondere an den von Organisationen, Hilfswerken und Gemeinden getragenen Verein Benevol Aargau und an dessen Fach-, Koordinations- und Vermittlungstätigkeit zu denken. Dieser führt das kantonale Pilotprojekt «Drehscheibe Freiwilligenarbeit» mit den drei Teilprojekten Vermittlungsstelle, Nachbarschaftshilfe und Angehörigenbetreuung.

5.4.6 Themenbereich 18: Palliative Care

Beschreibung:

Palliative Care ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Fürsorge für Menschen, deren Erkrankungen nicht mehr auf kurative Behandlung ansprechen. Um in dieser Situation die Lebensqualität zu maximieren, hat die Beherrschung von Schmerzen und anderer Krankheitsbeschwerden höchste Priorität. Nicht die Verlängerung des Lebens um jeden Preis, sondern die Wünsche und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund. Darin eingeschlossen ist eine mögliche psychische, soziale und spirituelle Unterstützung der betroffenen Menschen und ihrer primären Bezugspersonen. Die im Jahre

2002 angepasste WHO Definition von Palliative Care, hat sich international als Verständnisgrundlage weitgehend durchgesetzt. Palliative Care ist nicht mit Sterbestationen oder gar Sterbehilfe zu verwechseln.

Vom genannten Verständnis von Palliative Care sind folgende Aspekte abzuleiten:

- Palliative Care bejaht das Leben und betrachtet Sterben als einen normalen Prozess; der Tod soll weder beschleunigt noch verzögert werden;
- die primäre Zielsetzung und Aufgabe ist die Verbesserung – respektive die bestmögliche Erhaltung und Unterstützung – der Lebensqualität sowie die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes;
- verschafft Linderung von Schmerzen und andern belastenden Symptomen;
- umfasst präventive, diagnostische, therapeutische (rehabilitative) Massnahmen, welche zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen;
- bietet ein Unterstützungssystem für die Patienten, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben;
- bietet ein Unterstützungssystem für die Angehörigen der Patienten, um die Zeit während der Krankheit sowie die eigene Trauer zu bewältigen;
- setzt auf Konzepte, welche die multiprofessionelle Zusammenarbeit beinhalten, um den Unterstützungsbedarf der Patienten und ihrer Familien optimal zu decken.

Ausgangslage:

In der Schweiz haben Bund und Kantone im Oktober 2008 ein Nationales Fördergremium Palliative Care eingesetzt. Dieses Fördergremium verfolgt das Ziel, Palliative Care besser im schweizerischen Gesundheitswesen zu verankern.

Für das Bundesamt für Gesundheit steht Palliative Care für die «4 S»:

- Symptommanagement: Beste Symptombehandlung und Anleitung zur Selbsthilfe.
- Selbstbestimmung: Die Betroffenen entscheiden vorausschauend und etappenweise, wie sie die letzte Lebensphase gestalten möchten.
- Sicherheit: Die Betroffenen kennen ihr zuständiges Palliativ-Netz und es steht ihnen zur Verfügung.
- Support: Die Angehörigen kennen Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort und können sie in Anspruch nehmen.

Der Kanton Aargau befürwortet diese Ziele und setzt sich für deren konzeptionelle Umsetzung ein.

Strategie 18: Palliative Care

Der Kanton sorgt dafür, dass die Palliativmedizin und -pflege in den Organisationen implementiert wird und ein angemessenes Angebot an spezialisierten Leistungserbringern besteht. Er verpflichtet die Institutionen auf der Spital- und Pflegeheimliste dazu, Palliative Care sicherzustellen.

Kommentar:

Palliative Care umfasst medizinische Behandlung, körperliche Pflege sowie psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung. In der Pflegeheimkonzeption sind die Grundlagen und Kriterien von Palliative Care erläutert. Es gehört zu den wichtigen Aufgaben von Leistungserbringern in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, ihre Klientinnen und Klienten auch in der letzten Lebensphase zu pflegen und zu betreuen. Diese integrierte Begleitung soll bei den Organisationen konzeptionell verankert sein und kann sich an den Kriterien der Pflegeheimkonzeption orientieren. Organisationen mit spezialisierten Abteilungen erhalten einen Leistungsauftrag, der auf den Kriterien und Qualitätsstandards der Pflegeheimkonzeption basiert.

5.5 Gesundheitsversorgung Spezialbereich

In Ergänzung zu den Kapiteln 5.3 und 5.4 fasst das Kapitel «Gesundheitsversorgung Spezialbereich» eigenständige Gebiete zusammen, die zum Teil von wirtschaftlich sehr grosser Bedeutung sind.

5.5.1 Themenbereich 19: Psychiatrie**Beschreibung:**

Gesundheit bedeutet körperliches und psychisches Wohlbefinden. Die Psychiatrie ist ein bedeutendes Teilgebiet der medizinischen Versorgung. Die moderne Psychiatrie befasst sich mit der Krankheits- und Lebensgeschichte der Patientinnen und Patienten unter Einbezug ihres Umfeldes und dessen Einflüsse. Wie alle anderen medizinischen Fachgebiete ist die Psychiatrie in den letzten Jahren einem grossen Wandel unterworfen. Der medizinische Fortschritt mit spezifischen Therapiekonzepten, Medikamenten, Versorgungsstrukturen und vielem mehr erlaubt, dass Patientinnen und Patienten nach einer ersten professionellen Abklärung (Triage) vermehrt ambulant und tagesklinisch oder gar Zuhause behandelt werden können.

Erwachsenenpsychiatrie

10 000 Aargauerinnen und Aargauer erkranken pro Jahr neu an einer psychischen Krankheit, 300 davon an einer Ersterkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, 2000 an einer Demenz. In 1000 Fällen kommt es zu einem chronischen Krankheitsverlauf.

In einer modernen Psychiatrie werden die Patienten vermehrt ambulant und teilstationär behandelt. Die stationäre Behandlung ist also ultima ratio.

Entsprechend muss der Kanton die stationäre Behandlung vermehrt in die ambulanten und teilstationären Behandlungsangebote verlagern. Dies führt zu einer engen Zusammenarbeit der ambulanten, teilstationären und stationären Bereiche untereinander, wie auch zu einer verstärkten Kooperation mit

Hausärzten und niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern. Langzeitpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie sollen zukünftig wenn immer möglich bei stabiler Situation in geeigneten Langzeiteinrichtungen in den Regionen betreut werden. Häufigkeit und Dauer der Klinikaufenthalte werden so auf ein Minimum beschränkt und stationäre Betten können abgebaut werden.

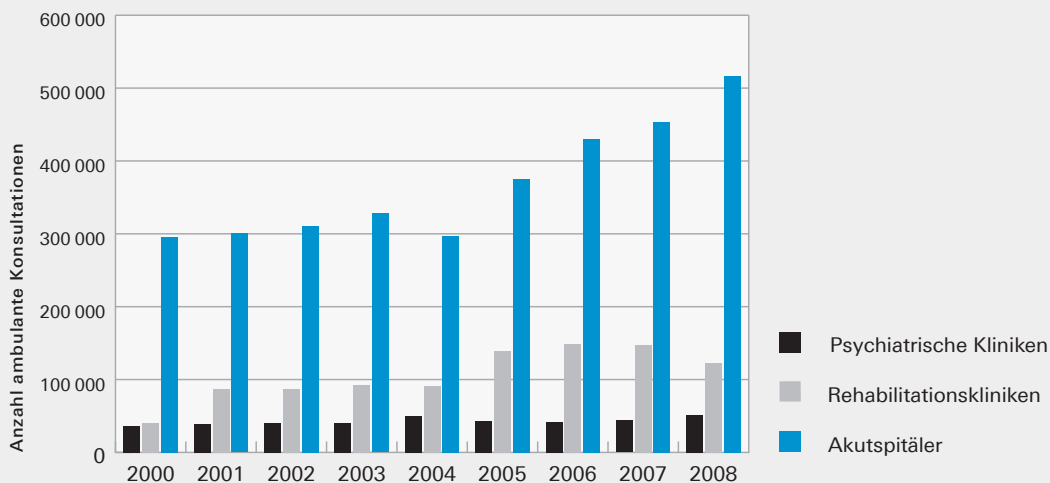
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Die Tragfähigkeit von Familie und Schule wird durch diverse Faktoren reduziert. Damit fallen immer mehr psychisch kranke Kinder und Jugendliche aus den Strukturen, die sie früher tragen konnten und sie werden behandlungsbedürftig. Ursprünglich wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie nur ambulant angeboten. Stationäre Plätze für Jugendliche wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt eröffnet. Ambulant vor teilstationär vor stationär galt seit je in dieser Fachrichtung.

Ausgangslage:

Im Kanton Aargau war die Versorgung in der Vergangenheit stark auf stationäre Behandlung in der Klinik Königsfelden fokussiert. Der medizinische Fortschritt und die regionale Struktur des Kantons führten in den letzten Jahren zu einem verstärkten Aufbau ambulanter und tagesklinischer Angebote in den Regionen. Die Zusammenarbeit mit den somatischen Spitälern und Heimen wurde über Konsiliar- und Liaisondienste aufgebaut und intensiviert.

Abbildung 15: Entwicklung der ambulanten Konsultationen in Spitälern und Kliniken im Kanton Aargau



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Aus versorgungspolitischer Sicht hat sich diese Stossrichtung einer patientenorientierten, integrierten und gemeindenahen Struktur der Versorgung mit einer engen Zusammenarbeit zwischen Klinik, Externem Psychiatrischen Dienst und weiteren spezialisierten Leistungserbringern im Kanton sehr bewährt. Die Leistungen in den Sektoren werden nicht von den Akutkliniken selber erbracht, sondern sind Teil des Angebotes des Externen Psychiatrischen Dienstes. Diese Weiterentwicklung soll aktiv gefördert werden.

Strategie 19: Psychiatrie

Es wird eine zeitgemässe und integrierte Psychiatrie angeboten. Sie basiert auf einem sektorisierten Versorgungskonzept, welches den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Betroffenen angemessen Rechnung trägt. Für ein bedarfsgerechtes Angebot werden alle Anbieter innerkantonal und interkantonal je nach Eignung berücksichtigt.

Kommentar:

Im Hinblick auf eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung der psychisch kranken Menschen im Kanton Aargau sollte in Zukunft die inner- und ausserkantonale Zusammenarbeit verstärkt werden.

Die weitere Entstigmatisierung und damit Öffnung der Psychiatrie hin zu einer modernen, patientenzentrierten, qualitativ hochstehenden Behandlung und Betreuung wird helfen, Krankheitsbilder frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig die nötigen Behandlungsschritte einzuleiten.

Die Umsetzung dieser Strategie erfolgt im Rahmen der neuen Psychiatriekonzeption. Darin ist auch die fachlich kompetente Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der Krankenpflege zu Hause gemäss KLV Art. 7 durch geeignete Leistungserbringer sicherzustellen.

5.5.2 Themenbereich 20: Suchtberatung und Suchttherapie

Beschreibung:

Die Behandlung suchtkranker Menschen, die stoffgebundene, legale und illegale Suchtmittel konsumieren, findet ambulant und stationär statt. Für diesen Zweck stehen die niedergelassene Ärzteschaft, Suchtberatungsstellen, Apotheken, Entzugsstationen und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung, die insbesondere die Reintegration von alkoholabhängigen und illegal-suchtmittel-abhängigen Menschen ermöglichen.

Substitutionsbehandlungen, speziell Methadon- und Heroinbehandlungen, stellen ebenfalls eine Möglichkeit ambulanter Suchttherapie dar.

Ausgangslage:

Im stationären Bereich stehen diverse Institutionen zur Verfügung: Drogenentzugsstationen in Neuenhof und Königsfelden, Therapie-Institutionen der Von-Effinger-Stiftung (Klinik im Hasel, Effingerhort) und der Stiftung Institut für Sozialtherapie in Egliswil und Niederlenz sowie die Psychiatrische Klinik Königsfelden.

Im ambulanten Bereich (Beratung und Therapie) sind die über den ganzen Kanton verteilten Beratungsstellen (Leistungsvertrag mit privaten Trägerschaften) sowie die niedergelassene Ärzteschaft, der Externe Psychiatrische Dienst, die Apotheken und die Heroinabgabe Aargau (HAG) eingebunden.

Strategie 20: Suchtberatung und Suchttherapie

Der Kanton Aargau gewährleistet im Suchtbereich eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung.

Er koordiniert die Angebote der Suchtberatung und Suchttherapie und vernetzt die Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Institutionen.

Kommentar:

Der in der Regel alle 4 Jahre erscheinende Bericht zur Suchthilfe konkretisiert die kantonale Suchtpolitik und somit auch die Massnahmen im Beratungs- und Therapiebereich.

5.5.3 Themenbereich 21: Rehabilitation**Beschreibung:**

Rehabilitation bezeichnet die Bestrebungen und Massnahmen, um Patientinnen und Patienten wieder in ihren vormaligen körperlichen Zustand zu versetzen oder zumindest ihre Aktivitätseinschränkungen auf ein Minimum zu beschränken. Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Rehabilitation wie folgt:

«Die Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Massnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer grösstmöglichen Eigenaktivität, zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.»

Die Rehabilitation befindet sich in einer intensiven Entwicklungsphase. Neue Behandlungsverfahren sind abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse. Der Anteil der älteren Bevölkerung mit komplexen Erkrankungen nimmt ebenso zu wie der Bedarf an darauf abgestimmten akutmedizinischen Interventionen. Die ambulante Rehabilitation gewinnt an Bedeutung. Dies hat den Vorteil, dass Patientinnen und Patienten während der Therapie zu Hause und damit teilweise auch im Arbeitsprozess bleiben können. Bei absehbaren

Chronifizierungen können die therapeutischen Teams gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die notwendigen Anpassungen an Wohn- und Arbeitsort vornehmen, damit diese soweit als möglich ihr gewohntes Leben fortsetzen können.

Ausgangslage:

Der Kanton Aargau verfügt als ehemaliger Bäderkanton über hervorragende Wasserqualität, dessen mineralstoffhaltige Zusammensetzung therapeutischen Zwecken dient und sich speziell für Rehabilitationsbehandlungen eignet. Die jahrzehntelange Erfahrung und die gut ausgebaute Infrastruktur mit entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen haben die Rehabilitationskliniken des Kantons Aarau über die Kantons- und Landesgrenzen hinaus bekannt gemacht.

Gemäss den Erhebungen des Bundesamtes für Statistik bezeichnen sich sieben Häuser als Rehabilitationskliniken. Diese sieben Häuser beschäftigen ca. 1400 Vollzeitäquivalente und verfügen über 875 Betten. Für die aargauischen Patientinnen und Patienten wird gut ein Drittel dieser Betten benötigt. Insgesamt wurden im Jahr 2008 11 102 Patientinnen und Patienten stationär behandelt und 292 407 Pflage tage geleistet.

Der Kanton ist sich der wirtschaftlichen Bedeutung der Rehabilitationskliniken im Aargau bewusst. Das Interesse, den Aargau als starken Rehabilitationsstandort zu fördern, ist dabei auch unter dem Aspekt des Tourismus zu würdigen. Deshalb versucht er, im Zuge der KVG-Revision die Angebote der Rehabilitation durch interkantonale Zusammenarbeit zu erhalten.

Die früheren Kur- und Badehäuser wurden im Laufe der Zeit zu hochspezialisierten Kliniken umgewandelt, deren spezifischen Leistungen von interprofessionellen Teams erbracht werden. Das Angebot ist differenziert und wird kontinuierlich an die medizinische Entwicklung angepasst.

Die überregional bedeutsamen Schwerpunkte der Aargauer Kliniken liegen in folgenden Bereichen:

- Muskuloskelettale Rehabilitation, zum Beispiel nach Operationen oder Verletzungen des Bewegungsapparates;
- Neurorehabilitation, zum Beispiel nach einem Schlaganfall;
- Rheumatologie für Patientinnen und Patienten mit degenerativen oder entzündlichen Gelenkserkrankungen, die lernen müssen, wie man Bewegungseinschränkungen kompensiert und Schmerzen erträglich machen kann.

Zudem bieten die Aargauer Rehabilitationskliniken ein spezialisiertes Angebot in den Bereichen kardiale, pulmonale, geriatrische, internistische und psychosomatische Rehabilitation an. Hinzu kommen Spezialgebiete wie zum Beispiel Chinesische Medizin, Manualtherapie usw.

Grosses Entwicklungspotenzial hat die Rehabilitation unmittelbar nach einem Ereignis, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen neurologischen Erkrankungen (Frühneurorehabilitation).

Um optimale Voraussetzungen für eine Rehabilitation zu schaffen, ist eine enge Kooperation zwischen Akutspital und Rehabilitationsklinik im Sinne der vernetzten Versorgung über die gesamte Behandlungskette hinweg erforderlich. Ein Patient mit einem Schlaganfall muss nicht nur in der Akutphase auf einer spezialisierten Abteilung (Stroke Unit) eines Zentrumsspitals behandelt werden, sondern parallel dazu müssen die rehabilitativen Massnahmen mit einer entsprechend eingerichteten Rehabilitationsklinik geplant und durchgeführt werden. Ist ein chirurgischer Eingriff notwendig, so drängt sich eine Weiterweisung an ein medizinisches Zentrum auf. Nach der Akutbehandlung soll möglichst nahtlos die Rehabilitation anknüpfen. Dabei geht es nicht nur um eine postinterventionelle Betreuung im Sinne einer Übergangspflege, sondern um eine Massnahme mit einem klar definierten Rehabilitationsziel. Leistungen, die ambulant angeboten werden können, sollen nur bei zwingender Indikation stationär erbracht werden. Die medizinische Indikation ergibt sich dabei oft aus den Begleiterkrankungen und Einschränkungen der betroffenen Menschen.

Über ausserkantonale Hospitalisationen wird das Angebot für Para- und Tetraplegiker sichergestellt.

Strategie 21: Rehabilitation

Der Kanton stellt für seine Bevölkerung ein angemessenes Angebot in der Rehabilitation sicher.

Leistungen, die ambulant angeboten werden können, sollen nur bei zwingender Indikation stationär erbracht werden.

Kommentar:

Es sind Konzepte zu entwickeln, welche vermehrt auf Wohnortnähe aufbauen und nahtlose Übergänge zwischen dem Akutbereich und der Rehabilitation gewährleisten. Der Kanton setzt sich für eine interkantonale Zusammenarbeit ein.

Die Umsetzung dieser Strategie erfolgt im Rahmen der neuen Rehakonzeption.

5.6 Aktuelle Themen im Gesundheitsbereich

In diesem Kapitel wird auf Gesundheitsbereiche mit besonderem Handlungsbedarf aufgrund von aktuellen Entwicklungen fokussiert.

5.6.1 Themenbereich 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Beschreibung:

Der verfassungsmässig verankerte Versorgungsauftrag des Kantons impliziert die angemessene Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für die beruflichen Grundbildungen und höheren Berufsbildungen im Gesundheitssektor. Die Verantwortung dafür tragen die Departemente BKS und DGS gemeinsam. Eine Bedarfserhebung muss dabei sowohl für den schulischen als auch für den institutionellen Bereich die Anzahl benötigter Ausbildungsplätze ausweisen. Die Ansprechpartnerin der kantonalen Behörden in Sachen Berufsbildung ist die Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau (OdA-GSAG), in der die wichtigsten Leistungserbringer des kantonalen Gesundheitswesens vertreten sind. Das Bundesgesetz über die Berufsbildung definiert die Organisationen der Arbeitswelt explizit als Partner der Kantone in Sachen Berufsbildung.

Ausgangslage:

Bis Ende 2003 lag die Zuständigkeit für die Berufsbildung des Gesundheitswesens bei den Kantonen, die ihrerseits dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) den Reglementierungsauftrag erteilten. Mit dem Inkrafttreten des neuen Berufsbildungsgesetzes (BBG) wurden die Sozial- und Gesundheitsberufe in die schweizerische Berufsbildungssystematik integriert. Dabei wechselte die Zuständigkeit von den Kantonen zum Bund. In der Folge restrukturierte der Kanton Aargau die Schulen für Gesundheitsberufe und schuf zwei Bildungszentren für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen (Berufsfachschule Gesundheit und Soziales, BFGS Brugg; Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, HFGS Aarau). Zur allgemeinen Ausgangslage vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 3.4.

Schwierigkeiten bereitet nicht in erster Linie die Bereitstellung des schulischen Angebots, sondern die mangelnden Ausbildungsplätze in den Institutionen. Massnahmen müssen deshalb darauf abzielen, das Verhältnis von Nachfrage und Angebot bzw. von schulischer und praktischer Ausbildung zu verbessern, wobei ausdrücklich nicht nur die Lehrstellen-, sondern auch die Weiterbildungssituation im Auge zu behalten ist.

Der Zustrom, den die beiden Schulen verzeichnen, übersteigt sowohl in der beruflichen Grundbildung als auch in der höheren Berufsbildung die Erwartungen deutlich. Ausbildungsgänge im schulischen Bereich sind in ausreichend vorhanden und etabliert.

Neben der boomenden Ausbildung Fachangestellte Gesundheit besteht auf der Sekundarstufe II die Möglichkeit der Nachholbildung für Quer- und Wiedereinsteigende. Gleichzeitig gibt es auf der Stufe Höhere Fachschule

die nötigen Ausbildungsgänge. Der Weg zur Fachhochschule wird durch die Fachmaturität Gesundheit und Soziales sowie durch die Förderung der Berufsmaturität Gesundheit gesichert. Auch wenn das schulische Ausbildungsangebot komplett ist und die Zahl der Ausbildungsplätze steigt, vermag das Angebot an Ausbildungsplätzen die Nachfrage nicht zu befriedigen. Eine genaue Analyse für den künftigen Bedarf an Personal im Gesundheitsbereich gibt es bisher nicht. Auch der Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Dachorganisation OdASanté liefert für den Kanton Aargau keine genaue Bedarfsprognose. Gesamtschweizerisch wird die ins Jahr 2020 projizierte Gegenüberstellung von Bedarf und Angebot aber als prekär beschrieben.

Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Zur Erfüllung seines Versorgungsauftrages tritt der Kanton dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegen, indem er:

- für ein bedarfsgerechtes schulisches Angebot sorgt;
- die Institutionen auf der Spital- bzw. Pflegeheimliste sowie die ambulanten Leistungserbringer im Pflegebereich dazu verpflichtet, genügend Ausbildungsplätze und eine ausreichende Weiterbildung sicherzustellen;
- sich zur Sicherstellung genügender Bestände an Fachpersonal an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung für Wiedereinsteigende beteiligen kann.

Kommentar:

Die Ausweitung des Ausbildungsangebotes soll gezielt erfolgen, um den tatsächlichen Bedarf des Kantons nach Ausbildungen auf der Sekundarstufe II bzw. auf der Tertiärstufe abdecken zu können.

Es werden auch Massnahmen notwendig sein, welche die Institutionen zu einer Erhöhung der Ausbildungsplätze motivieren. Dabei steht eine Ausbildungsverpflichtung für Institutionen, die sich auf die Spital- bzw. Pflegeheimliste setzen lassen wollen, aber auch für ambulante Leistungserbringer im Pflegebereich im Vordergrund.

Ebenso muss der Nachhol- und Weiterbildungssituation grosse Beachtung geschenkt werden. Alle Akteure sind aufgefordert, auf der einen Seite Massnahmen zu prüfen, um der kurzen Verweildauer in den Gesundheitsberufen zu begegnen und auf der anderen Seite günstige Voraussetzungen für den Wiedereinstieg in die Pflegeberufe und die Verbesserung der Berufsqualifikation zu schaffen.

Dem Trend zu höheren Qualifikationen bzw. zur Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe ist nicht zu folgen. Vielmehr sollen neben der Promovierung des Bildungsgangs Pflege HF auch niederschwelligere Angebote

(Berufsattest, Quereinstieg usw.) gefördert werden. Verwaltungsintern und -extern muss eine möglichst breite Vernetzung der entscheidenden Exponenten sowie der schulischen und institutionellen Fragen angestrebt werden.

Die Umsetzung dieser Strategie erfolgt im Rahmen der Revision des Pflegegesetzes und des Spitalgesetzes. Grundlage dafür ist die Pflicht des Kantons, bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots u.a. die Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 KVV). Das Vorhandensein von genügend qualifiziertem Personal ist ein wichtiger Aspekt der Qualität.

5.6.2 Themenbereich 23: Einsatz von eHealth im Gesundheitswesen

Beschreibung:

eHealth ist ein Sammelbegriff für elektronische Gesundheitsdienste. Dabei steht aber nicht das technisch Machbare im Vordergrund. Vielmehr ist das Ziel von eHealth, bestehende Prozesse zwischen Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern im Gesundheitswesen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu vernetzen.

Der legitimierte Zugriff auf die relevanten Patientendaten erfolgt durch IKT zeit- und sachgerecht. Im Zentrum stehen die Effizienz, die Qualität und die Sicherheit der Prozesse beim Informationsaustausch im Rahmen des Behandlungspfades. Der Kanton versucht als vertrauenbildendes Element im Zusammenspiel der medizinischen Leistungserbringer und den Patientinnen und Patienten zu agieren, damit eHealth auf breite Akzeptanz bei der Bevölkerung und den Leistungserbringern stösst.

eHealth kann bei sachgerechter Umsetzung seine Stärken voll ausspielen:

- günstiger Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch den elektronischen Datenaustausch;
- die medizinischen und gesundheitsrelevanten Daten stehen der Bevölkerung und den Fachpersonen jederzeit zur Verfügung;
- die medizinische Versorgung wird durch den gezielten Datentransfer, welcher die Qualität und die Sicherheit erhöht, verbessert;
- durch die effiziente Datenverarbeitung entstehen Wettbewerbsvorteile.

Ausgangslage:

Die «Strategie eHealth Schweiz» aus dem Jahr 2007 postuliert längerfristig unter anderem: «Die Menschen in der Schweiz können im Gesundheitswesen den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen.» Das heisst konkret: Eine bessere Diagnose und eine bessere Behandlung dank besserer Information.

Die «Strategie eHealth Schweiz» setzt folgende Schwerpunkte:

- Umsetzung der Koordination zwischen Bund und Kantonen durch das «Koordinationsorgan eHealth»;
- Einführung der «Versichertenkarte»;
- Modellversuche im Rahmen von Kooperationen zwischen Behörden und Privaten, Public Private Partnership (PPP);
- Zugriff auf elektronische Informationen (ePatientendossier).

Das «Koordinationsorgan eHealth» von Bund und Kantonen ist seit Anfang 2008 operativ. In einer Rahmenvereinbarung haben Bund und Kantone festgelegt, die Entscheide des Koordinationsorgans im Rahmen ihrer Zuständigkeit umzusetzen und je nach Bedarf neue rechtliche Grundlagen zu schaffen.

Die «Versichertenkarte» ist der erste konkrete Schritt im Rahmen der Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz».

Mit «Modellversuche und PPP» sollen die Kantone Modellversuche starten können, um Erkenntnisse im Hinblick auf weitere Ausbauschritte der Versichertenkarte oder von eHealth-Anwendungen zu gewinnen. PPP bedeutet, dass solche Modellversuche im Rahmen von Kooperationen zwischen Behörden und Privaten umgesetzt werden sollen. Die Vorgaben des Bundes im Rahmen der «Strategie eHealth Schweiz» sehen vor, dass bis Ende 2015 alle Menschen in der Schweiz elektronischen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen im ePatientendossier haben sollen.

Der Nutzen ergibt sich aus der Vorgabe der «Strategie eHealth Schweiz»: Bis Ende 2015 sollen alle Menschen in der Schweiz unabhängig von Ort und Zeit den Leistungserbringern ihrer Wahl den elektronischen Zugang via ePatientendossier auf behandlungsrelevante Informationen ermöglichen. Dabei sind folgende Aspekte entscheidend:

- weniger Fehler bei der Datenerfassung;
- höhere Datenqualität;
- erleichterte Rechnungsstellung;
- einfachere Handhabung von Versichertendaten;
- weniger telefonische und schriftliche Rückfragen, weil Daten fix oder mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten zusätzlich aktuell vorhanden sind wie Kontaktadresse, Blutgruppe, Krankheiten, Medikation, Allergien, Impfungen sowie allenfalls Informationen zu Organspenden.

Der Weg dahin führt als erstes über die Einführung der Versichertenkarte gemäss Art. 42a KVG und die Erhöhung der Interoperabilität zwischen den Leistungserbringern, also die Fähigkeit zur Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Systemen.

Je besser die Systeme technisch, organisatorisch und inhaltlich zusammenarbeiten können, desto mehr nimmt der Austausch von strukturierten Patienteninformationen zu. Ebenso steigern sich Effizienz, Qualität und Sicherheit sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Der hauptsächliche Verwendungszweck der Versichertenkarte liegt im administrativen Bereich. Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden, können einfacher abgerechnet werden.

Für kantonale Modellversuche im Gesundheitsbereich ist die erweiterte Nutzung der Versichertenkarte möglich, sofern dies im kantonalen Recht vorgesehen ist. Der Regierungsrat hat am 18. Juni 2009 in seiner Antwort auf die Interpellation der SP-Fraktion vom 31. März 2009 betreffend «eHealth» (elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen) festgehalten, dass er die gesamtschweizerische Umsetzung der eHealth-Strategie unterstützt. Die Vorteile von eHealth seien kongruent mit den strategischen Zielen, die der Regierungsrat im Rahmen der verwaltungsinternen IKT-basierten Projekte formuliert hat (z. B. «E-Government-Infrastruktur»).

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) will das Engagement der Kantone in Bezug auf die Förderung von eHealth steigern. Dazu schlägt sie verschiedene Massnahmen vor, u.a.:

- eine Informationsoffensive;
- die Bereitstellung von Hilfsmitteln für die Planung von Modellversuchen;
- einen Beschluss der Plenarversammlung im Sinne eines Commitments zu eHealth;
- die Bestimmung von eHealth-Verantwortlichen in den Gesundheitsdepartementen;
- Einzelkantone gewinnen, wobei der Kanton Aargau hier besonders hervorgehoben wird.

Die GDK hat am 26. November 2009 beschlossen, das Zentralsekretariat in Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe eHealth der GDK zu beauftragen, das Rahmenkonzept «Akzeptanzförderung bei den Kantonen» zu konkretisieren und dessen Umsetzung an die Hand zu nehmen.

Strategie 23: eHealth (Electronic Healthcare)

Der Kanton schafft auf der Grundlage der «Strategie eHealth Schweiz» des Bundes die notwendigen rechtlichen und gemeinsam mit Partnern die organisatorischen Rahmenbedingungen, damit alle Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen Aargau elektronischen Zugriff auf relevante, digitalisierte Patientendaten erhalten und Leistungen beziehen können.

Kommentar:

Der Kanton Aargau ist bereit, den Empfehlungen der GDK konkret nachzukommen und die Grundlagen zu schaffen, damit sich der Kanton bei den Modellprojekten der GDK engagieren kann.

Bei der Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» geht es darum, die Strategie des Bundes im Kanton Aargau in geeigneter Weise umzusetzen.

Die Sicherstellung des Datenschutzes ist zu gewährleisten. Dies erfolgt in erster Linie durch das Bundesrecht und bei Bedarf ergänzend in der kantonalen Anschlussgesetzgebung.

6. Messung und Erfolgskontrolle

6.1 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung soll sicherstellen, dass eine erbrachte Leistung (Arbeit, Produkt oder Verfahrensweise) ein festgelegtes Qualitätsniveau erreicht. Zur Qualitätssicherung gehört die Gleichheit der erbrachten Leistung mit einer zweiten und jeder weiteren. Dieser Prozess soll gewährleisten, dass die Qualität der Leistung über die ganze Zeit erhalten bleibt.

6.1.1 Themenbereich 24: Qualität

Beschreibung:

Die Qualitätssicherung ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsversorgung und dient sowohl internen als auch externen betrieblichen Zwecken. Aus kantonaler Sicht ist die Qualitätssicherung eines der wichtigsten Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib der Spitäler und Kliniken auf der Spitalliste. Damit gewährleistet der Kanton die Erfüllung des verfassungsmässigen Auftrags. Die Leistungserbringer werden zu einem kontinuierlichen Lern- und Verbesserungsprozess verpflichtet. Die Kommunikation der Messergebnisse folgt den bundesrechtlichen Vorgaben und ist zielgruppengerecht und transparent aufzubauen.

Ausgangslage:

Der Kanton Aargau sorgt auf unterschiedlichen Ebenen für die Sicherstellung der Qualität. Die Wahl des Qualitätssicherungssystems passt sich an die Art der Einflussnahme des Kantons auf die Leistungserbringer oder an die Art der erbrachten Leistungen an. Der Kanton kann die Bereitstellung von Grundlagen mittels Registern und Statistiken unterstützen.

Im Bereich der stationären somatischen Akutversorgung werden jährlich in allen öffentlichen Aargauer Spitätern verschiedene Messungen zur Bestimmung der Ergebnisqualität durchgeführt. Der Kanton Aargau berücksichtigt dabei die Empfehlungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken ANQ, dessen Mitglied er seit 2007 ist. Dadurch werden in Zukunft auch Vergleiche der Ergebnisqualität von Spitätern über die Kantonsgrenzen hinaus ermöglicht. Das Ziel dieser Qualitätsmessungen ist nicht die Erstellung einer Rangliste von Spitätern, sondern die permanente und strukturierte Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität in jeder Klinik sowie das konstante Benchmarking der Kliniken untereinander. In Zukunft werden die Messresultate transparent, empfängergerecht, verständlich und in geeigneter Form veröffentlicht.

In der stationären und ambulanten Langzeitpflege sind die Leistungserbringer nach § 7 Pflegegesetz (PflG) zum Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit verpflichtet. Das dafür erarbeitete Umsetzungs-Konzept entspricht einem Qualitätsmanagement, das die Eigenverantwortung der Leistungserbringer für ihre Qualitätssicherung ins Zentrum stellt. Instrumente für den

Nachweis sind ein Qualitäts-Reporting und jährliche, externe Audits. Diese Art der Qualitätsüberprüfung ist bei den Leistungserbringern der stationären Langzeitpflege seit 2007 eingeführt und auf grosse Akzeptanz gestossen. Für die Leistungserbringer der Hilfe und Pflege zu Hause wurde im Jahr 2009 mit der Umsetzung des Konzepts begonnen.

Auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation werden Qualitätsmessungen durchgeführt, unter anderem mit der KIQ, welche im Jahr 2009 in den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in den Spitälern und Kliniken (ANQ) integriert wurde.

Generell orientiert sich der Kanton zudem an den sechs international anerkannten Zieldimensionen, an welchen sich ein Gesundheitssystem messen lassen muss:

- **Sicher**
Die im System erbrachten Leistungen sollen Patientinnen und Patienten nützen und diese nicht unnötig gefährden. Das System als Ganzes soll die Risiken minimieren.
- **Wirksam**
Die beauftragte und angebotene Spitalversorgung soll sich an den Kriterien der evidenz-basierten Medizin (EBM) orientieren.
- **Wirtschaftlich**
Die vorhandene Spitalversorgung soll den Ressourcenverbrauch optimieren und überflüssige Leistungen vermeiden.
- **Leicht zugänglich**
Die Spitalversorgung soll rechtzeitig, bedarfsgerecht und in geografisch vernünftiger und zumutbarer Distanz angeboten werden.
- **Patientenzentriert**
Die angebotene Dienstleistung berücksichtigt angemessen die Präferenzen und Erwartungen der Patienten.
- **Für alle gleich**
Die angebotene medizinische Dienstleistung für die Grundversicherten variiert nicht in der Qualität aufgrund persönlicher Charakteristika, des Geschlechts, der Ethnie, der Herkunft oder des sozioökonomischen Status einer Person.

Der Kanton sorgt zur Sicherstellung der vom KVG verlangten betriebswirtschaftlichen Vergleiche, dass die Listenspitäler kantonsweit auf 2012 einheitliche Rechnungslegung und Kostenstellenrechnung einführen (zum Beispiel nach Swiss GAAP FER). Der Kanton Aargau bringt dieses Zulassungskriterium für die Spitalisten im Rahmen des Projektes GDK-NWCH und in Koordination mit den Kantonen Zürich, Bern und Luzern ein.

Strategie 24: Qualität

Der Kanton Aargau sorgt für die Sicherstellung der Qualität gemäss den Vorgaben des KVG und die zielgruppengerechte und transparente Kommunikation der Messresultate.

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität fliessen die Ergebnisse der Qualitätserhebungen in den Prozess der Leistungsvergabe ein.

Kommentar:

Die Qualitätssicherungsmassnahmen werden mit den Systemen anderer Kantone koordiniert. Der Kanton berücksichtigt die Anliegen der Qualitätssicherung in den entsprechenden Vereinbarungen mit den Häusern und im Rahmen des Verfahrens für die Erteilung von Betriebsbewilligungen.

7. Anhang

7.1 Übersicht über die Strategien

Übergeordnete Strategie, Seite 47

Übergeordnete Strategie:

Kanton und Gemeinden streben gemeinsam eine dem gesetzlichen Versorgungsauftrag entsprechende bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung an, welche:

- die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Bevölkerung fördert;
 - Selbständigkeit und Würde der Betroffenen hochachtet;
 - interkantonale Koordination und Kooperation gemäss dem Entwicklungleitbild des Kantons Aargau einschliesst;
 - Leistungen nach Aspekten der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit konzentriert anbietet;
 - integrierte Versorgungsmodelle mit Einbezug der Vor- und Nachsorge fördert;
 - ambulanten vor den stationären Leistungen den Vorzug gibt;
 - ein optimales Verhältnis von Qualität und Preis aufweist;
 - die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in ihre Überlegungen mit einbezieht;
 - Aufgaben und Finanzen konsequent miteinander verknüpft und eine Kostenentwicklung anstrebt, welche auf die Dauer nicht über dem Wirtschaftswachstum liegt;
 - Wettbewerbsverzerrungen verhindert.
-

Themenbereich 1: Aufgaben- und Lastenverteilung, Seite 53

Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung

Die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton bzw. der Langzeitpflege durch die Gemeinden wird angestrebt.

Die Umsetzung erfolgt bis spätestens 31.12.2013 im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilung, unter Einbezug weiterer Aufgabenbereiche mit der Zielsetzung, an der aktuellen gesamthaften Lastenverteilung Kanton und Gemeinden festzuhalten. Dabei werden alle Entlastungsfaktoren, wie zum Beispiel die neue Regelung bei der Investitionsfinanzierung einbezogen.

Themenbereich 2: Spitalliegenschaften des Kantons, Seite 55

Strategie 2: Spitalliegenschaften

Der Kanton überträgt den Kantonsspitalern die betriebsnotwendigen Spitalliegenschaften inkl. Grundstücken und überbindet den Regionalspitälern die Amortisation und Verzinsung des Sollbestandes ihrer kantonalen Bauschulden per 1.1.2012 derart, dass die Spitäler ab 2012 zu wettbewerbsfähigen Bedingungen wirtschaften können.

Themenbereich 3: Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten,
Seite 59

Strategie 3: Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Der Kanton ergreift Massnahmen zur Verhinderung des Auftretens respektive der Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten.

Zu diesem Zwecke überwacht er in Zusammenarbeit mit Dritten die übertragbaren Krankheiten im Rahmen des Vollzugs des Epidemiengesetzes.

Er optimiert seine Vorkehrungen laufend und passt diese den neuen Erkenntnissen an.

Der Kanton sorgt dafür, dass der breite Impfschutz der Bevölkerung, insbesondere der Risikogruppen, aufrechterhalten resp. verbessert wird.

Themenbereich 4: Allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention von nicht übertragbaren Krankheiten und Unfällen, Seite 60

Strategie 4: Gesundheitsförderung und allgemeine Prävention

Der Kanton fördert einen eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Lebensstil sowie die Gestaltung von gesundheitsfördernden Umwelt- und Lebensbedingungen.

Zur Verstärkung und Wirkungsoptimierung von Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensabschnitten werden alle Bereiche des öffentlichen und privaten Sektors, welche auf diesem Gebiet aktiv sind, optimal eingebunden und vernetzt.

Themenbereich 5: Suchtprävention, Seite 62

Strategie 5: Suchtprävention

Der Kanton sorgt mit geeigneten Massnahmen für die Aufrechterhaltung des bisherigen quantitativen und qualitativen Niveaus in der Suchtprävention.

Er koordiniert die Angebote der Suchtprävention und vernetzt die Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Institutionen. Die suchtpreventiven Massnahmen werden rechtzeitig den sich kurzfristig ändernden Verhältnissen angepasst.

Themenbereich 6: Spitalversorgungskonzept, Seite 66

Strategie 6: Spitalversorgungskonzept

Bei der Konzeption seiner Spitalversorgung strebt der Kanton eine angemessene regionale Versorgung an. Er prüft eine Konzentration der Angebote, wo dies aus betriebswirtschaftlichen, volkswirtschaftlichen oder finanzpolitischen Überlegungen sinnvoll ist. Er berücksichtigt dabei integrierte Versorgungssysteme (IVS), Mindestmengen bei den Angeboten und koordiniert bei mengenkritischen Angeboten diese nach Möglichkeit auch interkantonal.

Themenbereich 7: Spitalliste, Seite 70

Strategie 7: Spitalliste

Für die Zuteilung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebotes verwendet der Kanton transparente und nachvollziehbare Kriterien. Diese werden interkantonal abgestimmt.

Die Kriterien gelten für alle Anbieter in gleicher Weise.

Für die Aufnahme auf die Spitalliste wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt.

Die neue Spitalliste wird mit Wirkung ab 1. Januar 2012 erlassen.

Themenbereich 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung, Seite 74

Strategie 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung

Der Kanton setzt bei der Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung folgende Schwerpunkte:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung über die Gestaltung der Spitalliste;
 - dual-fixe Spitalfinanzierung;
 - Tarifgenehmigung unter folgenden Kriterien:
 - innerkantonal gleicher Preis (Baserate) für gleiche Leistung;
 - optimales Verhältnis von Qualität und Preis;
 - interkantonal wettbewerbsfähige Preise.
-

Themenbereich 9: Ambulante Versorgung durch die Spitäler, Seite 78

Strategie 9: Ambulante Versorgung durch die Spitäler

Die stationären Leistungserbringer können ambulante Leistungen erbringen. Diese Leistungen haben auch künftig ihren grundsätzlich ergänzenden Charakter zur niedergelassenen Ärzteschaft und zu den übrigen privaten Leistungserbringern beizubehalten.

Themenbereich 10: Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler), Seite 79

Strategie 10: Ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler)

Die ambulante Versorgung unterliegt im Kanton primär dem Prinzip von Angebot und Nachfrage. Der Kanton unterstützt geeignete Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wirtschaftlichen ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Wenn Leistungen ambulant erbracht werden können, sollen diese nicht stationär angeboten werden.

Themenbereich 11: Notfallversorgung, Seite 82

Strategie 11: Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist durch die niedergelassene Ärzteschaft, Apotheken, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die Spitäler gewährleistet. Für letztere gilt die Notfallversorgung als integraler Bestandteil des Leistungsauftrages. Die Notfallversorgung ist zwischen den verschiedenen Leistungserbringern koordiniert.

Themenbereich 12: Rettungswesen, Seite 83

Strategie 12: Rettungswesen

Der Kanton gewährleistet eine flächendeckende, sich an anerkannte Kriterien anlehrende rettungsdienstliche Versorgung.

Im Rahmen der kantonalen Notrufzentrale wird die Einsatzleitstelle (ELS) 144 kontinuierlich optimiert.

Themenbereich 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung, Seite 89

Strategie 13: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit geeigneten Instrumenten bei der Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten Langzeitversorgung.

Der Kanton unterstützt die Gemeinden mit der kantonalen Clearingstelle beim Vollzug der Finanzierung und der Datenauswertung.

Über die personenbezogene Finanzierung wird in der Regel verhindert, dass durch den Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird.

Themenbereich 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung, Seite 92

Strategie 14: Vernetzung in der Langzeitversorgung

Der Kanton trägt gemeinsam mit den Gemeinden dazu bei, dass Lebensqualität und Selbstständigkeit seiner älteren Bevölkerung erhalten und gefördert werden.

Der Kanton schafft die rechtlichen Voraussetzungen, welche Vernetzung, Koordination und Synergienutzung der Angebote in der Langzeitversorgung ermöglichen.

Themenbereich 15: Angebote der Übergangspflege, Seite 93

Strategie 15: Übergangspflege

Der Kanton setzt die Akut- und Übergangspflege gemäss KVG um, damit die Selbstständigkeit nach einem Spitalaufenthalt erhalten und die Rückkehr nach Hause wenn möglich gewährleistet wird.

Themenbereich 16: Hilfe und Pflege zu Hause, Seite 94

Strategie 16: Hilfe und Pflege zu Hause

Die Sicherstellung des Angebots der Hilfe und Pflege zu Hause ist Aufgabe der Gemeinden.

Im Sinne des Grundsatzes «ambulant vor stationär» ist das Angebot so ausgestaltet, dass stationäre Strukturen entlastet werden.

Das Angebot ist sowohl auf Akut- als auch auf Langzeitsituationen ausgerichtet und entspricht dem ausgewiesenen Bedarf.

Gemeinden und Leistungserbringer fördern die Nutzung von Synergien durch geeignete Modelle von Kooperation, Koordination oder Regionalisierung mit den massgebenden Akteuren.

Themenbereich 17: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause durch Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege, Seite 96

Strategie 17: Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege

Der Kanton anerkennt und fördert die Freiwilligenhilfe und schafft dazu die nötigen Anreize.

Themenbereich 18: Palliative Care, Seite 97

Strategie 18: Palliative Care

Der Kanton sorgt dafür, dass die Palliativmedizin und -pflege in den Organisationen implementiert wird und ein angemessenes Angebot an spezialisierten Leistungserbringern besteht.

Er verpflichtet die Institutionen auf der Spital- und Pflegeheimliste dazu, Palliative Care sicherzustellen.

Themenbereich 19: Psychiatrie, Seite 99

Strategie 19: Psychiatrie

Es wird eine zeitgemässe und integrierte Psychiatrie angeboten.

Sie basiert auf einem sektorierten Versorgungskonzept, welches den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Betroffenen angemessen Rechnung trägt.

Für ein bedarfsgerechtes Angebot werden alle Anbieter innerkantonal und interkantonal je nach Eignung berücksichtigt.

Themenbereich 20: Suchtberatung und Suchttherapie, Seite 101

Strategie 20: Suchtberatung und Suchttherapie

Der Kanton Aargau gewährleistet im Suchtbereich eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung.

Er koordiniert die Angebote der Suchtberatung und Suchttherapie und vernetzt die Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Institutionen.

Themenbereich 21: Rehabilitation, Seite 102

Strategie 21: Rehabilitation

Der Kanton stellt für seine Bevölkerung ein angemessenes Angebot in der Rehabilitation sicher.

Leistungen, die ambulant angeboten werden können, sollen nur bei zwingender Indikation stationär erbracht werden.

Themenbereich 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen, Seite 105

Strategie 22: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen

Zur Erfüllung seines Versorgungsauftrages tritt der Kanton dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegen, indem er

- für ein bedarfsgerechtes schulisches Angebot sorgt;
 - die Institutionen auf der Spital- bzw. Pflegeheimliste sowie die ambulanten Leistungserbringer im Pflegebereich dazu verpflichtet, genügend Ausbildungsplätze und eine ausreichende Weiterbildung sicherzustellen;
 - sich zur Sicherstellung genügender Bestände an Fachpersonal an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung für Wiedereinsteigende beteiligen kann.
-

Themenbereich 23: Einsatz von eHealth im Gesundheitswesen, Seite 107

Strategie 23: eHealth (Electronic Healthcare)

Der Kanton schafft auf der Grundlage der «Strategie eHealth Schweiz» des Bundes die notwendigen rechtlichen und gemeinsam mit Partnern die organisatorischen Rahmenbedingungen, damit alle Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen Aargau elektronischen Zugriff auf relevante, digitalisierte Patientendaten erhalten und Leistungen beziehen können.

Themenbereich 24: Qualität, Seite 111

Strategie 24: Qualität

Der Kanton Aargau sorgt für die Sicherstellung der Qualität gemäss den Vorgaben des KVG und die zielgruppengerechte und transparente Kommunikation der Messresultate.

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität fliessen die Ergebnisse der Qualitätserhebungen in den Prozess der Leistungsvergabe ein.

7.2 Verzeichnis Abbildungen	Seite
Abbildung 1 Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung im kantonalen Gesundheitswesen	7
Abbildung 2 Bevölkerungsprognose des Kantons Aargau 2008–2035	23
Abbildung 3 Beiträge an die Kosten im Gesundheitswesen (CH) 2000–2007	26
Abbildung 4 Entwicklung indexiert nach Kostenträger (CH) 2000–2007	26
Abbildung 5 Preisentwicklung indexiert (CH) 2000–2007	27
Abbildung 6 Prämienverbilligung 2005–2015	28
Abbildung 7 Stationäre Kosten Akut- und Langzeitversorgung (AG) 2000–2008	29
Abbildung 8 Das duale System der Berufsbildung in der Schweiz	31
Abbildung 9 Bisherige Finanzierungszuständigkeiten von Kanton und Gemeinden im Gesundheitswesen	53
Abbildung 10 Wanderungsstatistik im Jahr 2008	65
Abbildung 11 Nettoausgaben stationäre Akutversorgung (AG) 2000–2008	75
Abbildung 12 Veränderung Altersstruktur (AG) 1900–2035	85
Abbildung 13 Richtwerte und benötigte Betten im Kanton Aargau 2007–2025	86
Abbildung 14 Entwicklung Bettenbedarf nach Bezirken 2008 und Prognose 2025	88
Abbildung 15 Entwicklung der ambulanten Konsultationen in Spitälern und Kliniken im Kanton Aargau	100

7.3 Verzeichnis Bezugsquellen

- Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau
- Gesetzessammlung des Kantons Aargau
- Kantonsverfassung, Kanton Aargau
- Ottawa-Charta der internationalen Gesundheitsförderungs-Konferenz in Ottawa, Auszug
- Sammlung des Bundesrechts
- Schweizerische Bundesverfassung
- Statistisches Amt, Kanton Aargau
- Verfassung des Kantons Aargau, Textausgabe mit Kommentar 1986: Kommentar Kurt Eichenberger, Auszug

7.4 Glossar

Zusammenfassung der im Text verwendeten Abkürzungen:

AAV	Aargauischer Ärzteverband
Abs.	Absatz
ags	Aargauische Stiftung Suchthilfe
AHV	Alters- und Hinterlassenenvorsorge
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
AVS	Aargauischer Verein für Suchtprobleme
BAK	Basel Economics
BBG	Berufsbildungsgesetz
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFGS	Berufsfachschule Gesundheit und Soziales
BFS	Bundesamt für Statistik
BKS	Departement Bildung, Kultur und Sport
BIP	Bruttoinlandprodukt
BV	Bundesverfassung
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
DFR	Departement Finanzen und Ressourcen
DGS	Departement Gesundheit und Soziales
DRG	Diagnostic Related Group
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EbM	Evidenz-basierte Medizin
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
ELG	Ergänzungsleistungsgesetz
eHealth	Electronic Healthcare
EL IV	Ergänzungsleistungen Invalidenversicherung
ELS	Einsatzleitstelle
EpG	Epidemiengesetz
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
FaBe	Fachfrau/Fachmann Betreuung
FaGe	Fachfrau/Fachmann Gesundheit
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei
FH	Fachhochschule
FLA	Finanz- und Lastenausgleich
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GAF	Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GDK-NWCH	Gesundheitsdirektorenkonferenz Nordwestschweiz
GesG	Gesundheitsgesetz

GesV	Verordnung zum Gesundheitsgesetz
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
GLP	Grünliberale Partei
GV	Grundversorgung
GR	Grosser Rat
HAG	Heroinabgabe Aargau
HBV	Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung
HF	Höhere Fachschule
HFGS	Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales
HKK	Herz-Kreislauf-Krankheiten
HMG	Heilmittelgesetz
HSM	Hochspezialisierte Versorgung/Medizin
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
INFRAS	Interdisziplinäres Forschungs- und Beratungsbüro
IPD	Interner Psychiatrischer Dienst
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
IVR	Interverband für Rettungswesen
IVS	Integrierte Versorgungssysteme
KIQ	Nationale Gesellschaft für Qualitätssicherung, neu ANQ
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KV	Kantonsverfassung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LMG	Lebensmittelgesetz
MV	Militärversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung
OdA-GSAG	Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau
OdASanté	Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (national)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PatV	Patientenverordnung
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PfIG	Pflegegesetz
PfIV	Pflegeverordnung
PPP	Public Private Partnership
PT	Patientinnen/Patienten
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SpiG	Spitalgesetz
SpiV	Spitalverordnung
SVP	Schweizerische Volkspartei
SWISS-DRG	Swiss Diagnosis Related Groups
Swiss GAAP	Swiss Generally Accepted Accounting Principles
FER	Fachempfehlungen zur Rechnungslegung
SV	Spezialisierte Versorgung

UeB	Übergangsbestimmung
UV	Unfallversicherung
VBOB	Verordnung über die Berufe, Organisationen und Betriebe im Gesundheitswesen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WOV	Wirkungsorientierte Verwaltungsführung

Herausgeber

Departement Gesundheit und Soziales
5001 Aarau
www.ag.ch

Titelbild

Keystone

Druck

Brogle Druck

Copyright

© 2010 Kanton Aargau

