



**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**

17. August 2022

ANHÖRUNGSBERICHT

Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2030

Inhaltsverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung	9
1. Ausgangslage	12
2. Handlungsbedarf	12
3. GGpl als planungsrechtliche Grundlage	14
4. Megatrends im Gesundheitswesen	15
4.1 Demografische Entwicklung.....	16
4.2 Neues Gesundheitsverständnis	19
4.3 Medizinisch-technischer Fortschritt.....	19
4.4 Digitalisierung im Gesundheitswesen	19
4.5 Fachpersonal.....	20
4.6 Steigendes Gesundheitsbewusstsein	21
4.7 Höhere Mobilität	21
4.8 Zunehmende Fragmentierung der Versorgung.....	22
4.9 Wirtschaftlichkeit	23
5. Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens	24
5.1 Kosten des Gesundheitswesens.....	24
5.2 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (EFAS)	26
5.3 Volkswirtschaftliche Bedeutung des aargauischen Gesundheitswesens	26
5.4 Generelle Kosten-Nutzen-Betrachtung	27
6. Auslegeordnung zu ausgewählten Themen	28
6.1 Einführung.....	28
6.2 Langzeit- und Spitexversorgung	28
6.2.1 Ausgangslage.....	28
6.2.2 Rahmenbedingungen	28
6.2.3 Trends	29
6.2.4 Situation im Kanton Aargau.....	29
6.2.5 Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Planung und Finanzierung	30
6.2.6 Problemstellung.....	30
6.3 Finanzierung der Gesundheitsleistungen	31
6.3.1 Ausgangslage.....	31
6.3.2 Finanzierung der Langzeit- und Spitexversorgung	31
6.3.3 Finanzierung der Spitalkosten und der EL im Kanton Aargau	33
6.3.4 Regelung in anderen Kantonen.....	35
6.3.5 Problemstellung.....	35
6.4 Rettungswesen.....	37
6.4.1 Aktuelle Situation in der Schweiz	37

6.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	37
6.4.3 Der Interverband für Rettungswesen	38
6.4.4 Trends	38
6.4.5 Situation im Kanton Aargau.....	39
6.4.6 Problemstellung.....	41
6.5 Eigentümerschaft Kantonsspitäler	43
6.5.1 Ausgangslage.....	43
6.5.2 Problemstellungen.....	45
6.5.3 Eigentümerstrategie	49
6.5.4 Organisation und Kooperationen.....	49
6.5.5 Eigentümerstruktur und Rollenkonflikt.....	51
7. Umsetzung	53
7.1 Strategiefindungsprozess.....	53
7.2 Systematik der GGpl 2030	54
7.3 Übergeordnete Strategie.....	55
8. Strategien	58
8.1 Integrierte Versorgung (Querschnittsthema).....	58
8.1.1 Handlungsbedarf	58
8.1.2 Strategische Ausrichtung	59
8.1.3 Kommentar	59
8.2 eHealth (Querschnittsthema)	60
8.2.1 Handlungsbedarf	60
8.2.2 Strategische Ausrichtung	60
8.2.3 Kommentar	60
8.3 Massnahmen zur Kostendämpfung (Querschnittsthema)	61
8.3.1 Handlungsbedarf	61
8.3.2 Verpflichtung des Kantons zur Beeinflussung der Gesundheitsausgaben	61
8.3.3 Massnahmen zur Kostendämpfung.....	63
8.3.4 Strategische Ausrichtung	64
8.3.5 Kommentar	64
8.3.6 Entwicklungen auf Bundesebene	65
8.4 Gesundheitsförderung und Prävention – nicht übertragbare Krankheiten	65
8.4.1 Handlungsbedarf	65
8.4.2 Strategische Ausrichtung	66
8.4.3 Kommentar	67
8.5 Gesundheitsvorsorge – Prävention und Bekämpfung übertragbare Krankheiten	68
8.5.1 Handlungsbedarf	68
8.5.2 Strategische Ausrichtung	68
8.5.3 Kommentar	68
8.6 Ambulante Versorgung	69
8.6.1 Abgrenzung	69
8.6.2 Handlungsbedarf	69

8.6.3 Strategische Ausrichtung	71
8.6.4 Kommentar	72
8.7 Spital- und Notfallversorgung	72
8.7.1 Allgemein	72
8.7.2 Akutsomatik	73
8.7.3 Psychiatrie	75
8.7.4 Rehabilitation	77
8.7.5 Hausärztliche Notfallversorgung	78
8.8 Langzeit- und Spitexversorgung	79
8.8.1 Regional integrierte Versorgung; Versorgungsregionen	79
8.8.2 Förderung ambulanter Strukturen	81
8.8.3 Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Kompetenzen und Tarifgestaltung	83
8.9 Rettungswesen	84
8.9.1 Handlungsbedarf	84
8.9.2 Strategische Ausrichtung	85
8.9.3 Kommentar	86
8.10 Palliative Care	87
8.10.1 Handlungsbedarf	87
8.10.2 Strategische Ausrichtung	87
8.10.3 Kommentar	88
8.11 Sucht	88
8.11.1 Handlungsbedarf	88
8.11.2 Strategische Ausrichtung	90
8.11.3 Kommentar	90
8.12 Fachkräfte	91
8.12.1 Handlungsbedarf	91
8.12.2 Strategische Ausrichtung	94
8.12.3 Kommentar	95
8.13 Eigentümerschaft Kantonsspitäler	96
8.13.1 Handlungsbedarf	96
8.13.2 Strategische Ausrichtung	97
8.13.3 Kommentar	97
8.14 Individuelle Prämienverbilligung	98
8.14.1 Handlungsbedarf	98
8.14.2 Strategische Ausrichtung	102
8.14.3 Kommentar	102
8.15 Bewilligung und Aufsicht	102
8.15.1 Handlungsbedarf	102
8.15.2 Strategische Ausrichtung	103
8.15.3 Kommentar	103
8.16 KVG-Zulassung und Controlling	104

8.16.1 Handlungsbedarf	104
8.16.2 Strategische Ausrichtung	105
8.16.3 Kommentar	105
8.17 Beratungs- und Ombudsstellen.....	105
8.17.1 Handlungsbedarf	105
8.17.2 Beratungsangebot "Koordinationsstelle Gesundheit" am Beispiel Kanton Glarus	106
8.17.3 Strategische Ausrichtung	107
8.17.4 Kommentar	107
9. Finanzielle Auswirkungen	108
10. Weiteres Vorgehen	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gesundheit2030 – Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats	15
Abbildung 2:	Referenzszenario der Bevölkerungsentwicklung im Kanton Aargau, 2020–2050	16
Abbildung 3:	Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz und in den Kantonen 2020–2050, Anteil Personen nach Altersgruppen	17
Abbildung 4:	Bevölkerungsentwicklung nach Altersstruktur in der Schweiz in Millionen, 2020–2050	18
Abbildung 5:	Folgen demografischer Entwicklungen für das Gesundheitswesen	18
Abbildung 6:	Gesundheitsverständnis	18
Abbildung 7:	Entwicklungen beim Fachpersonal	20
Abbildung 8:	Patientenströme Kanton Aargau im Bereich Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation	22
Abbildung 9:	Finanzierung der schweizweiten Gesundheitsausgaben nach Finanzierungs- quellen in Millionen Franken	25
Abbildung 10:	Kostenentwicklung OKP, Bruttoleistungen pro Kopf der einzelnen Leistungs- bereiche in Franken	25
Abbildung 11:	Einsatzzahlen der bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton Aargau	40
Abbildung 12:	Standorte Kantonsspitäler und Nebenstandorte	44
Abbildung 13:	Szenarien Kostenentwicklung der akutsomatischen Spitäler auf Basis des AFP 2023–2026	46
Abbildung 14:	Kantonale Finanzierungsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in den Jahren 2015 und 2016 in Millionen Franken pro Jahr	47
Abbildung 15:	Kantonale Finanzierungsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in den Jahren 2015 und 2016 in Franken pro Kopf	48
Abbildung 16:	Strategiehaus GGpl 2030	54
Abbildung 17:	Grafische Darstellung der Bruttokosten OKP in Franken pro Person (in Quantilen) im Jahr 2020	56
Abbildung 18:	Darstellung der Nettoleistungen OKP (Bruttoleistungen minus Kostenbeteiligung) in Franken pro versicherte Person im Jahr 2020	57
Abbildung 19:	Entwicklung der Nettoleistungen OKP und Prämien in Franken je versicherte Person im Kanton Aargau	57
Abbildung 20:	Horizontale und vertikale Integration	58
Abbildung 21:	Entwicklung von mittlerer Prämie der OKP, BIP pro Kopf und Lohnindex in der Schweiz 2000–2020	61
Abbildung 22:	Altersstruktur der Frauen im Spital- und Praxissektor	70
Abbildung 23:	Altersstruktur der Männer im Spital- und Praxissektor	70
Abbildung 24:	Bestand Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029	91
Abbildung 25:	Dichte des Pflegepersonals im europäischen Vergleich	92
Abbildung 26:	Berufsaustritte Gesundheitsfachpersonen 2013 und zwischen 2016 und 2018 in %	93
Abbildung 27:	Individuelle Prämienverbilligung, verbleibende Prämie und Prämienbelastung 2020 mit Standardprämie	100
Abbildung 28:	Individuelle Prämienverbilligung, verbleibende Prämie und Prämienbelastung 2020 mit der mittleren Prämie	101
Abbildung 29:	Masterplan Gesetzesanpassungen	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Finanzierung der durchschnittlichen Gesundheitskosten 2020 in Franken.....	24
Tabelle 2:	Verantwortung bei der Sicherstellung und Planung des Angebots in den Kantonen Zürich und Bern.....	29
Tabelle 3:	Aufgabenteilung Planung und Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden im Kanton Aargau	30
Tabelle 4:	Finanzierer von Gesundheitsleistungen (Staatsebene und Beitrag in Franken) im Jahr 2021	31
Tabelle 5:	Finanzierer der Pflegekosten.....	32
Tabelle 6:	Pflegerestkosten in Mio. Franken gemäss AFP 2023–2026	33
Tabelle 7:	Leistungskosten nach KVG/IVG stationäre Versorgung in Mio. Franken gemäss AFP 2023–2026.....	34
Tabelle 8:	Leistungskosten für Ergänzungsleistungen in Millionen Franken gemäss AFP 2023–2026.....	34
Tabelle 9:	Aufgabenteilung in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen in anderen Kantonen	35
Tabelle 10:	Übersicht kantonale Organisationsmodelle im Rettungswesen	38
Tabelle 11:	Erfüllung der Hilfsfrist 2018–2020	41
Tabelle 12:	Kostendeckungsgrad Rettungsdienste im Kanton Aargau.....	42
Tabelle 13:	Eckdaten der kantonseigenen Spitäler 2020/21.....	43
Tabelle 14:	Einflussmöglichkeiten des Kantons bei (Teil-)Veräusserung der Beteiligungen	52
Tabelle 15:	Substanzwerte der Spitalaktiengesellschaften	53
Tabelle 16:	Massnahmen aus dem Finanzierbarkeitsbericht.....	62
Tabelle 17:	Übersicht Ärztedichte pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Grundversorgung.....	71
Tabelle 18:	Rollenverteilung	83
Tabelle 19:	Kantonsbeitrag an Prämienverbilligung in % und Franken	99
Tabelle 20:	Prämienbelastung 2020 nach Modellhaushalt im Kanton Aargau in % des verfügbaren Einkommens.....	101
Tabelle 21:	Finanzielle Auswirkungen der Strategien auf Kanton und Gemeinden	108

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Alpine Air Ambulance AG
AAV	Aargauer Ärzteverband
AFP	Aufgaben- und Finanzplanung
BGBM	Bundesgesetz über den Binnenmarkt vom 6. Oktober 1995
BKS	Departement Bildung, Kultur und Sport
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization = Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögensgegenständen
EL	Ergänzungsleistungen
ELS 144	Einsatzleitstelle 144
EPD	Elektronisches Patientendossier
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012
FH	Fachhochschule
GAF	Gesetz über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen vom 5. Juni 2012
GAV	Gemeindeammännerversammlung
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016
GesG	Gesundheitsgesetz vom 20. Januar 2009
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
GSW	Kommission für Gesundheit und Sozialwesen
GV	Generalversammlung
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
GWLV	Verordnung über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen vom 11. November 2020
HBV	Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung vom 11. November 2009
HF	Höhere Fachschule
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
HWL	Hauswirtschaftliche Leistungen
ISBA	Integrierte Suchtbehandlung Aargau
IVR	Interverband für Rettungswesen
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995
KNZ	Kantonale Notrufzentrale
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
KSD	Koordinierter Sanitätsdienst
KV	Kantonsverfassung vom 26. Juni 1980
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

KVGG	Gesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 15. Dezember 2015
LMG	Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände vom 20. Juni 2014
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006
NFD	Ärztlicher Notfalldienst
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 30. März 1911
PCG- Richtlinie	Richtlinie zur Public Corporate Governance vom 17. September 2013
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
PfIG	Pflegegesetz vom 26. Juni 2007
PfIV	Pflegeverordnung vom 14. November 2007
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PsyG	Bundesgesetz über die Psychologieberufe vom 18. März 2011
RD	Rettungsdienst
Rega	Schweizerische Rettungsflugwacht
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats
SNZ 144	Sanitätsnotrufzentrale 144
SpiG	Spitalgesetz vom 25. Februar 2003
SpiG-SO	Spitalgesetz des Kantons Solothurn vom 12. Mai 2004
SteHAG	Stammgemeinschaft eHealth Aargau
TASS	Ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (TASS)
TSG	Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966
vaka	Verband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VAM	Verordnung über die Arzneimittel vom 21. September 2018
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Zusammenfassung

Der vorliegende Anhörungsbericht bildet die wichtigsten Megatrends im Gesundheitswesen ab und zeigt die Ziele und Strategien der gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) für die kantonale Gesundheitsversorgung in den nächsten 10 bis 15 fünfzehn Jahren auf. Weiter werden die finanziellen Auswirkungen der Ziele und Strategien abgebildet.

Das Gesundheitssystem wird in den nächsten Jahren mit einer Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungen konfrontiert sein. Ziel der vorliegenden GGpl 2030 ist es, aus der Vielzahl der bestehenden Megatrends zentrale Kernpunkte, die für das aargauische Gesundheitssystem relevant sind, abzuleiten und die Ziele und Strategien für die einzelnen Themengebiete auf diese Megatrends abzustimmen. Die nachfolgend beschriebenen Entwicklungen werden das Gesundheitswesen massgeblich beeinflussen:

- a) höhere Lebenserwartung und weiterhin verhältnismässig niedrige Geburtenrate führen zu demografischen Veränderungen,
- b) ein neues Verständnis von Gesundheit im Sinne eines komplexen Zusammenspiels physischer, psychischer und sozialer Komponenten wird das Gesundheitssystem und das individuelle Gesundheitsverhalten in Zukunft prägen,
- c) der medizinisch-technische Fortschritt zieht bessere Analyse-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nach sich,
- d) die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird voranschreiten,
- e) die Anzahl und die Qualifikation des Fachpersonals im Gesundheitswesen verändert sich, weshalb sich vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs ein Personalengpass abzeichnet,
- f) die Mobilität der Menschen nimmt zu, was zu einer schnelleren Verbreitung von Krankheiten, aber auch zu einer verstärkt interregionalen und interkantonalen Wahl des Behandlungsortes sowie verstärkt ortsunabhängigen Behandlungsmöglichkeiten führt,
- g) auf dem Angebotsmarkt wird die stetige Fragmentierung der Leistungen und Spezialisierung des Personals weiter zunehmen,
- h) durch die Wettbewerbsstärkung im Rahmen der Spitalfinanzierung und eine grundsätzlich steigende Anspruchs- und Konsumhaltung der Patientinnen und Patienten wird das Gesundheitssystem immer stärker ökonomischen Kriterien unterliegen.

Die Ziele und Strategien zu den einzelnen Themengebieten dienen alle dazu, die übergeordnete Strategie für das Aargauer Gesundheitswesen umzusetzen. Die übergeordnete Strategie der GGpl 2030 lautet wie folgt:

"Der Kanton gewährleistet ein bedarfsgerechtes, integriertes, digital-vernetztes, qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen über alle Altersgruppen hinweg. Er strebt innovative Lösungen an und verfolgt die Entwicklung von kantonalen und nationalen Gesundheitssystemen. Er optimiert seine Vorkehrungen laufend und passt sie den neuesten Erkenntnissen an. Dabei fördert er den Wettbewerb und die Transparenz unter den Leistungserbringern."

Der Kanton setzt sich für einen starken Gesundheitskanton Aargau ein. Zu diesem Zweck sorgt der Kanton für einen hohen Eigenversorgungsanteil an Gesundheitsleistungen. Dabei sollen diejenigen Leistungen im Kanton erbracht und bezogen werden, die in guter Qualität und wirtschaftlich erbracht

werden können. Weiter unterstützt und ermöglicht der Kanton Kooperationen der Leistungserbringer innerhalb des Kantons und über die Kantonsgrenzen hinweg.

Aufgrund der übergeordneten Strategie wird es in nahezu allen Themengebieten zu kleineren oder grösseren Veränderungen kommen, welche sich mittel- bis langfristig auf die Gesundheitsversorgung auswirken. Die grössten Veränderungen dürften dabei in nachfolgenden Gebieten auftreten:

- Regional integrierte Versorgungsregionen

Für die bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Betreuung der Patientinnen und Patienten ist eine geplante und koordinierte Zusammenarbeit aller Versorgungspartner zentral. Damit die Angebote aufeinander abgestimmt und die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Behandlungspfaden und Versorgungspartnern optimiert werden, braucht es einen übergeordneten Blick über die gesamte Versorgung hinweg.

Die Gemeinden sollen den Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet qualifizierte Angebote im Bereich der Beratung, Betreuung sowie der Langzeit- und Spitexversorgung garantieren. Dazu bilden die Gemeinden Versorgungsregionen. Die organisatorische Verselbstständigung und Spezialisierung führt zur Professionalisierung der Versorgungstätigkeiten; Synergien und Fachwissen können besser genutzt werden. Die Anzahl, die Grösse und die Organisation der Versorgungsregionen soll den Gemeinden überlassen werden. Wichtig ist, dass die neuen Versorgungsregionen aus Initiative der Gemeinden entstehen, indem sich Gemeinden bewusst zusammenschliessen mit dem Ziel, das Pflegeheimlistenverfahren für ihre Gemeinden gemeinsam zu bewältigen.

Im Bereich der Grund- und Spezialversorgung ermöglichen die Versorgungsregionen eine übergeordnete, überkommunal koordinierte Versorgungsperspektive, die sich an den Patientenströmen und der Bevölkerungsstruktur ausrichtet. Die Versorgungsregionen sollen die heute mit der Planung betrauten Replas (Regionalplanungsverband) ersetzen, denen für die Planungsaufgaben zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen.

- Mehr Kompetenzen für die Gemeinden bei der Tarifgestaltung in der Langzeit- und Spitexversorgung

Die Gemeinden erhalten mehr Kompetenzen und Freiheiten bei der Tarifgestaltung mit den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen. Die Einhaltung der zentralen Prinzipien der fiskalischen Äquivalenz und Subsidiarität ist damit gewährleistet.

- Rettungswesen

Die Standorte und Einsatzgebiete für die Rettungsdienste sollen zukünftig in einem Bewerbungsverfahren vergeben werden. Im Vergleich zum heutigen System liegt der Fokus damit mehr auf einem wettbewerbsfördernden Ansatz und neuen, innovativen Rettungsdiensten wird der Marktzugang damit leichter ermöglicht. Weiter soll die Sanitätsnotrufzentrale 144 künftig vom Kanton selbst betrieben werden und nicht mehr von der Kantonsspital Aarau AG (KSA). Dabei soll die Alarmierung konsequent nach dem Nächst-Best-Prinzip erfolgen.

- Eigentümerschaft der kantonseigenen Spitäler

Der Kanton befindet sich zurzeit hinsichtlich seiner Funktion als Eigentümer der kantonseigenen Spitäler in einem mehrfachen Rollenkonflikt. Dieser entsteht dadurch, dass der Kanton einerseits als Regulator, Gewährleister und Aufsichtsinstanz der Spitalversorgung auftritt und andererseits als Ei-

gentümer seiner drei Spitäler agiert. Dabei nimmt der Kanton diverse und teilweise im Konflikt miteinander stehende Rollen wahr. Um diesen Rollenkonflikt zu entschärfen, soll zukünftig eine (Teil-)Veräusserung der Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern ermöglicht werden.

Als Eigentümer muss der Kanton seine Spitäler über deren Verwaltungsräte so organisieren, dass jene jederzeit in der Lage sind, die Gesundheitsversorgung gemäss ihren Leistungsaufträgen in angemessener Qualität aufrechtzuerhalten.

- Individuelle Prämienverbilligung

Die Prämienbelastung ist eine zentrale Kontrollgrösse bei der Festlegung des Kantonsbeitrags. Sie zeigt auf, ob der Kanton die Zielsetzung der Prämienverbilligung: "Entlastung der wirtschaftlich schwächeren Haushalte" erfüllt. Mit der Nennung der Prämienbelastung im KVGG wird die gelebte Praxis gesetzlich verankert und erhält damit eine höhere Verbindlichkeit.

1. Ausgangslage

Der Regierungsrat hat dem Grossen Rat die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) mit der Botschaft vom 6. Juli 2005¹ erstmalig unterbreitet. Die zweite Fassung der GGpl entstand im Jahr 2010. Sie war auf den Einbezug der neuen Spital- und Pflegefinanzierung ausgerichtet und stellte keine umfassend neue strategische Planung dar. Gemäss dem kantonalen Spitalgesetz (SpiG) vom 25. Februar 2003 genehmigt der Grosse Rat die periodisch zu überprüfende GGpl. Der Regierungsrat seinerseits sorgt unter Berücksichtigung der GGpl sowie der bundesrechtlichen Vorgaben für die Planung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativ guten Spitalversorgung. Der Regierungsrat hat im September 2016 das im Zeitraum von 2014 bis 2016 laufende Projekt zur Erarbeitung der GGpl 2025 zur Kenntnis genommen und beschlossen, sich mit Blick auf den bevorstehenden Führungswechsel im Departement Gesundheit und Soziales in der nächsten Legislatur in neuer Zusammensetzung mit diesem Geschäft zu befassen (RRB Nr. 2016-001170 vom 28. September 2016). Mit Beschluss vom 29. März 2017 hat der Regierungsrat den Zeitplan zur Wiederaufnahme der Arbeiten an der GGpl 2025 zur Kenntnis genommen (RRB Nr. 2017-000328).

Die dringliche (19.56) Motion der Kommission für Gesundheit und Sozialwesen (GSW) vom 25. Juni 2019 betreffend zeitnahe Erstellung einer neuen GGpl verlangt, zuerst eine neue GGpl zu erarbeiten, bevor wesentliche Projekte der Gesundheitsversorgung angegangen werden.

Das Entwicklungsleitbild 2021–2030 des Regierungsrats weist ausdrücklich auf die GGpl als Entwicklungsschwerpunkt hin, mit der die Strategie einer finanzierbaren und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung umgesetzt werden soll. Ausserdem stellt die Revision der GGpl den Entwicklungsschwerpunkt 535E006 im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2022–2025 dar.

2. Handlungsbedarf

Die aktuell gültige GGpl stammt aus dem Jahr 2010. Das Gesundheitswesen hat sich seither stark verändert, und es stehen bei Bund und Kanton diverse Gesetzesanpassungen an. Auch die Covid-19-Pandemie hat einen gewissen Handlungsbedarf aufgezeigt, der mit Gesetzesanpassungen verbunden sein wird (vgl. [22.119] Botschaft an den Grossen Rat vom 27. April 2022 mit dem Titel "Reflexionsprozess Kanton Aargau zur Covid-19-Pandemie; Analyse und Sicherung der Erkenntnisse; Erkennen von Handlungsbedarf" [Corona-Bericht]). Zuvor gilt es, mit einer Anpassung der GGpl die gesundheitspolitischen Weichen für die nächsten 10 bis 15 Jahre zu stellen.

Um den zukünftigen Entwicklungen und Megatrends im Gesundheitswesen angemessen und wirkungsvoll begegnen zu können, besteht auf kantonalen Ebene bei diversen Gesetzen und Verordnungen Anpassungsbedarf. Die erforderlichen Änderungen der Rechtsgrundlagen nimmt das Departement Gesundheit und Soziales nach der Genehmigung der neuen GGpl 2030 an die Hand. Das betrifft namentlich die anstehende Totalrevision des SpiG sowie die Änderungen des kantonalen Pflegegesetzes (PflG) vom 26. Juni 2007, des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG) vom 20. Januar 2009 und des kantonalen Gesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 15. Dezember 2015.

¹ Botschaft-Nr. 05.181.

Die folgenden überwiesenen Motionen und Postulate sollen mit der GGpl 2030 oder den nachfolgenden Gesetzgebungsprojekten abgeschrieben werden:

- (16.50) Postulat Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach (Sprecherin), Clemens Hochreuter, SVP, Aarau, und Andre Rotzetter, CVP, Buchs, vom 15. März 2015 betreffend Erstellung eines Berichts zur möglichen zukünftigen Rolle des Kantons gegenüber den beiden akutsomatischen Kantonsspitalern.
- (17.204) Postulat Andre Rotzetter, CVP, Buchs (Sprecher), Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach, Therese Dietiker, EVP, Aarau, Dr. Severin Lüscher, Grüne, Schöffland, Renata Siegrist-Bachmann, GLP, Zofingen, und Clemens Hochreuter, SVP, Erlinsbach, vom 29. August 2017 betreffend Überarbeitung der Vorgaben in der Ausbildungsverpflichtung im Gesundheitsgesetz.
- (17.230) Motion der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 26. September 2017 betreffend Überarbeitung der Botschaft über die Finanzierbarkeit des Aargauer Gesundheitswesens.
- (17.233) Postulat der CVP-Fraktion (Sprecherin Edith Saner, Birmenstorf) vom 26. September 2017 betreffend Zuständigkeit zur Finanzierung der Restkosten von Pflegeeinrichtungen bei vorgängigem Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in Alterswohnungen ohne durchgängige Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen.
- (17.62) Postulat der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 21. März 2017 betreffend Entflechtung der Mehrfachrolle des Kantons Aargau in der Spitalfinanzierung.
- (17.63) Postulat der Fraktion der Grünen (Sprecher Dr. Severin Lüscher, Schöffland) vom 21. März 2017 betreffend Reorganisation der Aargauischen Kantonsspitäler.
- (17.68) Postulat Dr. Marcel Bruggisser, BDP, Aarau (Sprecher), Antoinette Eckert, FDP, Wettlingen, Vreni Friker-Kaspar, SVP, Oberentfelden, Markus Gabriel, SVP, Uerkheim, Marlène Koller, SVP, Untersiggenthal, Dr. Severin Lüscher, Grüne, Schöffland, Ruth Jo. Scheier, GLP, Wettlingen, Herbert Strebel, CVP, Muri, und Lilian Studer, EVP, Wettlingen, vom 21. März 2017 betreffend Leistungsvereinbarung mit dem Kantonalverband Aargauischer Samaritervereine (KVAS) im Rahmen des teilrevidierten Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes Aargau.
- (18.195) Postulat Martina Bircher, SVP, Aarburg, vom 18. September 2018 betreffend Gleichbehandlung öffentliche und private Spitex-Organisationen – Änderung Leistungsverrechnung (§ 12b Abs. 2 PflG).
- (18.228) Motion Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach (Sprecherin), Clemens Hochreuter, SVP, Erlinsbach, Andre Rotzetter, CVP, Buchs, und Dr. Severin Lüscher, Grüne, Schöffland, vom 13. November 2018 betreffend Portfoliobereinigung im Bereich der spezialisierten Leistungsaufträge der stationären Akutversorgung.
- (19.364) Postulat der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 3. Dezember 2019 betreffend Erstellung eines Regierungsberichtes über die Möglichkeiten der einheitlichen Finanzierung und Steuerung von Spital-, Pflege- und Ergänzungsleistungen.
- (20.42) Postulat Dr. Martina Sigg, FDP, Schinznach (Sprecherin), Dr. Severin Lüscher, Grüne, Schöffland, Dr. Ulrich Bürgi, FDP, Aarau, Dr. Jürg Knuchel, SP, Aarau, und Dr. Marcel Bruggisser, Aarau, vom 3. März 2020 betreffend Erstellung eines Konzeptes "Verbesserung der Überlebenswahrscheinlichkeit nach Kreislaufstillstand".

- (20.43) Motion Harry Lütolf, CVP, Wohlen (Sprecher), Cécile Kohler, CVP, Lenzburg, und Sabine Sutter-Suter, CVP, Lenzburg, vom 3. März 2020 betreffend Anstossfinanzierung durch den Kanton zwecks Eröffnung einer Kinderarztpraxis in Wohlen und in anderen aargauischen Regionen in Fällen einer ausgewiesenen Unterversorgung.
- (20.99) Motion der FDP-Fraktion (Sprecherin Dr. Martina Sigg, Schinznach) vom 12. Mai 2020 betreffend sorgfältige Ausarbeitung eines Epidemienkapitels in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung.
- (20.221) Postulat Bruno Gretener, FDP, Mellingen (Sprecher), Roger Fessler, SVP, Mellingen, Marlène Koller, SVP, Untersiggenthal, und Susanne Voser, CVP, Neuenhof, vom 8. September 2020 betreffend Änderung der Restkostenfinanzierung in der stationären Langzeitpflege.

3. GGpl als planungsrechtliche Grundlage

Die GGpl 2030 ist – wie bereits die GGpl 2005 und 2010 – ein Planungsbericht gemäss § 79 Kantonsverfassung (KV) vom 26. Juni 1980 und § 8 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) vom 5. Juni 2012. § 5 SpiG und § 3 PfiG sehen zudem vor, die GGpl periodisch zu überarbeiten.

Ein Planungsbericht bietet die Möglichkeit, die gesundheitspolitischen Herausforderungen, die sich in einem dynamischen Umfeld verändern, vernetzt anzugehen. Mit diesem koordinierenden Ansatz können langfristige Lösungen entwickelt, im Sinne einer optimalen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit Schwerpunkte gesetzt sowie die Nachhaltigkeit der Gesundheitspolitik gesteigert werden. Die GGpl definiert somit die übergeordneten Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Erfüllung der Versorgungsprämisse durch den Kanton und hat zum Ziel, möglichst ganzheitlich, gegenwärtige und zukünftige Entwicklungen sowie langfristige Strategien im aargauischen Gesundheitssystem abzubilden. Die GGpl gibt nicht vor, wie die Strategien im Detail umzusetzen sind.

Damit die Aargauer Bevölkerung auch weiterhin von einem guten und bezahlbaren Gesundheitssystem profitieren kann, das auf eine hohe Lebenserwartung und pflegeintensive chronische Krankheiten ausgerichtet ist, soll die GGpl 2030 für den Kanton Aargau einen gesundheitspolitischen Handlungsrahmen für alle Akteure im Gesundheitswesen und für die Politik vorgeben.

Den Rahmen der GGpl 2030 bildet die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats Gesundheit 2020–2030 (Gesundheit2030), ohne dass die GGpl 2030 direkt auf die Bundesstrategie referenziert.

Abbildung 1: Gesundheit2030 – Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2019

4. Megatrends im Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem wird in den nächsten Jahren mit einer Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungen konfrontiert sein. Da die strategische Ausrichtung der GGpl für die nächsten 10 bis 15 Jahre anvisiert ist, sind diese sogenannten Megatrends in die langfristige Strategieplanung miteinzubeziehen. Die Mechanismen, die das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren beeinflussen werden, unterliegen komplexen Wechselwirkungen, die nicht bis ins Detail ergründbar sind. Ziel ist es deshalb, in der GGpl 2030 aus der Vielzahl der bestehenden Trends zentrale Kernpunkte abzuleiten, die für das aargauische Gesundheitssystem relevant sind. Die nachfolgend beschriebenen Entwicklungen werden das Gesundheitswesen massgeblich beeinflussen (siehe auch die detaillierten Ausführungen ab Ziffer 4.1):

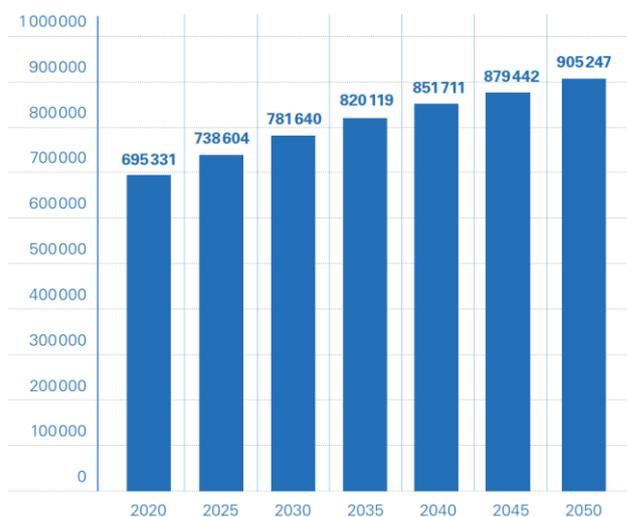
- Die höhere Lebenserwartung und weiterhin verhältnismässig niedrige Geburtenrate führen zu demografischen Veränderungen, die sich insbesondere in der zunehmenden Anzahl älterer Menschen und chronisch/multimorbid (mehrfach) Erkrankter niederschlägt.
- Ein neues Verständnis von Gesundheit im Sinne eines komplexen Zusammenspiels physischer, psychischer und sozialer Komponenten wird das Gesundheitssystem und das individuelle Gesundheitsverhalten in Zukunft prägen.
- Der medizinisch-technische Fortschritt zieht bessere Analyse-, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nach sich, welche die Lebenserwartung erhöhen, gleichzeitig jedoch auch den Konsum an Versorgungsleistungen steigern.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird weiter voranschreiten, zukünftig die gesamte Behandlungskette von Patientinnen und Patienten umfassen und neue Wege für Diagnostik, Kommunikation und Therapie ermöglichen.

- Ebenfalls verändern werden sich sowohl die Anzahl als auch die Qualifikation des Fachpersonals im Gesundheitswesen, weshalb sich vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs ein zusätzlicher Personalengpass abzeichnet.
- Sämtliche Entwicklungen finden vor dem Hintergrund eines steigenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung statt, das künftig zu einer aktiveren Rolle der Patientinnen und Patienten führen könnte.
- Gleichzeitig wächst die Mobilität der Menschen rapide an, was zu einer schnelleren Verbreitung von Krankheiten, aber auch zu einer verstärkt interregionalen und interkantonalen Wahl des Behandlungsorts sowie zunehmend ortsunabhängigen Behandlungsmöglichkeiten führt.
- Auf dem Angebotsmarkt wird die stetige Fragmentierung der Leistungen und Spezialisierung des Personals weiter zunehmen – dadurch werden mehr Koordination unter den Leistungserbringern und mehr integrierte Versorgungsmodelle benötigt.
- Durch die Wettbewerbsstärkung im Rahmen der Spitalfinanzierung² seit 2012 und eine grundsätzlich steigende Anspruchs- und Konsumhaltung von Patientinnen und Patienten wird das Gesundheitssystem immer stärker ökonomischen Kriterien unterliegen.

4.1 Demografische Entwicklung

In den nächsten Jahrzehnten kommt es zu weitreichenden demografischen Veränderungen im Kanton Aargau. Einerseits führt die Zuwanderung aus anderen Kantonen und dem Ausland zu einem Zuwachs der aargauischen Bevölkerung.

Abbildung 2: Referenzszenario der Bevölkerungsentwicklung im Kanton Aargau, 2020–2050

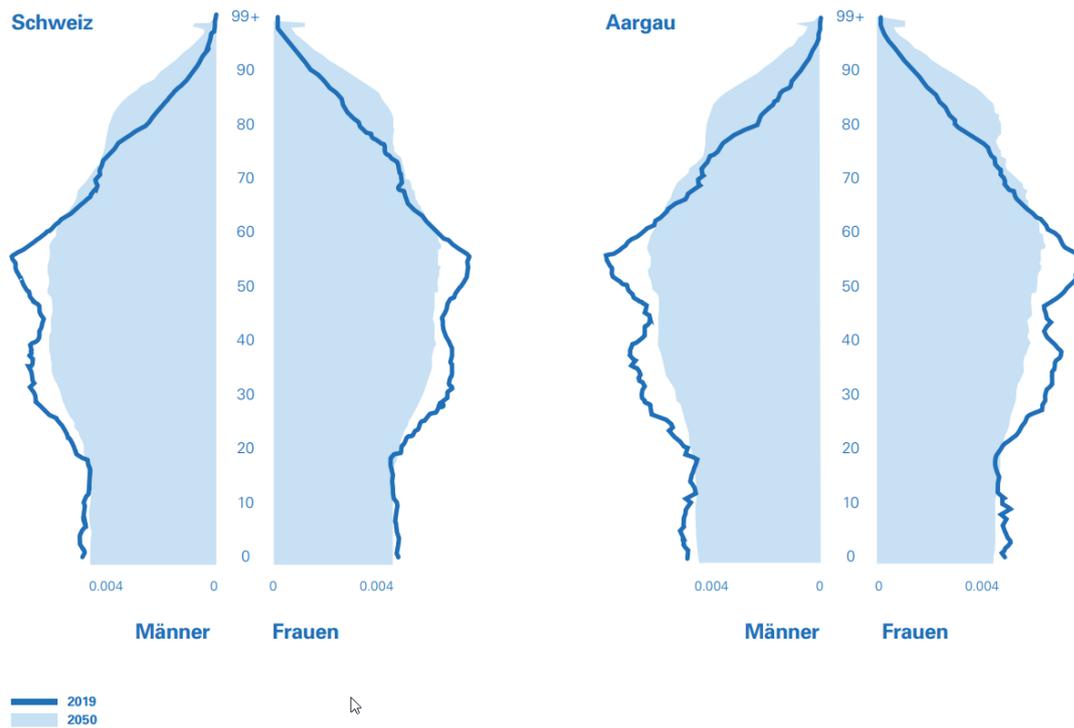


Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), 2022

Andererseits verschiebt sich die Altersstruktur aufgrund der verhältnismässig niedrigen Geburtenrate, der Nachwirkungen der Babyboom-Generation und des medizinischen Fortschritts zu einem deutlich höheren Anteil an alten und hochaltrigen Personen.

² Es gelten leistungsbezogene Pauschalpreise nach dem Tarifsysteem Swiss DRG: Somit hat sich das System von einem Kostenrückerstattungssystem zu einem Leistungsfinanzierungssystem entwickelt.

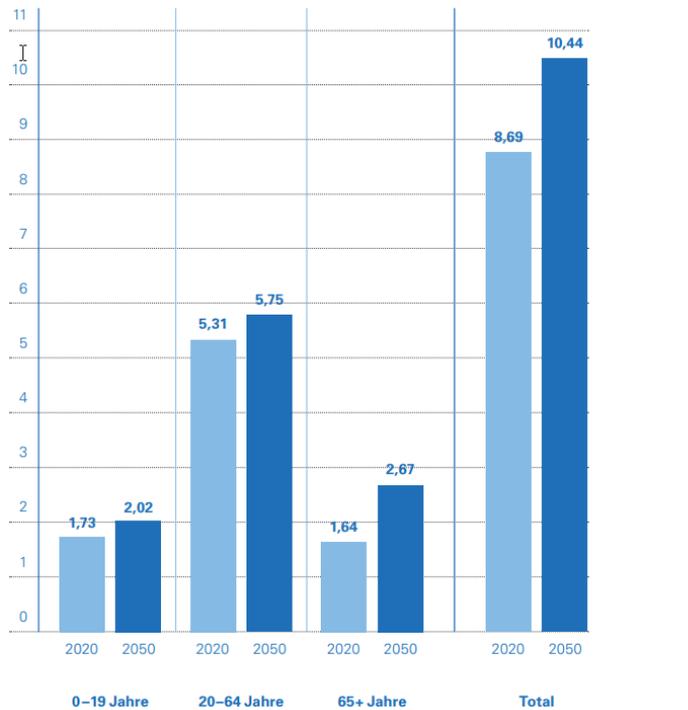
Abbildung 3: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz und in den Kantonen 2020–2050, Anteil Personen nach Altersgruppen



Quelle: BFS, 2020

Prognosen des Bundes zeigen, dass die Anzahl der über 65-jährigen Personen schweizweit von 1,64 Millionen im Jahr 2020 auf 2,67 Millionen im Jahr 2050 zunehmen wird. Die Anzahl Seniorinnen und Senioren ab 80 Jahren soll sodann von 0,46 Millionen im Jahr 2020 auf 1,11 Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Im Kanton Aargau leben derzeit 126'000 Menschen, die über 65 Jahre alt sind (18,2 % der Gesamtbevölkerung des Kantons Aargau). Gemäss Bevölkerungsprognose wird dieser Anteil auf rund 25,0 % ansteigen.

Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung nach Altersstruktur in der Schweiz in Millionen, 2020–2050

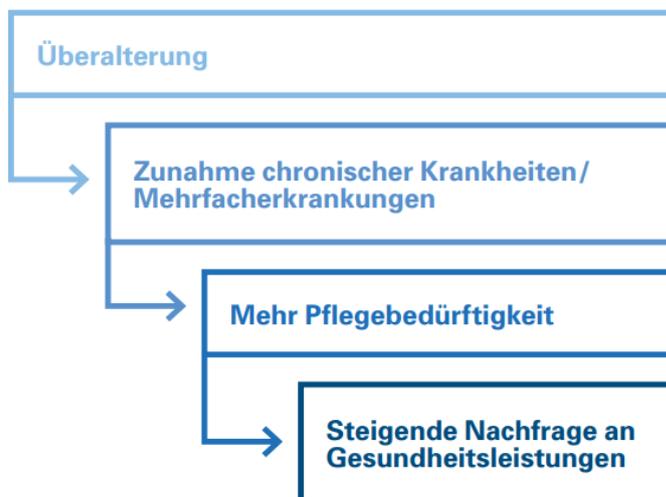


Quelle: BFS, 2021

Da die Menschen immer älter werden, ist infolge einer Zunahme chronischer Krankheiten und Mehrfacherkrankungen mit steigenden Pflegefällen im Kanton Aargau zu rechnen. Insbesondere dann, wenn geburtenstarke Jahrgänge ein sehr hohes Alter erreichen. Dieser Entwicklung soll in der GGpl 2030 angemessen Rechnung getragen werden, zumal der steigende Pflege- und Betreuungsbedarf auch die Gesundheitskosten beeinflusst.

Zeitgleich ist zu beobachten, dass Seniorinnen und Senioren ein verstärktes Bedürfnis haben, länger aktiv und unabhängig zu bleiben. Vor dem Hintergrund der Lockerung von Familienstrukturen, die für lange Zeit eine wichtige Rolle bei der Pflege und Betreuung von Angehörigen spielten, prägen neue Strukturen das Zusammenleben. Sinkende Geburtenraten, kleinere Familien und mehr Einpersonenhaushalte führen zu Lücken bei einfachen Betreuungs- und Pflegeleistungen. Als Folge davon gewinnen professionelle Betreuungsangebote und altersgerechte neue Wohnformen an Bedeutung.

Abbildung 5: Folgen demografischer Entwicklungen für das Gesundheitswesen



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

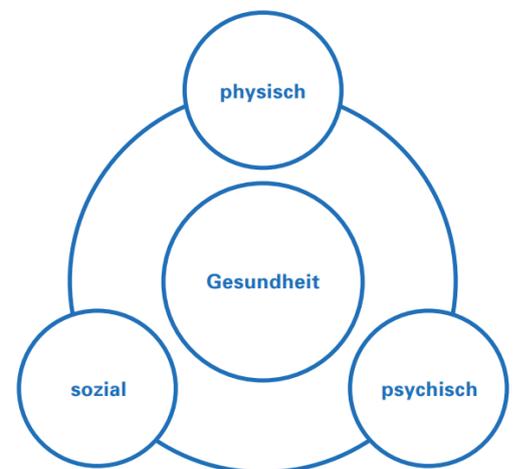


Abbildung 6: Gesundheitsverständnis

4.2 Neues Gesundheitsverständnis

Der Zusammenhang zwischen der Entstehung von Krankheiten, der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit sowie den physischen, psychischen und sozialen Faktoren kommt immer mehr zum Vorschein. Diese Entwicklung führt dazu, dass der Gesundheitsbegriff über die Definition körperlicher Einschränkungen hinaus verstanden und psychische und soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit häufiger berücksichtigt werden. Dies wiederum beeinflusst den persönlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, aber auch welche Versorgungsleistungen gewählt und welche Erwartungen an die Leistungserbringer gestellt werden.

4.3 Medizinisch-technischer Fortschritt

Unter medizinisch-technischem Fortschritt werden innovative medizinische Produkte, Technologien und Prozesse sowie Analyse-, Diagnose- und Therapiemethoden verstanden, die einen höheren Nutzen für Patientinnen und Patienten darstellen. Sie führen dazu, dass mehr Krankheiten diagnostiziert, behandelbar oder sogar heilbar werden, die zuvor gar nicht oder nicht ausreichend behandelt werden konnten. Der medizinische Fortschritt macht auch möglich, dass stationäre Leistungen vermehrt ambulant geleistet werden können. Durch die verbesserten Diagnose- und Therapiemöglichkeiten kann der medizinisch-technische Fortschritt zu einer generellen Steigerung der Lebenserwartung führen. Andererseits geht mit ihm auch die Befürchtung einher, höhere Gesundheitskosten zu verursachen. Neue Technologien, die zu einer Lebensverlängerung führen, können insofern höhere Gesundheitskosten induzieren, als dass in der verbleibenden Lebenszeit der behandelten Person Aufwendungen für Pflege und Betreuung anfallen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass sich Sterblichkeit und Krankheit gleichmässig entwickeln und sich die kranken Lebensjahre durch den medizinisch-technischen Fortschritt im Durchschnitt nach hinten verschieben.

4.4 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde während der Pandemie beschleunigt und ist bereits in vielen Bereichen fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Digitalisierung ermöglicht zum Beispiel die durchgängige Vernetzung aller behandlungsrelevanten Akteure und berücksichtigt Bürgerinnen und Bürger, ambulante Leistungserbringer, stationäre Einrichtungen und weitere Institutionen. Digitaler Informationsaustausch erfolgt entlang der gesamten Behandlungskette, und erfasste Patientendaten können mehrfach Anwendung finden. In der Folge reduziert sich Doppeldiagnostik, bei steigender Behandlungsqualität und erhöhter Patientensicherheit, da alle behandlungsrelevanten Daten ortsunabhängig, aktuell und zeitnah zur Verfügung stehen.

Einen wichtigen Schritt in der Digitalisierung stellt das elektronische Patientendossier (EPD) dar. Für eine erfolgreiche Einführung und Verbreitung des elektronischen Patientendossiers fehlt es derzeit an einer klaren Aufgaben- und Kompetenzaufteilung sowie an einer nachhaltigen Finanzierung. Der Bundesrat will daher das EPD mit verschiedenen Massnahmen weiterentwickeln.³ Unter anderem soll das EPD künftig als Instrument der obligatorischen Krankenversicherung gelten, womit dem Bund eine weitreichende Regelungskompetenz zukommen würde. In der Frage der Freiwilligkeit der Patientinnen und Patienten sollen zwei Varianten geprüft werden: Die Beibehaltung der Freiwilligkeit

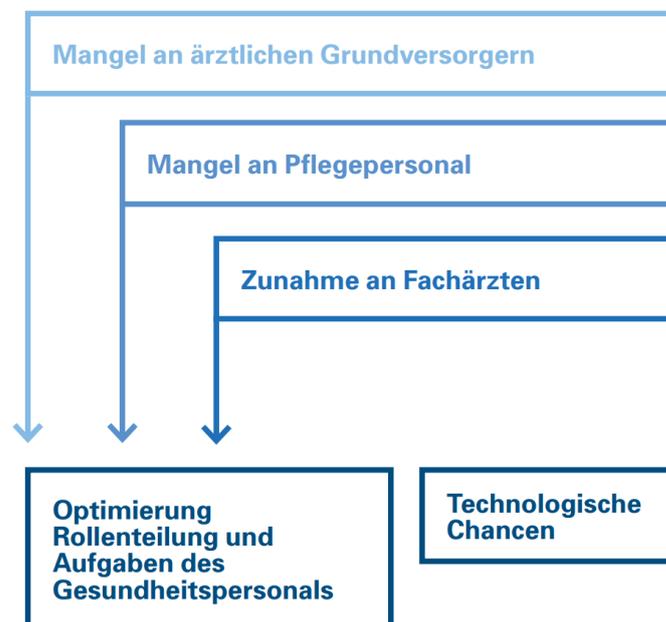
³ www.admin.ch > Dokumentation > Medienmitteilungen > Der Bundesrat will das elektronischen Patientendossier weiterentwickeln (2022)

sowie die Einführung eines Opting-out-Modells, wobei letzteres vom Bundesrat bevorzugt wird. Zudem sollen inskünftig alle ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen verpflichtet sein, ein EPD zu führen. Die Nutzung der technischen Infrastruktur des EPD soll für Zusatzdienste, wie beispielsweise die Überweisung von Patientinnen und Patienten an andere Gesundheitsfachpersonen, möglich sein. Standards zu einheitlichen medizinischen Dateninformationssystemen für die Nutzung von Patientendaten werden folgen. Die Entwicklung wird sich rasant fortsetzen, denn Digitalisierung und künstliche Intelligenz eröffnen dem Gesundheitswesen neue Möglichkeiten für Analyse, Diagnostik, Kommunikation und nachfolgende Therapie.

Langfristig sollen in der Gesundheitslandschaft neue Berufsbilder entstehen, und Gesundheitsfachpersonen werden ihre digitalen Kompetenzen erweitern, denn die Digitalisierung wird traditionelle Versorgungsstrukturen auflösen. Zukünftig wird es Patientinnen und Patienten möglich sein, über telemedizinische Instrumente mit einer Ärztin oder einem Arzt zu kommunizieren. Ärztinnen und Ärzte können dabei den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten über räumliche Distanz hinweg verfolgen und Diagnosen stellen, ohne dass sich die Patientin oder der Patient in eine Arztpraxis begeben muss. Apps werden bei Bedarf Gesundheitsdaten übermitteln, und der Einsatz digitaler Anwendungen birgt in vielen Bereichen, wie zum Beispiel der Gesundheitsförderung, Vorbeugung und Stabilisierung von chronischen Erkrankungen, viel Potenzial. Diese Anwendungen tragen erheblich dazu bei, dass Gesundheit mehr und mehr als Teil der Eigenverantwortung von Menschen angesehen wird. Für Patientinnen und Patienten liegen darin – je nach Zuwachs an digitaler Gesundheitskompetenz – Chancen auf mehr Selbstständigkeit und Selbstmanagement von Erkrankungen.

4.5 Fachpersonal

Abbildung 7: Entwicklungen beim Fachpersonal



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

Als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklungen erhöht sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies wiederum führt zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheitspersonal, insbesondere in der Pflege und in der ärztlichen Grundversorgung. Gleichzeitig ist die Versorgungslandschaft durch eine hohe Spezialisierung einer grossen Anzahl Dienstleistungen und Angebote gekennzeichnet (vgl. Ziffer 4.8), sodass die Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharzttitel zunimmt. Zugleich droht gerade im Hinblick auf das hohe Durchschnittsalter der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte und der steigenden Nachfrage nach

hausärztlichen Leistungen ein Mangel an ärztlicher Grundversorgung. Der Nachwuchs fehlt und der Bedarf nach Teilzeitarbeit erhöht sich wegen des wachsenden Frauenanteils in der Medizin und des Wunschs nach einer besseren Work-Life-Balance. Dies wiederum führt zu einem steigenden Bedarf an weiteren Ärztinnen und Ärzten.

Die bevorstehende Personalknappheit in Kombination mit dem grundsätzlich wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen erfordert eine Anpassung von Leistungserbringern und Berufen. Der verstärkte Fokus auf Technologien in der Medizin gemeinsam mit der zunehmenden Spezialisierung des Gesundheitspersonals führen zu Neuordnungen von wichtigen Funktionen im Gesundheitssystem. Apothekerinnen und Apotheker oder Pflegeexpertinnen und -experten APN könnten zum Beispiel gewisse Aufgaben von Hausärztinnen und Hausärzten übernehmen oder eine Anlaufstelle für Anliegen sein (zum Beispiel für Impfungen, Gesundheitstests usw.).

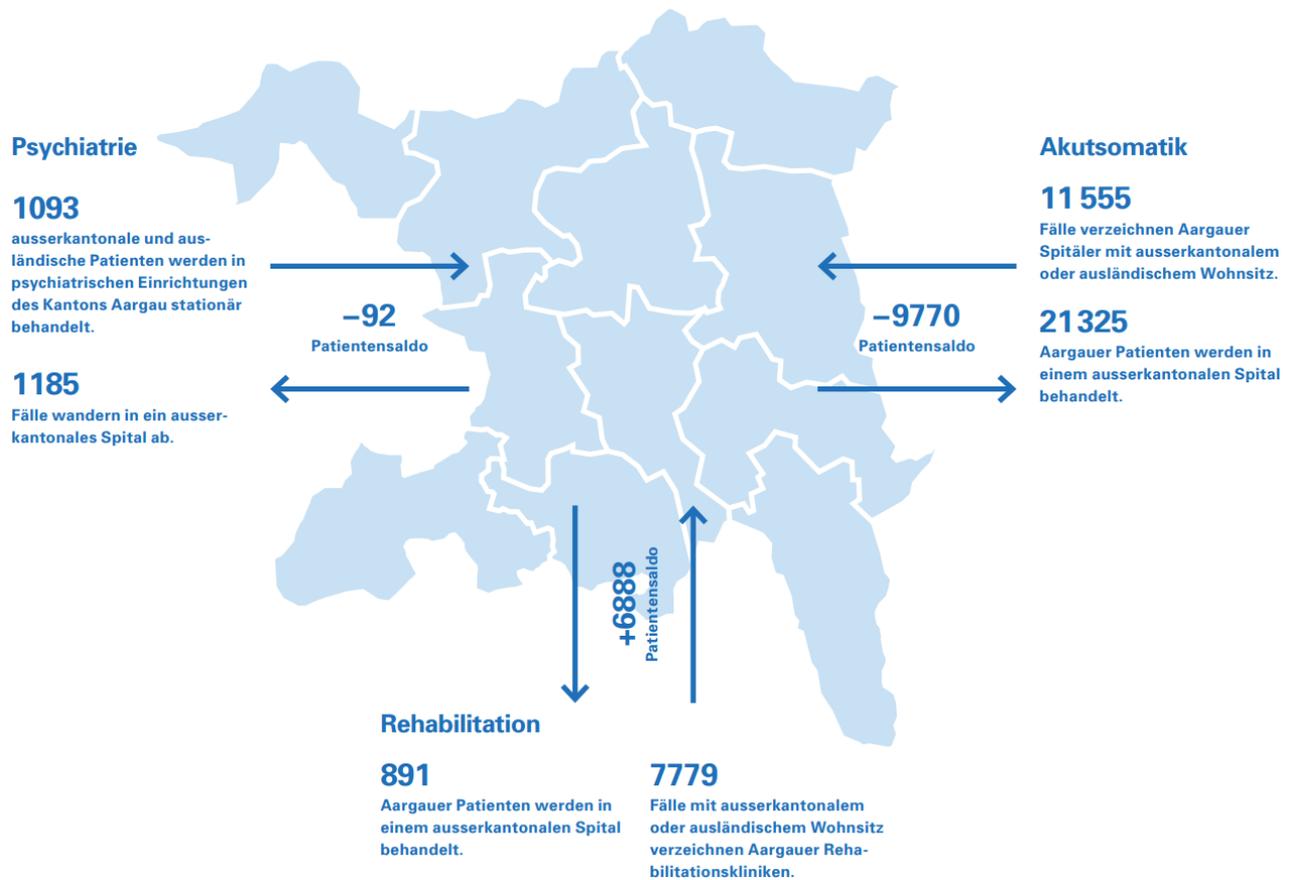
4.6 Steigendes Gesundheitsbewusstsein

Im Wissen um die gestiegene Lebenserwartung und den Wunsch nach entsprechender Lebensqualität nimmt das Interesse an Gesundheitsinformationen und das Gesundheitsbewusstsein der aargauischen Bevölkerung zu. Themen wie Ernährung und Bewegung, aber auch der Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln rücken vermehrt in den Vordergrund. Einst passiv angesehene Patientinnen und Patienten werden in Zukunft verstärkt gesundheitsbewusste und eigenverantwortliche Konsumentinnen und Konsumenten. Der Zugang zu Gesundheitsinformationen muss ausgebaut und die Rolle der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess so darauf ausgerichtet sein, dass ein informierter, eigenverantwortlicher und kostenbewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit beziehungsweise Krankheit gepflegt werden kann. Zum Beispiel sollen Betroffene von chronischen Erkrankungen mithilfe von Gesundheitsfachpersonen im eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit unterstützt werden.

4.7 Höhere Mobilität

Je höher die räumliche Mobilität, desto grösser das Risiko grenzüberschreitender Krankheiten und Pandemien. Gleichzeitig führen schnellere Wege zu erhöhter Bereitschaft der Menschen, für qualitativ hochwertige Versorgungsleistungen längere Distanzen auf sich zu nehmen. Dies gilt sowohl kantons- als auch länderübergreifend. Die freie Spitalwahl begünstigt in diesem Zusammenhang eine dezidiere Auswahl des Behandlungsorts, was sich in einer Zunahme an Patientenströmen in ausserkantonale Institutionen äussert und infolgedessen sich der Wettbewerbsdruck für Leistungserbringer erhöht.

Abbildung 8: Patientenströme Kanton Aargau im Bereich Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation



Quelle: Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Aargau, 2020

Überdies nehmen neue Kommunikationstechnologien (Telemedizin, eHealth) Einfluss auf die Art und Weise, wie Patientinnen und Patienten behandelt und beraten werden. Anstatt eine Ärztin oder einen Arzt vor Ort aufzusuchen, kann eine Patientin oder ein Patient digital mit Fachpersonen kommunizieren. Gerade für chronisch Erkrankte bergen derartige Möglichkeiten grosses Potenzial.

4.8 Zunehmende Fragmentierung der Versorgung

Medizin, Pflege und Therapien haben sich in den letzten Jahren immer stärker differenziert und die Kontaktstellen zwischen den Fachpersonen sowie Institutionen vervielfacht. Es gibt einerseits verschiedene Versorgungssektoren (ambulant, intermediär [aufsuchend und tagesklinisch] und stationär), andererseits bestehen viele Versorgungsstufen (Grundversorgung, spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung) sowie Versorgungsbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Pflegeversorgung sowie Querschnittsbereiche wie Palliative Care, Chronic Care etc.). Hinzu kommt eine komplexe Verflechtung unterschiedlicher Akteure mit verschiedenen Interessen und Kompetenzen. Mit der Folge, dass einzelne Behandlungsschritte oft schlecht aufeinander abgestimmt sind: Die nächste Fachperson weiss häufig nicht oder nur lückenhaft, was die letzte oder vorletzte gemacht hat. Aufgrund einer gewissen Unübersichtlichkeit sowie Informationsverlusten kann es zu Überdiagnostik, Mehrfachbehandlungen, Komplikationen, Notfall- und Wiedereinweisungen in das Spital kommen, mit negativen Wirkungen auf die Behandlungsergebnisse, Sicherheit von Patientinnen und Patienten und Kostenentwicklung.

Die stetige Zunahme von Angeboten in vielen Bereichen hat zur Folge, dass Menschen sich immer schlechter im Gesundheitssystem zurechtfinden. Umso wichtiger ist es, dass auf der einen Seite

Leistungserbringer in Zukunft noch koordinierter agieren und neue Informations- und Kommunikationstechnologien für ihren Austausch untereinander nutzen. Andererseits müssen neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern (integrierte Versorgungsmodelle) sowie eine bessere Übersicht über bestehende Angebote für Patientinnen und Patienten entwickelt und umgesetzt werden. Anlauf- und Beratungsstellen, die patientenorientiert Informationen zu Angeboten vermitteln, gewinnen an Bedeutung.

4.9 Wirtschaftlichkeit

Im Jahr 2020 wurden in der Schweiz 83,3 Milliarden Franken für die Gesundheit ausgegeben. Das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt (BIP) zu laufenden Preisen stieg im Vergleich zu 2019 von 11,3 % auf 11,8 %. Der Anspruch auf Wirtschaftlichkeit der Versorgungsleistungen prägt das Gesundheitswesen immer stärker. Damit verbunden ist ein zunehmender Kostendruck. Um auf dem Angebotsmarkt bestehen zu können, müssen Leistungserbringer auf ökonomische Aspekte achten. Die seit dem Jahr 2011 beziehungsweise 2012 geltende Pflege- und Spitalfinanzierung und eine grundsätzlich steigende Anspruchs- und Konsumhaltung der Patientinnen und Patienten haben diesen Trend verstärkt. In Zukunft ist mehr Effizienz im Gesundheitswesen gefordert.

5. Kosten und Nutzen des Gesundheitswesens

5.1 Kosten des Gesundheitswesens

Im Jahr 2020 kostete die Gesundheit schweizweit durchschnittlich Fr. 804.– pro Person. Nachfolgend ist die anteilmässige Beteiligung nach Trägern dargestellt. Es ist anzunehmen, dass die Verteilung im Kanton Aargau bei einer entsprechenden Erhebung etwa gleich ausfallen würde.

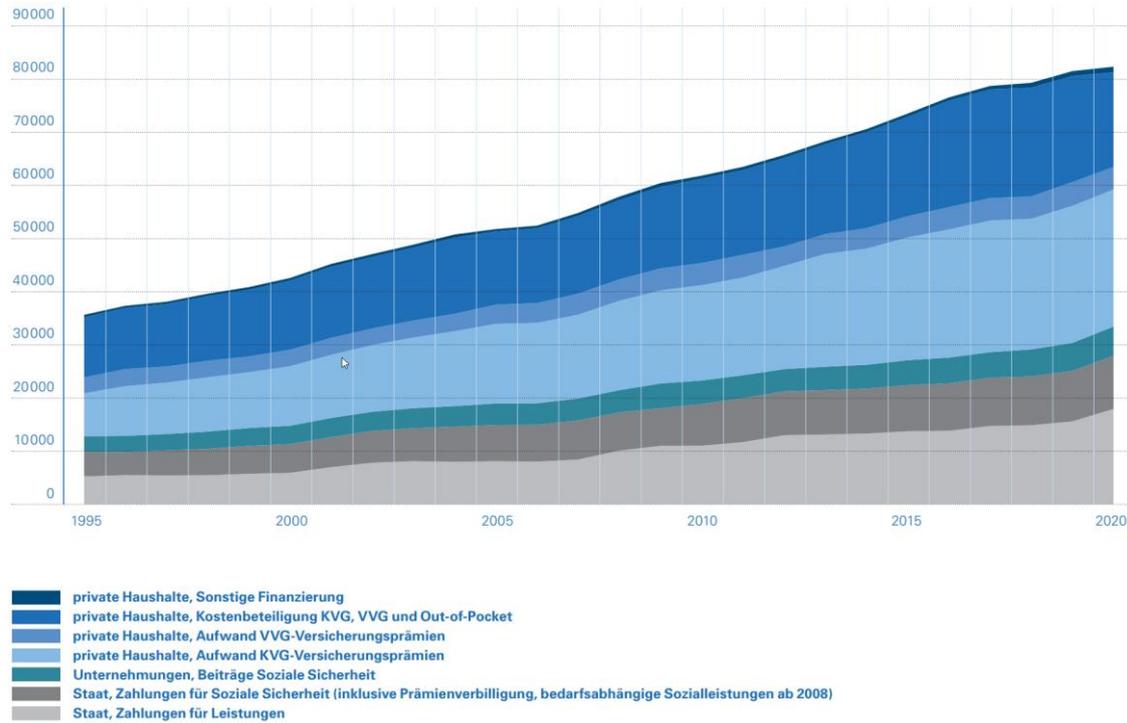
Tabelle 1: Finanzierung der durchschnittlichen Gesundheitskosten 2020 in Franken

Kostenträger	in Franken
OKP	305.–
Öffentliche Hand	175.–
Sozialversicherungen (AHV, IV und UV)	51.–
Andere Träger der sozialen Sicherheit und bedarfsabhängige Sozialleistungen	30.–
Zusatzversicherungen	52.–
Sonstige private Finanzierung	17.–
Selbstgetragene Kosten, z.B. für Aufenthalt im Pflegeheim, Zahnarztbehandlungen und Kostenbeteiligungen der OKP	174.–
Total	804.–

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2022

Die Entwicklung der Ausgaben nach Finanzierungsquellen in den letzten 25 Jahren kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

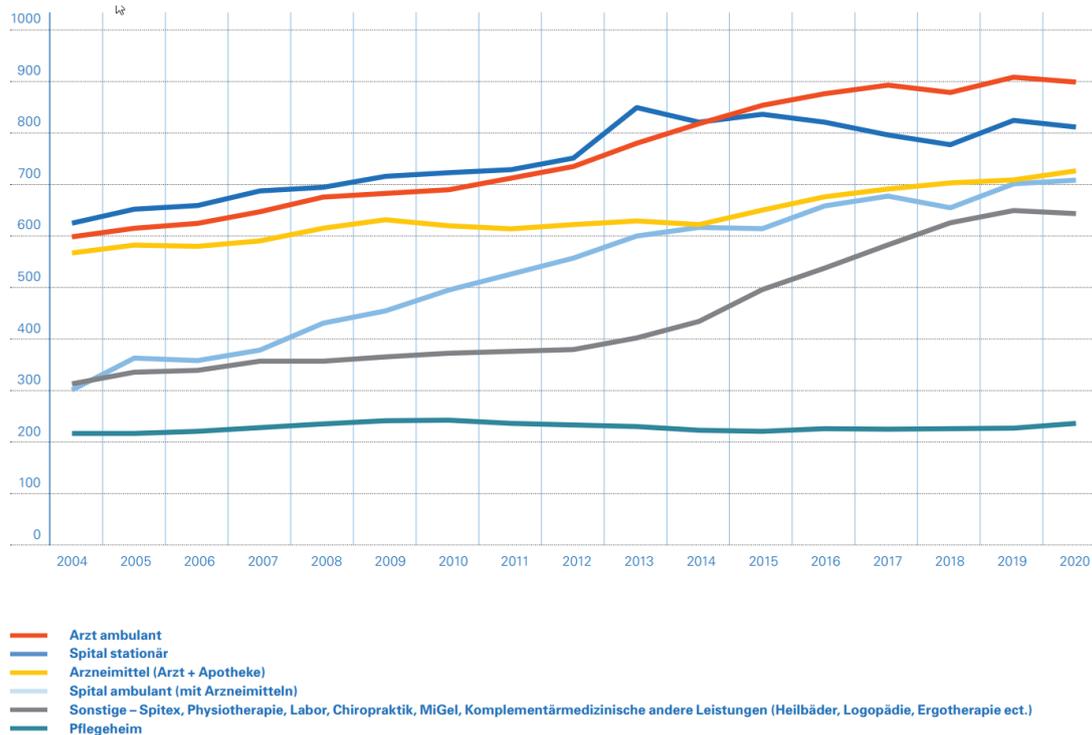
Abbildung 9: Finanzierung der schweizweiten Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen in Millionen Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2022

Gleichzeitig haben die Kosten für die Leistungen zulasten der OKP im ambulanten Bereich ständig zugenommen, was massgeblich zum Anstieg der Prämien – auch im Kanton Aargau – beigetragen hat.

Abbildung 10: Kostenentwicklung OKP, Bruttoleistungen pro Kopf der einzelnen Leistungsbereiche in Franken



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, 2020

5.2 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (EFAS)

Aufgrund der parlamentarischen Initiative 09.528 "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus " von CVP-Nationalrätin Ruth Humbel vom 11. Dezember 2009 laufen auf Bundesebene Bestrebungen, eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) einzuführen. Mit EFAS soll die Verlagerung in den ambulanten Bereich weiter gefördert werden, ohne die Prämienzahler zu belasten ⁴.

Hinter der Idee von EFAS stehen sowohl verschiedene Leistungserbringer- und Versichererverbände als auch Konsumenten- und Patientenvertreter. Die Kantone stehen der einheitlichen Finanzierung aus verschiedenen Gründen eher skeptisch gegenüber. Störend aus kantonaler Sicht ist vor allem der Verlust der Kontrollmöglichkeit und der (vorerst) fehlende Einschluss der Pflege.

Der Nationalrat hat die Vorlage bereits vor mehr als zwei Jahren beschlossen, und auch der Bundesrat wünscht die Umsetzung, insbesondere im Zusammenhang mit der integrierten und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung (vgl. Abbildung 1; Ziffer 5.1 der Gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrats; Gesundheit 2030). Trotz breiter Zustimmung ist das Geschäft zuletzt jedoch nicht fortgeschritten. Neben der Prüfung von technischen Detailfragen wurden im Auftrag der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) umfassende Abklärungen zu einer allfälligen Integration der Langzeitpflege vorgenommen. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass EFAS in der politischen Beratung scheitern wird.

5.3 Volkswirtschaftliche Bedeutung des aargauischen Gesundheitswesens

2,13 Milliarden Franken jährliche direkte Wertschöpfung erbringen die Aargauer Spitäler, Kliniken, Pflege- und Spitex-Organisationen. 86% der gesamten Wertschöpfung (direkt und indirekt), 2,54 Milliarden Franken, verbleiben im Kanton Aargau. Dies sind die Ergebnisse einer Studie vom Mai 2022 des Wirtschaftsforschungsinstituts BAK Economics⁵, das im Auftrag der vaka, Gesundheitsverband Aargau, des Spitex Verbands Aargau und der Aargauischen Industrie- und Handelskammer (AIHK) die volkswirtschaftliche Bedeutung der Spital- und Pflegeversorgung untersucht hat.

Jeder dreizehnte Arbeitsplatz im Kanton Aargau wird von einem Spital, einem Pflegeheim oder von der Spitex angeboten. Die gut 20'000 Arbeitsplätze verteilen sich auf gegen 30'000 Beschäftigte, die eine grosse Vielfalt an verschiedenen Berufen ausüben. Dabei bieten die Gesundheitsinstitutionen eine überdurchschnittliche Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen an und sind wichtige Arbeitgeber vor allem auch in den Randregionen. Die aargauischen Gesundheitsinstitutionen leisten zudem einen wichtigen Beitrag in der Ausbildung von qualifiziertem Gesundheitspersonal (alleine 1'700 Ausbildungsstellen in den Pflegeberufen) und damit zur Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung im Kanton Aargau.

Mit ihren Leistungen tragen die Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen, aber auch die Ärztinnen und Ärzte und alle weiteren ambulanten Leistungserbringer entscheidend dazu bei, dass krankheitsbedingte Absenzen verkürzt und Invalidität verhindert werden können. Die Pflegeheime und Spitex-Organisationen kümmern sich vorwiegend um die Betreuung älterer Personen. Damit entlasten sie auch die Angehörigen, sodass diese einer geregelten Arbeit nachgehen können. All dies

⁴ Wichtige Voraussetzung, damit diese Verlagerung möglich wird, ist die gleichzeitige Reduktion der Fehlanreize in den Tariffsystemen durch TARMED-Fallpauschalen, SwissDRG-Pauschalen ohne Übernachtung und regulatorische Massnahmen (Studie von pwc: Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen [https://www.pro-efas.ch/wp-content/uploads/2018/05/PwC_Studie.pdf]).

⁵ <https://www.vaka.ch/wAssets/docs/studie/vaka-Studie-volkswirtschaftliche-Bedeutung-der-Spital-und-Pflegeversorgung-im-Kanton-Aargau.pdf>

trägt dazu bei, dass mehr Personen im Kanton Aargau erwerbstätig sein können und stellt deren Leistungsfähigkeit sicher.

5.4 Generelle Kosten-Nutzen-Betrachtung

Vor dem Hintergrund kontinuierlich steigender Gesundheitsausgaben und der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens müssen Kosten und Nutzen der Gesundheitsversorgung gemeinsam betrachtet und in die Strategieentwicklung einbezogen werden.

Verschiedene der erläuterten Megatrends führen dazu, dass der Konsum von Versorgungsleistungen weiter zunimmt und die Gesundheitskosten in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen werden. Die Kostentreiber dieser Entwicklung sind ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren: Insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt, Fehlanreize im Finanzierungssystem (vgl. Ziffer 6.3), die demografische Entwicklung und die steigende Anspruchshaltung bei geringer Kostensensibilität der Patientinnen und Patienten tragen zu den steigenden Gesundheitskosten bei.

Im Zusammenhang mit den steigenden Kosten gilt es aber zu beachten, dass dem Gesundheitssektor ein bedeutsamer volkswirtschaftlicher Nutzen zukommt. In der Ausbildung von Nachwuchskräften kommt den Institutionen des Gesundheitswesens ebenso eine prägende Rolle zu, da hier überdurchschnittlich viel hochqualifiziertes Personal tätig ist.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen steigern somit gleichermassen Wirtschaftskraft und Standortattraktivität in Bezug auf Innovationen und Fortschritt und nehmen darüber hinaus eine wichtige Funktion als Arbeitgeber sowie in der Ausbildung von Nachwuchskräften ein.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Kosten und des Nutzens des Gesundheitswesens stellt sich zunehmend die Frage nach Effizienz und danach, wie die Kostenentwicklung gesteuert und der volkswirtschaftliche Nutzen des Gesundheitswesens bestmöglich ausgeschöpft werden können. Der öffentlichen Hand stehen aufgrund des komplexen Zusammenwirkens der verschiedenen Faktoren kaum Möglichkeiten zur Verfügung, die Kosten-Nutzen-Entwicklung zu beeinflussen. Es ist deshalb zentral, dass die finanziellen Mittel möglichst wirksam eingesetzt werden und die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens berücksichtigt wird (vgl. Ziffer 8.3).

6. Auslegeordnung zu ausgewählten Themen

6.1 Einführung

Die nachfolgenden Ziffern 6.2 bis 6.5 bilden eine Zusammenstellung von Grundlagen zu denjenigen Themen, die aufgrund des wesentlichen Reformbedarfs detaillierter zu erklären sind. Sie dienen dem besseren Verständnis der GGpl 2030. Das bedeutet keinesfalls, dass Themen, die unter diesen Ziffern nicht separat genannt werden – wie zum Beispiel die Spitalversorgung oder das Thema der Fachkräfte – weniger beachtenswert für die GGpl 2030 und die Aargauer Gesundheitslandschaft sind.

6.2 Langzeit- und Spitexversorgung

6.2.1 Ausgangslage

Schon heute gibt es zahlreiche ambulante, intermediäre und stationäre Pflege- und Betreuungsangebote in der Schweiz und im Kanton Aargau. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist es in Zukunft jedoch angezeigt, diese Angebote deutlich auszubauen.

6.2.2 Rahmenbedingungen

Die Umsetzung der Versorgung und Sicherstellung der Langzeit- und Spitexpflege wird in kantonalen Gesetzgebungen und Verordnungen festgehalten. Das Angebot der Langzeit- und Spitexpflege in der Schweiz beruht grundsätzlich auf drei Pfeilern: der informellen Pflege über Angehörige und Freiwillige, der stationären Pflege in Alters- und Pflegeheimen sowie der ambulanten Pflege über regionale Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen. Durch die kantonale Ausgestaltung des Langzeit- und Spitexbereichs gibt es unterschiedliche Organisationsmodelle: Im Modell "Zentralschweiz" bilden Alters- und Pflegeheime den Stützpfeiler. Die Merkmale dieses Organisationsmodells sind junge Heimeintritte und geringe Pflegebedürftigkeit sowie eine tiefe Spitex-Inanspruchnahme, die sich über tiefe Leistungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995 und hauswirtschaftliche Leistungen (HWL) kennzeichnet. Umgekehrt erfolgt im Modell "Lateinische Schweiz" die Betreuung von älteren Personen hauptsächlich über Spitex-Organisationen. Die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind älter, pflegebedürftiger und verbleiben kürzer, während die KLV-Pflegeleistungen der Spitex und die HWL hoch ausfallen. Im Modell "Mischform", wozu der Kanton Aargau zählt, sind die drei Grundpfeiler gleichmässig verteilt.⁶

Während viele Kantone die Sicherstellung und Planung des Angebots ganz oder grossmehrheitlich an die Gemeinden übertragen haben, gibt es auch Kantone, die diese Verantwortung selbst übernehmen. Dazu kommen Mischformen.

⁶ Langzeitpflege in den Kantonen, OBSAN, Bulletin 13/2016 und Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Aargau 2020, S. 65 ff.

Nachfolgend werden zwei konträre Umsetzungsvarianten gegenübergestellt:

Tabelle 2: Verantwortung bei der Sicherstellung und Planung des Angebots in den Kantonen Zürich und Bern

Kanton	Modell
Zürich	Im Kanton Zürich tragen die Gemeinden die Verantwortung für die Langzeitversorgung. ⁷ Die Planung umfasst sowohl die ambulanten als auch stationären Pflegeleistungen. Im ambulanten Bereich müssen auch hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen angeboten werden. Die Gemeinden betreiben eigene Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen. Der Kanton steuert das Angebot, da er für die Betriebsbewilligungen zuständig ist und dadurch die Zulassung neuer Leistungserbringer beeinflusst. Ausserdem unterstützt der Kanton die Gemeinden über Planungsinstrumente (z.B. periodische Bettenbedarfsprognosen, Kostenübersichten der Leistungserbringer).
Bern	Im Kanton Bern hat der Kanton die Verantwortung für die ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungsangebote inne. ⁸ Er schliesst mit Leistungserbringern Leistungsverträge ab. Er kann in diesem Zusammenhang auch die Freiwilligenarbeit fördern und unterstützen, sowie Forschungs- und Pilotprojekte begünstigen. Er übernimmt ausserdem die Pflegerestkosten.

6.2.3 Trends

In den letzten Jahren ist der Anteil der ambulanten Pflege an der gesamten Pflege leicht angestiegen (Stichwort ambulant vor stationär). Immer stärker gefragt sind koordinierte ambulante und stationäre Dienstleistungen, die abgestimmt auf das bestehende soziale Umfeld und in Verbindung mit altersgerecht ausgestaltetem Wohnraum zur Verfügung stehen. Zu bereits bestehenden Massnahmen zur Förderung ambulanter Strukturen gehören Tages- oder Nachtstrukturen, betreutes Wohnen, ausgebaute, niederschwellige, flächendeckende Spitex-Angebote, Angehörigen- und Freiwilligenhilfe sowie weitere Unterstützungsleistungen wie Fahr- oder Mahlzeitendienste.

Die Bedarfsplanung im stationären Pflegebereich wird durch die Ambulantisierung stark beeinflusst: Die Angebote der Pflegestufen 1 bis 3 (niedriger Pflegebedarf) in Pflegeheimen reduzieren sich und Massnahmen zur Förderung intermediärer und ambulanter Strukturen gewinnen an Bedeutung.

6.2.4 Situation im Kanton Aargau

Die Sicherstellung und Versorgung der Betreuung und Pflege ambulanter und stationärer Leistungen sind im kantonalen PflG und in der kantonalen Pflegeverordnung (PflV) vom 14. November 2007 geregelt, wonach die Gemeinden für bedarfsgerechte und qualitativ gute Angebote der Betreuung und Pflege zuständig sind (§ 1 und 2 PflG). Die Gemeinden können diese Aufgabe gemeinsam mit anderen politischen Gemeinden erfüllen oder sie privaten Trägerschaften übertragen. Der Kanton stellt ihnen dafür Planungsinstrumente zur Verfügung. Damit ein Pflegeheim auf die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen wird und nach KVG abrechnen kann, muss vorgängig der Bedarf an stationären Langzeitpflegebetten in der Gemeinde und in der Region abgeklärt und anhand der Richtwerte der Pflegeheimkonzeption beurteilt werden. Für die Bedarfsanalyse ist jede Gemeinde einer Regionalplanungsgruppe (Repla) zugeteilt. Auf die Pflegeheimliste können ausserdem nur Pflegeheime aufgenommen werden, die über eine kantonale Bewilligung gemäss § 6 PflG verfügen.

⁷ Zürcher Pflegegesetz vom 27. September 2010 und Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010.

⁸ Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG) vom 24. Oktober 2001: <https://www.belex.sites.be.ch/frontend/versions/1213>.

Für die Festlegung des Richtwerts, der den Gemeinden bei der Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Langzeitpflege Hilfestellung bietet, ist der Regierungsrat zuständig (§ 4 PflG). Der Richtwert dient in erster Linie zur Steuerung des Angebots an Pflegeplätzen. Die Gemeinden können bei entsprechenden ambulanten Angeboten einen tieferen Richtwert beim Departement Gesundheit und Soziales (Abteilung Gesundheit) beantragen.

Neben dem Richtwert legt der Kanton grossmehrheitlich die Normkosten (vgl. Ziffer 6.3.2) für die Pflege fest und ist für die Vergabe spezialisierter Leistungen zuständig. Als spezialisierte Leistungen gelten die Gerontopsychiatrie, Palliative Care, Schwerstpflege und auch die Pflege von Menschen mit psychischen, physischen oder geistigen Beeinträchtigungen. Die Gemeinden finanzieren die gesamten Pflegerestkosten (vgl. Ziffer 6.3.2).

6.2.5 Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Planung und Finanzierung

Das heute geltende PflG des Kantons Aargau sieht unterschiedliche Aufgaben- und Kompetenzbereiche für Kanton und Gemeinden vor. Die Kompetenzen der Gemeinden umfassen aktuell die Angebotsplanung sowie die Finanzierung der Restkosten, während der Kanton seinerseits Betriebsbewilligungen für Alters- und Pflegeheime erteilt, grossmehrheitlich die Normkosten festlegt, mittels Richtwert die übergeordnete Bettenplanung vorgibt und für die Vergabe spezialisierter Leistungen zuständig ist.

Tabelle 3: Aufgabenteilung Planung und Finanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden im Kanton Aargau

Kanton	Gemeinden
Pflegeheimliste	Sicherstellung des ambulanten und stationären Langzeitangebots
Abschluss von Leistungsvereinbarungen für spezialisierte stationäre Angebote	Abschluss von Leistungsvereinbarungen zur Sicherstellung des Mindestangebots im ambulanten Bereich
Bestimmung der Normkosten	Restkostenfinanzierung
Betrieb der Clearingstelle	Finanzierung der Clearingstelle
Bestimmung des Richtwerts für die Bettenplanung im stationären Pflegebereich	

6.2.6 Problemstellung

Das bestehende System verletzt die fiskalische Äquivalenz, indem die Finanzierungs-, Entscheidungs- und Vollzugskompetenzen nicht aus einer Hand wahrgenommen werden. Das im Volksmund als "wer zahlt, befiehlt" bekannte Prinzip besagt nämlich, dass eine Kongruenz zwischen Finanzierung, Entscheidung und Vollzug bestehen soll (vgl. Ziffer 6.3.2).

6.3 Finanzierung der Gesundheitsleistungen

6.3.1 Ausgangslage

Die Gesundheitsleistungen werden im Kanton Aargau nicht einheitlich finanziert. Der Kanton bezahlt die Spitalleistungen und die Ergänzungsleistungen (EL). Die Gemeinden kommen für die Langzeitpflege auf. Dadurch entstehen zwischen dem Kanton und den Gemeinden Zielkonflikte (vgl. Ziffer 6.3.2).

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht, wer im Kanton Aargau für welche Gesundheitsleistungen aufkommt. Wie genau die Finanzierung der einzelnen Leistungen geregelt ist, wird sogleich in Ziffer 6.3.2 erklärt.

Tabelle 4: Finanzierer von Gesundheitsleistungen (Staatsebene und Beitrag in Franken) im Jahr 2021

Kanton	Gemeinden
EL (gemeinsam mit dem Bund) Der Bund beteiligt sich mit 5/8 an den Kosten zur Existenzsicherung. Die Mehrkosten für Personen, die im Heim leben, gehen zu Lasten des Kantons. Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten erfolgt ebenfalls durch den Kanton. Kantonsbeitrag 2021: 187,0 Millionen Franken	Pflegekosten (gemeinsam mit den Krankenversicherern und den Patientinnen und Patienten) Gemeindebeitrag 2021: 139,4 Millionen Franken
Stationäre Spitalleistungen (gemeinsam mit den Krankenversicherern) Akutsomatik: 552,9 Millionen Franken Psychiatrie: 86,2 Millionen Franken Rehabilitation: 66,9 Millionen Franken Akut- und Übergangspflege: 0,3 Millionen Franken Kantonsbeitrag 2021: 706,3 Millionen Franken	

6.3.2 Finanzierung der Langzeit- und Spitexversorgung

a) Pflegekosten

Die Pflegekosten übernehmen anteilmässig die Krankenversicherer, die pflegebedürftige Person und die öffentliche Hand (Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994).

Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen sind für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV). Die ambulanten Pflegeleistungen werden nach einem Zeittarif abgegolten, der von der Leistungsart (Abklärung, Beratung und Koordination/Untersuchung und Behandlung/Grundpflege) abhängt. Die OKP sieht keine Entschädigung für Betreuung und Hauswirtschaft vor. Bei der stationären Pflege bemisst sich die Höhe des OKP-Beitrags anhand des Pflegebedarfs (Pflegestufe) der Pflegeheimbewohnenden. Die OKP sieht keine Entschädigung für die Kosten für die Pension (Hotellerie) und die Betreuung vor.

Die Kantone müssen die Restfinanzierung (Übernahme der nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherer verbleibenden Kosten für die Patientinnen und Patienten und die Gemeinden) regeln. Das Bundesrecht schreibt aber nicht vor, wie die Kantone die Pflegefinanzierung konkret umzusetzen haben. Sie haben Handlungsspielraum bei der Wahl des zuständigen Gemeinwesens (Kanton

und/oder Gemeinden), der Finanzierungslösung und der Festlegung von spezialisierten Pflegeleistungen.

Tabelle 5: Finanzierer der Pflegekosten

	Krankenversicherer Art. 25a Abs. 1 KVG	Patientenbeteiligung Art. 25a Abs. 5 KVG Der Höchstbetrag liegt bei max. 20 % des vom Bundesrat festgesetzten Pflegebetrags.	Gemeinden (Pflegerestkosten) Art. 25a Abs. 5 KVG
Ambulante Finanzierung für Spitex-Organisationen und freiberuflich Pflegende	Fixer Anteil je nach Pflegeleistung und -bedarf (Art. 7a Abs. 1 lit. a–c KLV)	Im Kanton Aargau beträgt die Patientenbeteiligung 20 %; der Maximalbetrag pro Tag beläuft sich auf Fr. 15.35.	Restkostenfinanzierung über Wohnsitzgemeinde (§ 12a PflG) Gemeindebeitrag 2021: 47,0 Millionen Franken
Stationäre Finanzierung für Pflegeheime und Tages- und Nachtstrukturen	Fixer Anteil je nach Pflegebedarf (Art. 7a Abs. 3 lit. a–l KLV)	Im Kanton Aargau beträgt die Patientenbeteiligung 20 %; der Maximalbetrag pro Tag beläuft sich auf Fr. 23.–	Restkostenfinanzierung über Wohnsitzgemeinde (§ 14a PflG) Gemeindebeitrag 2021: 92,4 Millionen Franken

b) Pflegerestkosten und Kosten für weitere Leistungen

Die Gemeinden übernehmen im Kanton Aargau die Restkosten der Pflege. Als zuständige Gemeinde gilt der zivilrechtliche Wohnsitz der Bewohnerin oder des Bewohners. Der Eintritt ins Pflegeheim begründet keinen neuen Wohnsitz beziehungsweise keine neue Zuständigkeit (Art. 25a Abs. 5 KVG).

Der Kanton regelt die Restkosten für die **stationäre Pflege** mit einer kantonalen Tarifordnung für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen mit dem Angebot "Tages- und Nachtstrukturen". Mittels Normkosten, die sich an einer wirtschaftlichen Leistungserbringung orientieren und die anhand der validierten Kostenrechnungen der Leistungserbringer berechnet werden, berechnet der Kanton je nach Pflegebedarf die von den Gemeinden zu bezahlenden Restkosten. Für die Erbringung von spezialisierten Leistungen (Schwerstpflegebedarf, Palliative Care oder Gerontopsychiatrie) werden die Pflegeheime zusätzlich entschädigt. Eine Entschädigung für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) ist gesetzlich nicht vorgesehen. Die Kosten für Betreuung und Hotellerie zahlt die Patientin oder der Patient indes selber, subsidiär greifen Sicherungssysteme durch EL und Sozialhilfe. Etwa 50 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner beziehen EL, davon ca. 5 % zusätzlich Sozialhilfe.

Im **ambulanten Pflegebereich** kennt der Kanton Aargau zwei unterschiedliche Finanzierungsmodelle. Die Gemeinden übernehmen in beiden Fällen die Restkosten.

- **Normkostenprinzip:** Die Restkosten der Spitex-Organisationen ohne Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde und freiberuflich Pflegenden basieren auf Normkosten (in Analogie zur stationären Pfegetarifordnung). Die Patientinnen und Patienten müssen sich mit maximal Fr. 15.35 pro Tag an den Kosten für Pflegeleistungen beteiligen.
- **Leistungsvereinbarung:** Eine Gemeinde kann mit einer öffentlichen oder privaten Spitex-Organisation eine Leistungsvereinbarung abschliessen. In diesem Fall bestimmen nicht Normkosten die durch die Gemeinde zu übernehmenden Pflegerestkosten, sondern es gelten vertragliche Vereinbarungen. Die Kosten werden direkt zwischen der Spitex-Organisation und der Gemeinde

abgerechnet. Die Entschädigung für die Pflegeleistungen und die Abgeltung von GWL zur Sicherstellung des Mindestangebots werden im Leistungsvertrag zwischen Spitex-Organisation und Gemeinde geregelt. Die Kosten für die hauswirtschaftlichen Leistungen werden durch die Patientinnen oder Patienten, Gemeinden und Dritte (zum Beispiel Zusatzversicherungen) getragen. Wenn das hauswirtschaftliche Angebot durch Beiträge der Patientinnen oder Patienten sowie Dritten nicht kostendeckend bereitgestellt werden kann, muss die Gemeinde für das Defizit aufkommen.

Im AFP 2023–2026 sind gemäss dem Beschluss des Regierungsrats vom 10. August 2022 für die über die kantonale Clearingstelle abgewickelten Leistungen die folgenden Beträge vorgesehen:

Tabelle 6: Pflegerestkosten in Mio. Franken gemäss AFP 2023–2026

Teilbereich	Budget		Planjahre	
	2023	2024	2025	2026
Stationäre Pflegerestkosten	123,3	121,3	125,0	128,6
Ambulante Pflegerestkosten der Spitex ohne Leistungsvereinbarung	11,6	12,3	12,9	13,5
Ambulante Pflegerestkosten der Spitex mit Leistungsvereinbarung	Konsolidierte Kosten liegen nicht vor.			

Quelle: AFP 2023–2026

c) Akut- und Übergangspflege

Die OKP und der Wohnkanton der Patientin oder des Patienten übernehmen die Leistungen der Akut- und Übergangspflege während höchstens zwei Wochen nach den Regeln zur Spitalfinanzierung (Art. 49 a KVG). Das heisst, der Wohnkanton zahlt 55 % an die Pflegekosten und der Krankenversicherer 45 % (Art. 7 Abs. 2 KLV). Die Betreuungs- und Hotelleriekosten gehen zulasten der Patientinnen und Patienten.

Der Akut- und Übergangspflege kommt vor dem Hintergrund der Förderung ambulanter Leistungen, früherer Spitalaustritte und der Förderung der Selbstständigkeit von Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung zu. Allerdings sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit der beschränkten Aufenthaltsdauer nicht ideal, und das Angebot wird nicht so häufig genutzt, wie ursprünglich erhofft (vgl. Ziffer 8.8).

Im AFP 2023–2026 sind gemäss dem Beschluss des Regierungsrats vom 10. August 2022 für die Akut- und Übergangspflege – wie bereits in den vorhergehenden Jahren – 0,3 Millionen Franken für das Budget 2023 sowie die Planjahre 2024 bis 2026 vorgesehen.

6.3.3 Finanzierung der Spitalkosten und der EL im Kanton Aargau

Die öffentliche Hand und die Krankenversicherer übernehmen seit dem 1. Januar 2012 anteilmässig die Finanzierung der stationären Behandlung der Aargauer Patientinnen und Patienten in den Akut-

spitälern, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken. Der Kanton beteiligt sich mit einem fixen Prozentsatz von mindestens 55 % an den Leistungskosten. Zudem beteiligt sich der Kanton mit 20 % an den von der Invalidenversicherung (IV) bezahlten Behandlungskosten.

Neben den Leistungskosten kann der Kanton die Spitäler für die Erbringung von GWL entschädigen. Der Regierungsrat legt in der kantonalen Verordnung über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) vom 11. November 2020 fest, welche GWL abgegolten werden können. Möglich ist aktuell eine finanzielle Beteiligung für ärztliche Weiterbildung, universitäre Lehre und Forschung, Seelsorge, Betrieb der Sanitätsnotrufzentrale (SNZ 144), Bereitstellung und Unterhalt von geschützten Operationssälen, Massnahmen des Kinderschutzes, Betrieb einer Kinderklinik (ungedeckte Betriebskosten), Betrieb einer Heroinabgabestelle sowie Massnahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts. Die GWL werden entweder pauschal oder pro Leistungseinheit vom Kanton finanziert. Gestützt auf § 17a SpiG fördert der Kanton zudem die intermediären psychiatrischen Leistungen und kann zu diesem Zweck einen Kostenbeitrag an die entsprechenden Angebote leisten. Die Gemeinden beteiligen sich nicht an diesen Kosten. Die Leistungskosten in der stationären Versorgung verteilt sich gemäss AFP 2023–2026 wie folgt auf die verschiedenen Teilbereiche:

Tabelle 7: Leistungskosten nach KVG/IVG stationäre Versorgung in Mio. Franken gemäss AFP 2023–2026

Teilbereich	Budget		Planjahre	
	2023	2024	2025	2026
Aufwand Akutsomatik nach KVG/IVG	581,1	590,2	599,6	609,2
Aufwand Psychiatrie nach KVG	89,3	91,6	94,1	96,6
Aufwand Rehabilitation nach KVG	75,1	78,0	81,0	83,9

Quelle: AFP 2023–2026

Der Kanton Aargau bezahlt zusammen mit dem Bund EL. Der Bund beteiligt sich mit fünf Achteln an den Kosten der EL. Die Mehrkosten für Personen, die im Pflegeheim leben, gehen zulasten des Kantons. Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten erfolgt ebenfalls durch den Kanton. Die kantonalen Kosten für EL gemäss AFP 2023–2026 sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 8: Leistungskosten für Ergänzungsleistungen in Millionen Franken gemäss AFP 2023–2026

	Budget		Planjahre	
	2023	2024	2025	2026
Ergänzungsleistungen	295,4	297,4	307,2	317,6
Bundesbeiträge	105	107	109	111

Quelle: AFP 2023–2026

6.3.4 Regelung in anderen Kantonen

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, wie umliegende Kantone die Finanzierung der genannten Gesundheitsleistungen regeln (vgl. Ziffer 6.3.2 und Ziffer 6.3.3). Die Pflegeleistungen werden mit Ausnahme des Kantons Bern in allen Kantonen durch die Gemeinden finanziert. Im Gegenzug werden in allen Kantonen die Spitalkosten allein durch den Kanton finanziert. Bei den Ergänzungsleistungen ist die Finanzierung heterogener ausgestaltet. Insgesamt beteiligen sich die Gemeinden in den Kantonen Basel-Landschaft, Luzern und Zürich Stand heute stärker an der Finanzierung der Gesundheitsleistungen als im Kanton Aargau.

Tabelle 9: Aufgabenteilung in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen in anderen Kantonen

Kanton	Pflegeleistungen	EL	Spitalkosten
Aargau	Gemeinden	Kanton	Kanton
Basel-Stadt	Gemeinden	Kanton	Kanton
Basel-Landschaft	Gemeinden	Kanton und Gemeinden	Kanton
Bern	Kanton	Kanton und Gemeinden	Kanton
Luzern	Gemeinden	Kanton und Gemeinden	Kanton
Solothurn	Gemeinden	Kanton	Kanton
Zug	Gemeinden	Kanton	Kanton
Zürich	Gemeinden	Gemeinden	Kanton

Quellen: KPMG AG und DGS, 2021

Die verschiedenen Finanzierungssysteme und die damit verbundenen Leistungskosten lassen sich aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Ausgestaltung der kantonalen Finanzierungslösungen nicht im Detail miteinander vergleichen.

6.3.5 Problemstellung

6.3.5.1 Ungleiche Finanzierung der Spitex-Organisationen

Die ungleiche Finanzierung der Spitex-Organisationen führt zu einer Ungleichbehandlung zwischen den ambulanten Leistungserbringern. Aus Gründen der Gleichbehandlung von einerseits privaten und öffentlichen sowie andererseits von stationären und ambulanten Leistungserbringern sowie zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Pflegefinanzierung sollten auch im ambulanten Bereich Pflege-normkosten eingeführt werden.

6.3.5.2 Monetäre Fehlanreize

Der allgemeine Trend der Verlagerung stationärer zu ambulanten Leistungen, der politisch gewollt und sowohl auf Bundesebene als auch auf kantonaler Ebene gefordert und gefördert wird, stellt den Pflegebereich vor Herausforderungen. Wird eine Person früher aus dem Spital entlassen, muss diese häufig zu Hause durch die Spitex nachbetreut werden. Die Gemeinden haben ein Interesse daran, die Pflegeheime mit Patientinnen und Patienten mit tiefen Pflegestufen zu füllen, da diese für sie kostengünstiger sind (keine bis tiefe Restkosten). Auch möchten die Gemeinden als Eignerinnen von Pflegeheimen die bestehenden Pflegeinstitutionen füllen, bestenfalls mit Bewohnenden mit niedrigem Pflegebedarf. Den Kanton hingegen kommt es teuer zu stehen, wenn Personen, die EL beziehen, in einem Pflegeheim leben. Alleine wenn 1'000 Personen mit Ergänzungsleistungsberechtigung

(Tagesansatz Fr. 152.–) und tiefer Pflegestufe nicht mehr im Pflegeheim, sondern von der Spitex zu Hause betreut werden, würde der Kanton netto ca. 2,5 Millionen Franken sparen.

Die Frage nach dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten wird daher oft von Finanzierungsaspekten beeinflusst. Gerade im Übergang zwischen Spital- und Spitexversorgung, wo die Finanzierung auf unterschiedlichen Staatsebenen geregelt ist, aber auch zwischen ambulanten und stationären Pflegeangeboten, wo die Interessen des Kantons und der Gemeinden unterschiedlich sind, wird eine bedarfsgerechte, die Patientin und den Patienten in den Mittelpunkt stellende Gesundheitsversorgung, erschwert. Die unterschiedlichen Finanzierer und Tarifsysteme erschweren die Entwicklung einer integrierten Versorgung, die funktionierende Schnittstellen an den Übergängen des Behandlungspfads und eine Koordination unter den Leistungserbringern fordert. Insbesondere bei älteren, gebrechlichen und pflegebedürftigen Personen ist die medizinische und pflegerische Gesamtsicht daher oft unbefriedigend.

Zu diesem Thema hat der Grosse Rat ein Postulat überwiesen, dass die Finanzierung und Steuerung der Pflegeleistungen in Analogie zu den EL und Spitalkosten durch den Kanton und somit aus einer Hand anstrebt (vgl. [19.364] Postulat der FDP-Fraktion betreffend einheitliche Finanzierung und Steuerung von Spital-, Pflege- und Ergänzungsleistungen). Der Regierungsrat hat sich bereit erklärt, das Thema im Rahmen der neuen GGpl zu prüfen und aufzuzeigen, wie die Folgen einer einheitlichen Finanzierung von EL, Spital- und Pflegekosten aus einer Hand aussehen.

Eine innerkantonal einheitliche Finanzierung der Spital- und Pflegeleistungen einerseits respektive von stationären und ambulanten Leistungen andererseits weist aus Sicht der integrierten Versorgung Vorteile auf. Der Vorteil liegt darin, dass die einheitliche Finanzierung die integrierte Versorgungs- und Finanzierungsmodelle und die bessere Kooperation zwischen den ambulanten und stationären Bereichen ermöglicht, was kostendämpfend wirkt. Ein entsprechender Systemwechsel wäre allerdings je nach Ausgestaltung mit bedeutenden finanziellen Auswirkungen auf den Kanton und die Gemeinden verbunden. Zudem wäre dem Subsidiaritätsprinzip im Rahmen der Aufgabenteilung Kanton–Gemeinden Rechnung zu tragen.

Das Gesundheitswesen ist ein sehr kostendynamischer Bereich, der langfristig das Ausgabenwachstum stark beeinflussen wird. Dies zeigen auch die Langfristperspektiven für die öffentlichen Finanzen der Schweiz 2021⁹. Würde der Kanton neben der Spitalfinanzierung und den Ergänzungsleistungen mit den Pflegekosten auch den letzten Bereich im Gesundheitswesen übernehmen, würde die Kostendynamik den Kanton in Zukunft noch stärker belasten. Unter anderem auch aus diesem Grund haben die meisten Kantone bei der Einführung der neuen Spital- und Pflegefinanzierung im Jahr 2011 beziehungsweise 2012 die Kosten auf beide Staatsebenen aufgeteilt.

Solange die politische Debatte betreffend EFAS (vgl. Kapitel 5.2) auf Bundesebene kein eindeutiges Ergebnis zeigt, sollte auf Kantonsebene vorläufig der Status quo fortgeführt werden. Eine allfällige spätere Kantonalisierung der Pflegefinanzierung wäre aufgrund der hohen finanziellen Auswirkungen und der gesetzlichen Notwendigkeit des finanziellen Ausgleichs nur im Rahmen einer übergeordneten und ganzheitlichen erneuten Reform der Aufgabenteilung Kanton–Gemeinden zielführend.

Bei einer staatlichen Reorganisation der Pflegeleistungen ist den Grundsätzen der Aufgabenteilung Rechnung zu tragen (§ 5 des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben). So verlangt das Subsidiaritätsprinzip, dass öffentliche Aufgaben nur dann einer übergeordneten staatlichen Ebene (Bund, Kanton) übertragen werden sollen, wenn diese die Aufgaben nachweislich bes-

⁹ https://www.efd.admin.ch/efd/de/home/das-efd/nsb-news_list.msg-id-86012.html

ser erfüllt als die untergeordneten staatlichen Ebenen (Kantone, Gemeinden). Dabei sind Verbundaufgaben nach Möglichkeit zu vermeiden. Demgegenüber verlangt das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, dass der Kreis der Nutzniesser identisch ist mit dem der Kosten- und Entscheidungsträger. Zudem ist gesetzlich bestimmt, dass Aufgabenverschiebungen zwischen dem Kanton und den Gemeinden finanziell auszugleichen sind.

Eine neue Aufgabenteilung Kanton–Gemeinden in Bezug auf die Pflegekosten ist aber auch aus einer Gesamtsicht problematisch: So besteht die Gefahr eines Leistungsausbaus und Kostenschubs im Pflegebereich, wenn die Kosten auf eine höhere Staatsebene – den Kanton – verschoben würden.

6.4 Rettungswesen

6.4.1 Aktuelle Situation in der Schweiz

Aktuell nehmen schweizweit rund 100 Rettungsdienste (luft- und bodengebunden) bei der Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten eine Schlüsselrolle ein. Die Sanitätsnotrufzentralen 144 (SNZ) bieten die Rettungsdienste auf, die vor Ort die professionelle präklinische Versorgung vornehmen und über die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten entscheiden. Trotz ihrer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung gibt es jedoch kaum umfassende Daten zur Anzahl und zu den Leistungen der Rettungsdienste, zum rettungsdienstlichen Personal oder zur Frage, ob es auch im Rettungsdienst einen Fachkräftemangel gibt.¹⁰

6.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die konkrete Ausgestaltung des Rettungswesens ist bundesrechtlich nicht vorgeschrieben, weshalb in der Schweiz sehr unterschiedliche Rettungsmodelle zu finden sind.

Im Rahmen ihrer Gesundheitsgesetzgebung bestimmen die Kantone die Organisation des Rettungswesens. Die Kantone haben dazu verschiedene organisatorische Lösungen gewählt und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. Dies bedeutet, dass für die rund 100 Rettungsdienste in der Schweiz etwa 26 verschiedene kantonale Regelungen bestehen.

So kann ein Kanton beispielsweise vollständig frei planen und regulieren, welche Rettungsdienste wo zum Einsatz kommen. Es ist aber ebenso denkbar, dass der Kanton diese Aufgabe mit Vorgaben vollständig an Dritte delegiert.

¹⁰ Eidgenössische Hochschule für Berufsbildung, Prof. Dr. Ines Trede (2017).

Tabelle 10: Übersicht kantonale Organisationsmodelle im Rettungswesen

Organisation des Rettungswesens	Instrumente der Umsetzung	Beispiele
Kanton oder Gemeinde als Träger	Der Rettungsdienst bildet eine Verwaltungseinheit der kantonalen Verwaltung oder Stadtverwaltung	BS, ZG, Stadt Zürich
Rahmengesetzgebung des Kantons: Spitalverbände, Spitäler, Gemeinden oder private Träger der Rettungsdienste	Regelung in Gesetz oder Verordnung, Detailregelung in Leistungsverträgen	BE, BL, SG, TG
Der Kanton überträgt die Organisation an die Bezirke	Organisations- und Qualitätsvorschriften und Betriebsbewilligung durch Kanton, Finanzierung durch Bezirke	SZ
Der Kanton überträgt die Organisation an die Gemeinden	Spitäler und Private als Träger der Rettungsdienste	NE, ZH
Der Kanton überträgt die Organisation des Rettungswesens an kantonalen Dachverband	Leistungsvertrag	TI
Kantonales Rettungskonzept	Das Rettungskonzept regelt die Organisation, Gebietsaufteilung, Bewilligung und Finanzierung	AG, AR, GR, VS
Spitäler und Spitalverbände als Träger der Rettungsdienste	Verpflichtung, einen Rettungsdienst zu führen über einen Leistungsauftrag, Finanzierung im Rahmen der Spitalfinanzierung	AR, GL, JU, LU, NW, OW, UR
Spitäler, Private als Träger der Rettungsdienste	Leistungsaufträge, Bewilligungspflicht	AI, SO, SH

Quelle: Koordinierter Sanitätsdienst (KSD), 2008

6.4.3 Der Interverband für Rettungswesen

Der Interverband für Rettungswesen (IVR) ist der schweizerische Dachverband der am Rettungswesen beteiligten Organisationen, Verbände und Behörden. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat dem IVR ein Mandat erteilt, um ein System zur Qualitätssicherung der Rettungsdienste und SNZ 144 zu entwickeln und einzuführen sowie ein entsprechendes Anerkennungsverfahren durchzuführen. In den Richtlinien des IVR zur Anerkennung von Rettungsdiensten wird festgelegt, welche qualitätssichernden und -fördernden Elemente vom jeweiligen Rettungsdienst erfüllt sein müssen, damit er die IVR-Anerkennung erwerben kann. Die Richtlinien stützen sich dabei auf die drei Aspekte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Damit kommt der Qualitätssicherung in der präklinischen Phase eine ebenso grosse Bedeutung zu wie innerhalb der Spitalmauern.

6.4.4 Trends

Das Rettungswesen der Schweiz befindet sich in einem Konzentrationsprozess. Im Jahr 1993 waren 250 Rettungsdienste aktiv, 2001 noch 150 und aktuell wird von rund 100 aktiven Organisationen ausgegangen, wobei der Konzentrationsprozess anhält. Zu beobachten sind Fusionen und vermehrte Zusammenarbeit von rettungsdienstlichen Organisationen, um leistungsfähigere und qualitativ hochstehende Versorgungsqualität anzubieten. Dies führt jedoch zu keiner Reduktion des rettungsdienstlichen Angebots, sondern zu einer Professionalisierung und Stärkung der rettungsdienstlichen Strukturen. Die Bevölkerung profitiert zum Beispiel von zusätzlichen rettungsdienstlichen Stützpunkten (im

Kanton Aargau der Standort Lenzburg, der durch Rettung Aargau West betrieben wird) durch deutlich kürzere Interventionszeiten. Rettungsdienstliche Mittel rücken nicht mehr nur von einem Hauptstandort aus, sondern sind über das Einsatzgebiet verteilt. Zudem kommt die dynamische Fahrzeugverschiebung vermehrt zum Einsatz. Einsatzbereite Mittel werden dabei in Regionen verschoben, in denen aus Sicht der SNZ 144 im Ernstfall eine medizinische Unterversorgung besteht, da sich die eigentlich gebietszuständigen Ambulanzen bereits im Einsatz befinden. Als weiterer Entwicklungsschritt sind die Digitalisierung, standardisierter elektronischer Datenaustausch und telemedizinische Ansätze zu benennen.

6.4.5 Situation im Kanton Aargau

a) Rahmenbedingungen

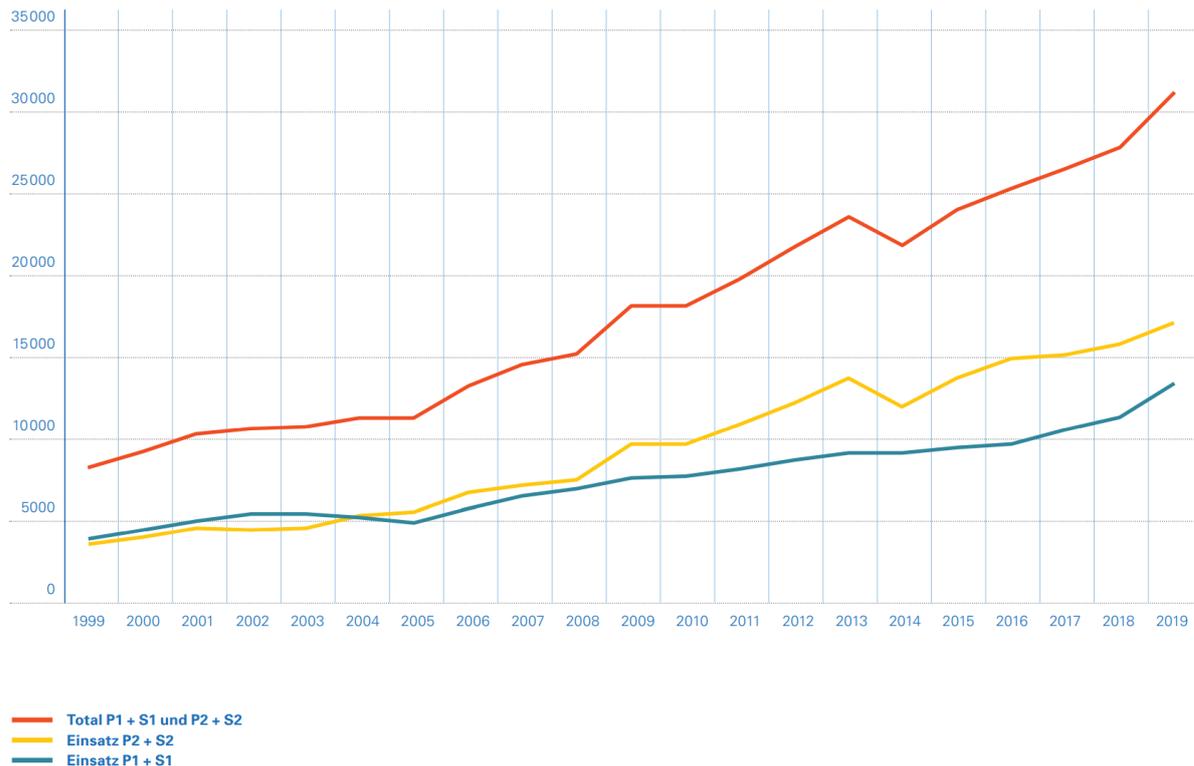
Das Rettungswesen des Kantons Aargau ist historisch gewachsen. Eine eigentliche Gesetzgebung zum Rettungswesen existiert nicht, wobei einzelne Teilbereiche in anderen Zusammenhängen beschrieben sind, wie zum Beispiel die Koordination sanitätsdienstlicher Transporte durch die kantonale Notrufzentrale im Gesundheitsgesetz (GesG) oder die Medikamentenabgabe durch Rettungssanitäterinnen und -sanitäter in der kantonalen Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung (HBV) vom 11. November 2009 beziehungsweise durch Verweis auf die eidgenössische Verordnung über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM) vom 21. September 2018. Es funktioniert über Einsatzgebiete, die den Rettungsdiensten zugeteilt wurden. Die Zuteilung geht auf das "Rettungskonzept 2005" zurück, das im Jahr 1993 vom Grossen Rat verabschiedet wurde und einen Teil der damaligen Spitalkonzeption darstellte. Koordiniert und geführt werden die Rettungsdienste durch die SNZ 144, seit Frühjahr 2017 in der neuen Kantonalen Notrufzentrale (KNZ), welche die Einsatzleitstelle 144 (ELS 144) der Kantonsspital Aarau AG (KSA) abgelöst hat.

In der aktuell gültigen GGpl wird das Rettungswesen nur rudimentär beschrieben. Auf strategischer Ebene wird lediglich formuliert, dass der Kanton eine flächendeckende, sich an anerkannte Kriterien anlehrende rettungsdienstliche Versorgung gewährleistet und dass die Einsatzleitstelle kontinuierlich optimiert wird.

b) Präklinische Notfallversorgung im Kanton Aargau

Im Kanton Aargau gibt es acht durch den IVR anerkannte Rettungsorganisationen, wovon sechs an die Spitäler angebunden sind. Der kleinste Rettungsdienst leistete im Jahr 2021 rund 1'500, der grösste etwa 12'300 Einsätze. Neben der Notfallrettung stellen die Aargauer Rettungsdienste (RD) zudem den qualifizierten Krankentransport sicher. Bei Bedarf unterstützen RD der Nachbarkantone bei ca. 600 Einsätzen pro Jahr den Kanton Aargau. Umgekehrt erbringen auch aargauische Rettungsdienste ausserkantonale Einsätze. Die Einsatzkategorien P1 + S1 werden mit Sondersignal, diejenigen der Kategorie P2 + S2 dringlich durchgeführt.

Abbildung 11: Einsatzzahlen der bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton Aargau



Quelle: Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Aargau, 2020

Die bodengebundenen RD werden durch die Luftrettung unterstützt. Etwa 70 % der Fälle werden von der Firma Alpine Air Ambulance AG (AAA) aus Birrfeld und ca. 30 % durch die Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega), insbesondere von den Basen Zürich, Basel, Bern und Erstfeld aus erbracht (Primäreinsätze). Die innerkantonale Disposition der Luftrettungsdienste durch die SNZ 144 hat sich bewährt. Die SNZ 144 überblickt und kennt die Standorte aller bodengebundenen und Luftrettungsmittel. Daraus resultiert eine effiziente und kostenbewusste Einsatzdisposition unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, bei bestmöglicher medizinischer Versorgung.

Ein bodengebundenes Notarztsystem wie in den Nachbarkantonen (ausser ZG, BE nur teilweise) besteht im Kanton Aargau nicht. Dabei weicht der Kanton Aargau von den Richtlinien des IVR ab, welche die Verfügbarkeit von Notärztinnen und -ärzten im rettungsdienstlichen Alltag als Anerkennungskriterium definiert haben. Anstelle von Notärztinnen und -ärzten kommen im Kanton Aargau Expertinnen und Experten der Anästhesiepflege, meist mit zusätzlich absolvierter Ausbildung zur Rettungssanitäterin oder zum Rettungssanitäter Höhere Fachschule (HF) zum Einsatz. Diese hochqualifizierten Fachexpertinnen und Fachexperten nehmen medizinische Behandlungen in ärztlicher Delegation vor.

Ergänzend kommen bei sanitätsdienstlichen Grossereignissen Freiwillige des Kantonalverbands Aargauischer Samaritervereine (KVAS) im Rahmen des Bevölkerungsschutzes zum Einsatz und unterstützen die Rettungsdienste. Die finanziellen Aufwände werden durch Pauschalen und einen Jahresbeitrag des Departements Gesundheit und Soziales abgegolten. Die Vergütung von Leistungen im Alltag, wie zum Beispiel die Gewährleistung des Sanitätsdienstes bei Sportanlässen und kulturellen Veranstaltungen, soll weiterhin durch den Auftraggeber finanziell entschädigt werden (vgl. [17.68] Postulat betreffend Leistungsvereinbarung mit dem Kantonalverband Aargauischer Samaritervereine [KVAS] im Rahmen des teilrevidierten Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes Aargau).

Die planerische Hilfsfrist ist im Aargau politisch mit 80/15 gesetzt, was bedeutet, dass 80 % der Notfalleinsätze innert maximal 15 Minuten ab Notrufeingang rettungsdienstlich zu erreichen sind. Auch diese Regel ist gesetzlich nicht verankert, wurde jedoch als Indikator im vom Grossen Rat verabschiedeten Aufgaben- und Finanzplan (AFP, siehe AFP 2022–2025 Ziel 535Z014 Indikator 01) festgelegt. Die meisten RD der Schweiz richten sich hinsichtlich der Hilfsfristen nach der in den Anerkennungsrichtlinien des IVR geforderten 90/15-Vorgabe.

Tabelle 11: Erfüllung der Hilfsfrist 2018–2020

Einsatzgebiet	2018	2019	2020
Aarau	90 %	91 %	91 %
Baden	91 %	94 %	94 %
Brugg	90 %	91 %	91 %
Gesundheitszentrum Fricktal	87 %	88 %	88 %
Rettungsdienst Intermedic, Berikon	90 %	92 %	92 %
Leuggern	79 %	78 %	75 %
Menziken	84 %	88 %	90 %
Muri	85 %	87 %	87 %
Rettungsdienst Neeser, Wohlen	89 %	91 %	87 %
Zofingen	89 %	92 %	90 %
Gewichteter kantonaler Durchschnitt	86 %	89 %	90 %

Quelle: Jährliche Befragung Departement Gesundheit und Soziales, 2021

Diese Hilfsfristen sind bei bestimmten zeitkritischen Notfallsituationen (insbesondere bei Kreislaufstillständen) zu lange, um die angestrebten Verbesserungen der Überlebenschancen zu erreichen. Daher existieren im Aargau auf der Basis regionaler Initiativen derzeit 15 First Responder-Gruppen, die durch die SNZ 144 aufgebildet werden, um das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des RD zu überbrücken. Im Jahr 2021 wurden 508 First Responder-Einsätze zugunsten der Bevölkerung absolviert.

Neben der individualmedizinischen Notfallversorgung gehört auch die Vorbereitung und Bewältigung von medizinischen Grossereignissen zum Aufgabenspektrum der RD.

6.4.6 Problemstellung

Die Fragen der gesetzlichen Grundlagen für die RD und der Gebietszuteilung wurden in den letzten Jahren wieder aufgeworfen, als neue private RD im Kanton Aargau ansässig werden wollten und um Zuteilung eines Einsatzgebietes ersuchten. In Beachtung des Binnenmarktgesetzes wurden Betriebsbewilligungen für den Kanton Aargau erteilt. Diese Veränderung verursachte bei anderen RD eine grosse Unsicherheit, insbesondere darüber, wie bei bestehender Planungsunsicherheit das Rettungswesen in Zukunft funktionieren soll.

Im Jahr 2021 wurde der Kostendeckungsgrad der RD erhoben. Dies geschah im Rahmen der (21.149) Interpellation betreffend Einhaltung der Hilfsfrist der bodengebundenen Rettungsdienste im Kanton Aargau. Von insgesamt acht angefragten Rettungsdiensten erhielt das Departement Gesundheit und Soziales (Abteilung Gesundheit) von sieben Rückmeldung. Von der Kantonsspital Baden AG (KSB) liegen keine Angaben vor. Die nachfolgende Grafik zeigt auf, dass, abgesehen von der

Rettung Aargau West und den privaten Rettungsdiensten, alle anderen über Jahre nicht kostendeckend arbeiten.

Tabelle 12: Kostendeckungsgrad Rettungsdienste im Kanton Aargau

Rettungsdienst	2018	2019	2020
Rettung Aargau West	93,4 %	103,4 %	108,0 %
Rettungsdienst Neeser, Wohlen	kostendeckend	kostendeckend	kostendeckend
Spital Muri	71,6 %	78,4 %	85,5 %
Asana Spital Menziken	71,7 %	68,2 %	70,2 %
Asana Spital Leuggern	85,2 %	80,6 %	76,6 %
Rettungsdienst Intermedic, Berikon	kostendeckend	kostendeckend	kostendeckend
Gesundheitszentrum Fricktal	110,0 %	110,0 %	97,0 %
Kantonsspital Baden	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben

Quelle: Umfrage Departement Gesundheit und Soziales, 2021

Im Kanton Aargau wird dem IVR und dessen Richtlinien ein grosses Gewicht beigemessen. Als Voraussetzung für den Erhalt einer Betriebsbewilligung mit Berechtigung zu Primärtransporten wird die Anerkennung durch den IVR verlangt. Der Kanton weicht jedoch teilweise von den Richtlinien ab und erfüllt diese nicht. Ein etabliertes Notarztsystem wie in den Nachbarkantonen (Bern, Solothurn, Zürich, Basel-Landschaft und Luzern) und zahlreichen weiteren Kantonen besteht bisher nicht. Auch bei der Hilfsfristenregelung wird von der durch den IVR geforderten Zielgrösse abgewichen.

Das System des freiwilligen Betriebs eines RD durch Akutspitäler und durch Dritte gewährleistet mehrheitlich eine gute Qualität im Rettungswesen. Als "verlängerter Arm" der Notfallstation sorgt es für Versorgungssicherheit der Bevölkerung und wird aus freiem Willen der Akutspitäler auch bei ungenügender Kostendeckung betrieben. Die Übernahme von anderen Arbeiten durch das RD-Personal innerhalb der einsatzfreien Zeit in den Akutspitälern kompensiert dabei einen Teil der ausgewiesenen Unterdeckung. Andererseits ist die Zukunft der RD aufgrund der defizitären Situation ungewiss, und der Betrieb kann ohne Ankündigung per sofort durch die Leistungserbringer eingestellt werden.

Die SNZ 144 wird im Auftrag des Departements Gesundheit und Soziales, organisatorisch und personell durch Mitarbeitende des KSA betrieben. Dieser Umstand stellt immer wieder die Neutralität und Unabhängigkeit der SNZ 144 bei der Einsatzvergabe an die RD infrage und führt regelmässig zu Reklamationen und Fragen von RD oder deren Rechtsvertretern. Bereits die Tatsache, dass unter den RD der Anschein erweckt wird, die SNZ 144 könnte Einsätze nicht neutral vergeben, verlangt nach strukturellen Optimierungen. Jährlich wiederkehrend werden die Personalkosten der SNZ 144 finanziell im Rahmen von rund 1,8 Millionen Franken durch das Departement Gesundheit und Soziales abgegolten. Die aktuelle Struktur und die fehlenden Rechtsgrundlagen erschweren dem Departement Gesundheit und Soziales zudem das Einschreiten bei Missständen oder Fehlentwicklungen.

Im Rahmen der GGpl 2030 sind die fehlenden Rechtsgrundlagen und die Unabhängigkeit der SNZ 144 anzugehen.

6.5 Eigentümerschaft Kantonsspitäler

6.5.1 Ausgangslage

Vor dem Jahr 2003 verfügte der Kanton über die drei Spitäler, die als unselbstständige Anstalten des öffentlichen Rechts organisiert waren. Damit kam ihnen keine eigene Rechtspersönlichkeit zu, und sie unterstanden der Spitalabteilung des Departements Gesundheit und Soziales. Ein Schwerpunkt der Totalrevision des SpiG im Jahr 2003 betraf die Neuorganisation der Kantonsspitäler. Damit verbunden war die Zielsetzung, eine bessere Führung, Steuerung und Aufsicht der Spitäler zu erreichen. Die Umwandlung der drei Spitäler in eigenständige Aktiengesellschaften wurde in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 deutlich angenommen und per 1. Januar 2004 in Kraft gesetzt. Es wurden KSA, KSB und die Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG) gegründet. Im SpiG ist vorgesehen, dass der Kanton mindestens 70 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen jeder Spitalaktiengesellschaft halten muss. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf zudem der Zustimmung des Grossen Rats.

Per 1. Januar 2012 hat der Kanton den Spitalaktiengesellschaften in einem nächsten Schritt die für den Betrieb notwendigen Spitalliegenschaften als Sacheinlage im Rahmen einer Aktienkapitalerhöhung übertragen, womit diese nun im Eigentum der Spitäler stehen. Seit dem Jahr 2004 ist der Kanton Aargau Alleinaktionär der Spitalaktiengesellschaften.

Das SpiG enthält in § 11 Abs. 5 spezialgesetzliche Vorgaben zur Zusammensetzung der Verwaltungsräte. Demnach hat die Zusammensetzung der Verwaltungsräte gemäss nachfolgenden Kriterien zu erfolgen:

- fachliche und persönliche Kompetenz,
- Unabhängigkeit von Leistungseinkäufern mit Ausnahme der Einsitznahme einer Person als Kantonsvertretung
- und Unabhängigkeit der Mehrheit der Mitglieder von den beiden anderen Spitalaktiengesellschaften des Kantons.
- Weiter sieht § 11 Abs. 7 SpiG vor, dass die gleichzeitige Übernahme von mehr als einem Verwaltungsratspräsidium, einem Vizepräsidium und einem Amt der oder des Delegierten des Verwaltungsrats der drei Spitalaktiengesellschaften durch dieselbe Person ausgeschlossen ist.

Die Eckdaten der kantonseigenen Spitäler für die Jahre 2020 und/oder 2021 sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Vergütungen für die Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie für das Jahr 2020 als Abgrenzungen in die Jahresrechnungen 2021 eingeflossen sind. Die Vergütungen für das Jahr 2021 sind noch nicht in die Jahresrechnungen 2021 eingeflossen, weil sie noch nicht verlässlich abschätzbar sind.

Tabelle 13: Eckdaten der kantonseigenen Spitäler 2020/21

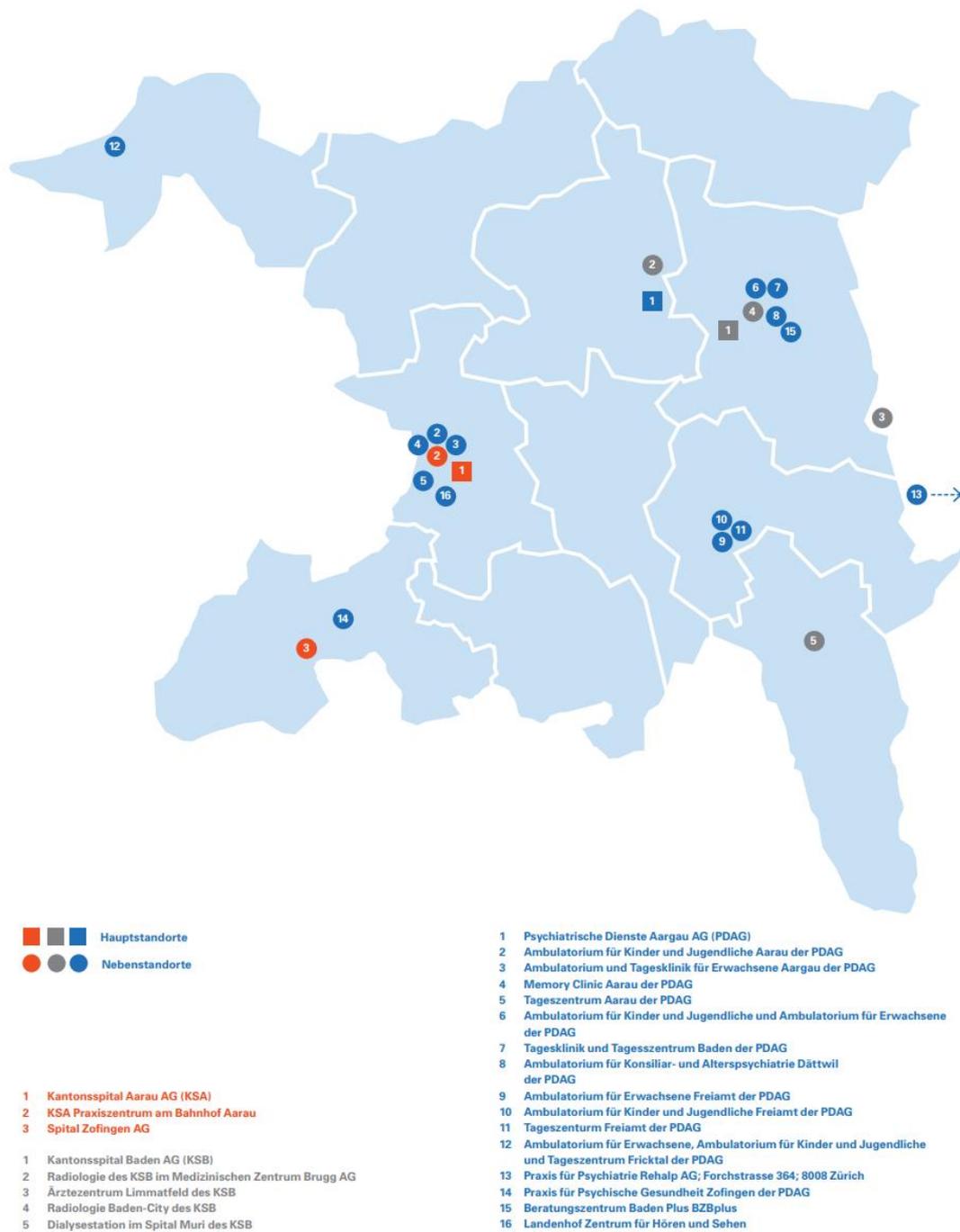
	KSA	KSB	PDAG
Anzahl ambulante Konsultationen 2020	541'775	251'186	118'257
Anzahl Pflgetage 2020 (stationär, ohne Austrittstag)	145'106	112'321	133'846
VZÄ gesamtes Personal 2020	3647,73	2241,15	1096,53
Betriebsergebnis EBITDA 2020 in Franken	318'000	20'436'000	16'560'000

EBITDA-Marge 2020 in Prozent	0,0 %	5,1 %	10,2 %
Betriebsergebnis EBITDA 2021 in Franken	59'043'000	43'039'000	14'911'000
EBITDA-Marge 2021 in Prozent	7,9 %	9,5 %	8,7 %

Quellen: BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler, 2020; Geschäftsberichte und/oder Jahresberichte 2020 der kantonseigenen Spitäler

Die von den drei kantonseigenen Spitälern betriebenen Standorte lassen sich der nachfolgenden Karte entnehmen. Daneben bestehen Kooperationen zwischen den Spitälern. Diese sind auf der Karte nicht gesondert aufgeführt.

Abbildung 12: Standorte Kantonsspitäler und Nebenstandorte



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

6.5.2 Problemstellungen

a) Rollenkonflikt

Das Problem gründet in einem mehrfachen Rollenkonflikt, der darin besteht, dass der Kanton Alleinaktionär von drei Spitalaktiengesellschaften ist. Neben seiner Rolle als Eigentümer der Spitäler – deren Verwaltungsräte der Regierungsrat wählen kann – erteilt er zudem Betriebsbewilligungen, vergibt Leistungsaufträge, genehmigt oder setzt die Baserate fest, nimmt die Aufsicht wahr und ist gesetzgeberisch tätig. Einerseits agiert er demnach als Regulator und Gewährleister der Spitalversorgung und andererseits als Eigentümer der Spitäler. Es liegt im Interesse des Kantons als Eigentümer, dass die Spitalaktiengesellschaften auf dem kantonalen Spitalmarkt konkurrenzfähig und attraktiv auftreten, erfolgreich wirtschaften und über eine gute Infrastruktur verfügen. Jedoch ist es auf der anderen Seite dem Kanton als Mitfinanzierer stationärer Behandlungen ein Anliegen, die Leistungserbringer und die anfallenden Kosten steuern zu können und die Kosten auf einem möglichst tiefen Niveau zu halten.

Weiter kommt hinzu, dass der Kanton und die Kantonsspitäler unterschiedliche Sichtweisen vertreten: die Kantonsspitäler eine betriebswirtschaftliche, der Kanton primär eine volkswirtschaftliche. Dies scheint im ersten Moment nachvollziehbar, ist aber insofern problematisch, als der Kanton als Eigentümer der Kantonsspitäler eben auch die Sichtweise der Kantonsspitäler nicht vollständig ausblenden kann.

Die Kantonsspitäler haben als Leistungserbringer im Konkurrenzkampf untereinander und zu den übrigen Spitälern mitunter und vereinfacht folgende Interessen:

- Hohe Baserate
- Viele abrechenbare Leistungen
- Rentable stationäre Fälle
- Wenig Regulierungsdichte
- Übernahme finanziell attraktiver Leistungsaufträge

Der Kanton hingegen verfolgt als Mitfinanzierer und Regulator der stationären Versorgung insbesondere und vereinfacht folgende Interessen:

- Tiefe Baserate
- Kein unbegründetes Mengenwachstum
- Ambulante statt stationäre Behandlung
- Angemessene Regelungsdichte, um dem verfassungsmässigen Auftrag nachzukommen
- Gewährleistung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im Kanton Aargau

Der Kanton ergreift bereits Massnahmen, um dem Rollenkonflikt bestmöglich entgegenzuwirken. Das Bewerbungsverfahren für die Spitalisten sorgt zum Beispiel dafür, dass sämtlichen Spitälern die Möglichkeit geboten wird, einen Leistungsauftrag zu erhalten, sofern sie die kantonalen Anforderungen erfüllen. Der Rollenkonflikt besteht aber nach wie vor. Die wohl gewichtigste Massnahme zur Entschärfung des Rollenkonflikts stellt die Anpassung der Eigentümerstruktur durch eine Veräusserung oder Teilveräusserung der Beteiligungen an den Spitalaktiengesellschaften dar.

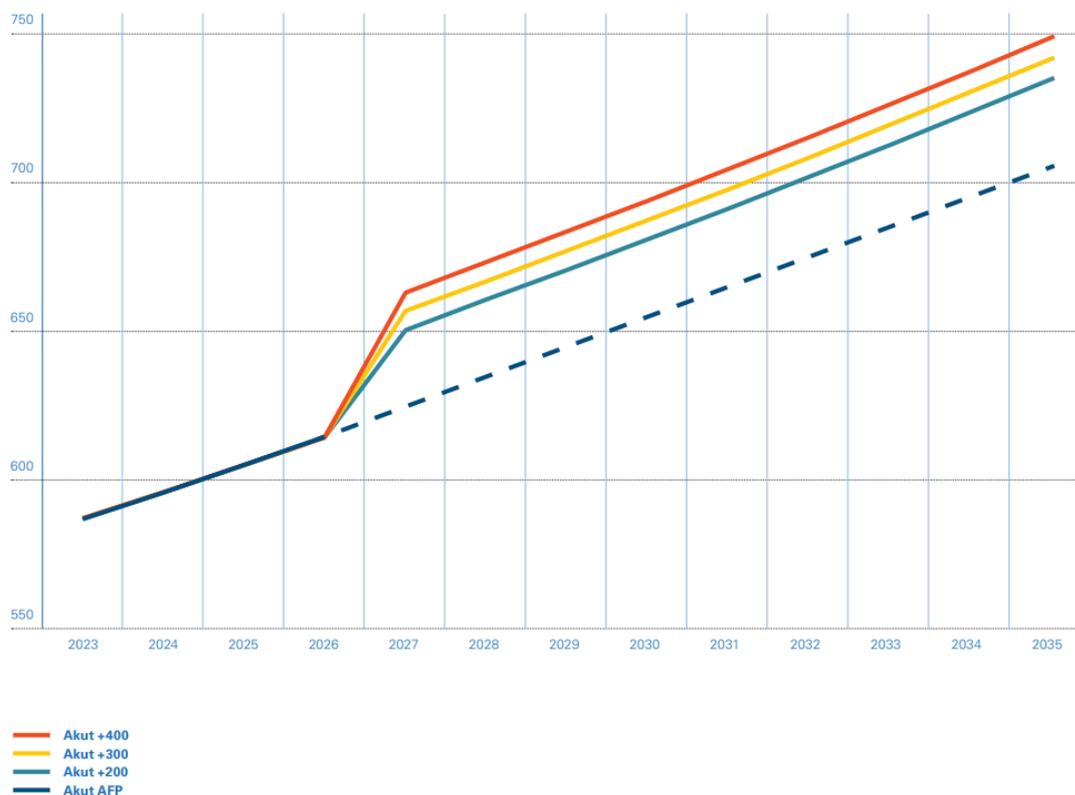
b) Ungenügende Vergütung der Leistungen

Es ist schweizweit bekannt, dass die ambulanten und stationären Tarife in einem wesentlichen Teil der Leistungsbereiche nicht kostendeckend sind. Damit die Spitäler gewinnbringend betrieben werden können, sind sie darauf angewiesen, einen möglichst hohen Anteil an privatversicherten Personen zu behandeln. Mit den so erwirtschafteten Einnahmen können die Verluste aus OKP-Behandlungen teilweise kompensiert werden. Aber auch durch diese Verrechnung ist es den meisten Spitälern nicht mehr möglich, eine EBITDA-Marge von 10 %, die für Spitäler gemeinhin angestrebt wird, um ein dauerhaftes Bestehen zu gewährleisten, zu erreichen. Dabei zeigt sich gemäss einer Studie von PwC aus dem Jahr 2016¹¹, dass mittelgrosse Spitäler mit mehr als 200, aber weniger als 450 Betten am profitabelsten sind. Bei den kantonseigenen Spitälern gestaltet sich die Situation wie folgt: Gemäss den jeweiligen Jahresberichten 2021 betrieb das KSA im Jahr 2021 durchschnittlich 669 Betten, das KSB deren 385 und die PDAG deren 469.

Mit der aktuellen Teuerung, der Umsetzung der Pflegeinitiative und dem steigenden Druck auf die VVG-Tarife wird sich dieses Problem noch verschärfen. Die Thematik der ungenügenden Vergütungen betrifft aber nicht nur die kantonseigenen Spitäler, sondern die Mehrheit der Schweizer Spitäler. Eine Entschärfung dieser Situation kann grundsätzlich nur durch eine generelle Anhebung der Tarife beziehungsweise der Baserate erfolgen.

Die nachfolgende Prognose basiert auf den Daten der Jahresberichte 2016 – 2021 sowie den Daten des AFP 2023 – 2026 und zeigt exemplarisch die Entwicklung der kantonalen Kosten für die akutsomatischen Spitäler bei Erhöhung der Baserate um Fr. 200.–, Fr. 300.– und Fr. 400.–.

Abbildung 13: Szenarien Kostenentwicklung der akutsomatischen Spitäler auf Basis des AFP 2023–2026



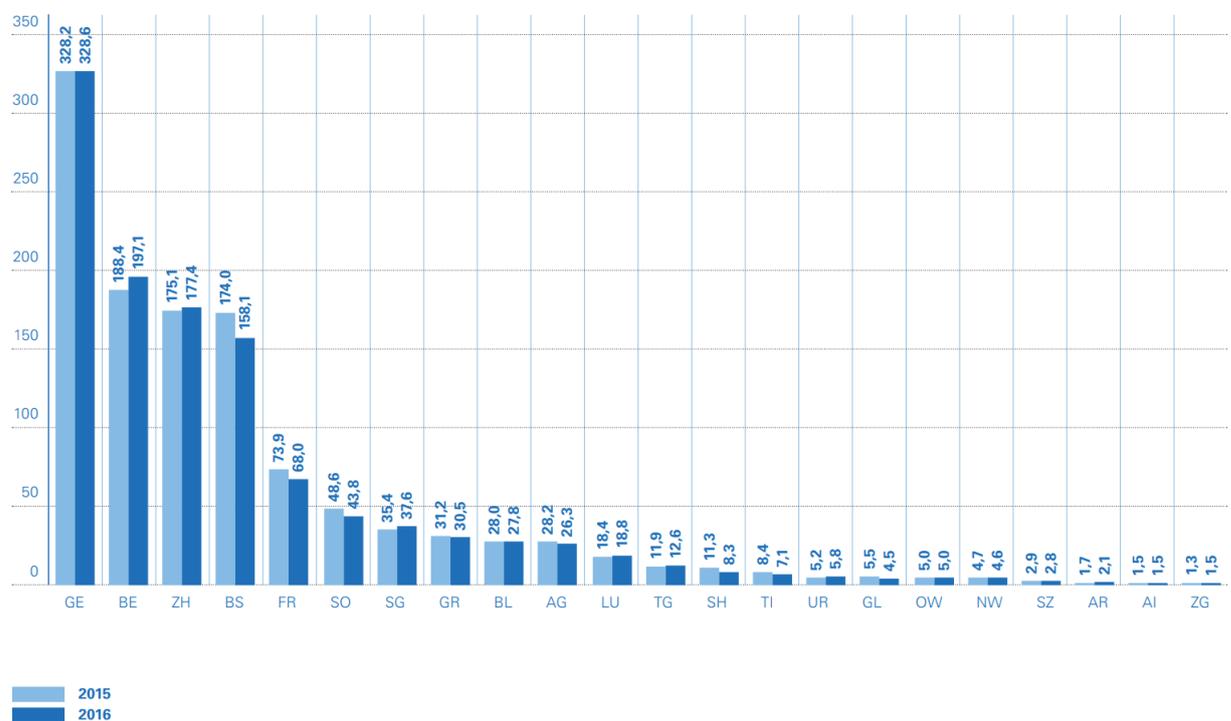
Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, 2022

¹¹ PwC (2026): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015

Die direkten Folgen der ungenügenden Vergütungen sind teilweise bereits ersichtlich. So sind die Spitäler nicht oder nur zurückhaltend bereit, in zusätzliche Leistungen wie beispielsweise die Spitalseelsorge zu investieren, obwohl diese heute zu einem wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung im Spital geworden ist und den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und den Mitarbeitenden unabhängig von deren Weltanschauung und Religionszugehörigkeit zur Verfügung steht. Gerade rund um die Covid-19-Pandemie hat sich die Wichtigkeit der Spitalseelsorge manifestiert.

Erachtet es der Kanton als notwendig, dass ein Spital ausserhalb des OKP-Leistungsauftrags zusätzliche Leistungen erbringt, muss der Kanton diese Leistungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) mitfinanzieren. Der Kanton Aargau hält sich bei der Finanzierung von GWL im interkantonalen Vergleich aber stark zurück.

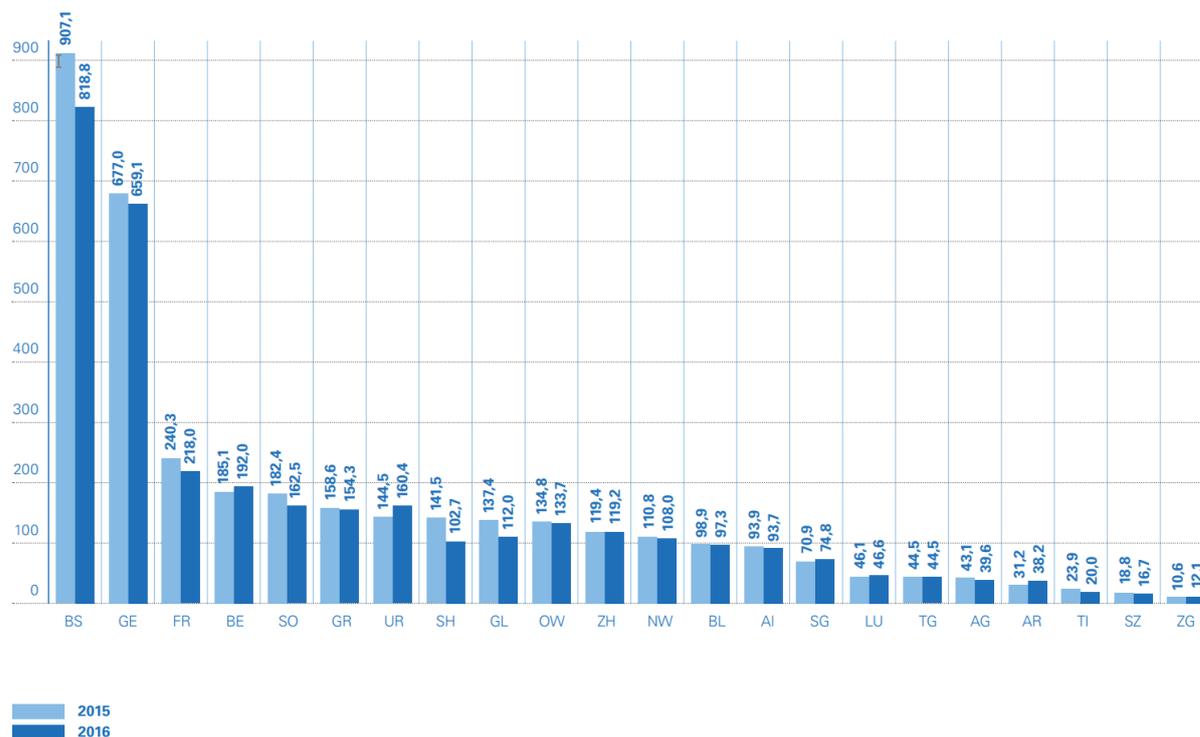
Abbildung 14: Kantonale Finanzierungsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in den Jahren 2015 und 2016 in Millionen Franken pro Jahr



Quelle: Ecoplan, Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, 29.05.2019. Die Kantone Wallis, Jura, Waadt und Neuchâtel haben Ecoplan keine Daten geliefert.

Die absoluten Werte der in der obigen Liste aufgeführten Kantonsbeiträge für GWL zeigen eine grosse Bandbreite. Während die Kantonsbeiträge im Kanton Genf in den Jahren 2015 und 2016 rund 328,2 respektive 328,6 Millionen Franken betragen, hat der Kanton Zug Beiträge im Umfang von 1,3 respektive 1,5 Millionen Franken finanziert. Die gelisteten Kantone mit Universitätsspitalern (GE, BE, ZH und BS) gewähren die höchsten Kantonsbeiträge. Der Kanton Aargau liegt mit 28,2 respektive 26,3 Millionen Franken bei Einbezug der Grösse des Kantons am Ende der Liste, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

Abbildung 15: Kantonale Finanzierungsbeiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) in den Jahren 2015 und 2016 in Franken pro Kopf



Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung, basierend auf Ecoplan, Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, 29.05.2019. Die Kantone Wallis, Jura, Waadt und Neuenburg haben Ecoplan keine Daten geliefert.

Im Hinblick auf die kantonseigenen Spitäler stellt die ungenügende Vergütung der Leistungen aus gewissen OKP-Bereichen den Kanton aber insofern vor ein Problem, als er als Eigentümer der kantonseigenen Spitäler deren wirtschaftliches überleben sicherstellen muss – dies zum einen aus rein finanziellen Gründen, zum anderen aus Gründen der Versorgungssicherheit. Es ist nicht auszuschliessen, dass der Kanton darum (finanzielle) Massnahmen ergreifen muss, um das Angebot der kantonseigenen Spitäler auf aktuellem Niveau oder sogar deren Weiterbestehen sicherzustellen.

c) Mangelnde Zusammenarbeit

Gerade vor dem vorgängig beschriebenen Hintergrund der ungenügenden Tarife im ambulanten und stationären Bereich und der damit verbundenen finanziellen und versorgungstechnischen Risiken für den Kanton ist es umso wichtiger, dass die kantonseigenen Spitäler – vor allem KSA und KSB, die über ein weitgehend deckungsgleiches Leistungsportfolio verfügen – mögliche Synergien optimal ausnutzen, eine gute Koordination besteht und sinnvolle Kooperationen untereinander und mit Dritten eingegangen werden.

Bereits heute finden sowohl zwischen den kantonseigenen Spitälern untereinander als auch zwischen den kantonseigenen Spitälern und übrigen Spitälern sowie Dritten (beispielsweise der Eidgenössischen Technischen Hochschule [ETH]) in gewissen Leistungsbereichen Kooperationen statt. Der öffentlich ausgetragene Konkurrenzkampf zwischen dem KSA und dem KSB, der nicht zuletzt vom ähnlichen Leistungsportfolio verursacht wurde, hat sich in den letzten Jahren gelegt. Damit ist der Weg frei für Kooperationen zwischen den beiden Kantonsspitalern. Im Bereich der spezialisierten und hochspezialisierten Medizin (HSM) besteht im Kanton Aargau durchaus noch Optimierungspotenzial. Der Vorsteher des Departements Gesundheit und Soziales führt deshalb seit 2021 drei bis vier Mal jährlich Gespräche mit den Verwaltungsratspräsidenten und Direktoren des KSA, des KSB und – sofern erforderlich – der PDAG durch, um die Koordination zwischen den aargauischen Leis-

tungsanbietern im spezialisierten und hochspezialisierten Bereich zu fördern. Der Kanton als Alleineigentümer der drei Kantonsspitäler hat ein grosses Interesse daran, dass sich diese optimal ergänzen. Seit Frühling 2022 nimmt an diesen Gesprächen auch die Hirslanden Klinik Aarau AG (HKA) teil.

6.5.3 Eigentümerstrategie

Die kantonale Richtlinie zur Public Corporate Governance (PCG-Richtlinie) vom 17. September 2013 beinhaltet in Ziffer 14 eine Regelung der Eigentümerstrategie. So hat der Regierungsrat eine Eigentümerstrategie zu erstellen und mindestens alle vier Jahre zu evaluieren und zu überarbeiten. Die Eigentümerstrategie ist allerdings rechtlich nicht bindend. Das oberste Leitungsorgan der Spitalaktiengesellschaften muss somit die Eigentümerstrategie in seiner eigenen Unternehmensstrategie nicht rechtlich zwingend berücksichtigen.

Die Eigentümerstrategie legt die strategischen Interessen des Eigentümers Kanton Aargau dar. In den Eigentümergesprächen zwischen Kanton und Spitälern werden die strategischen Ziele festgelegt und deren Erreichung besprochen. Diese Gespräche finden mehrmals jährlich statt. Der Regierungsrat verfolgt mit den Beteiligungen nachhaltige und langfristige Ziele. Die Eigentümerstrategie hat einen Zielhorizont von vier Jahren. Die in der Eigentümerstrategie dargelegten Eigentümerziele definieren die Erwartungen des Regierungsrats an die Beteiligung und beantworten die Frage, weshalb der Kanton an diesem Unternehmen beteiligt ist. Die Stossrichtungen umfassen die beabsichtigten Änderungen des Kantons mit der Beteiligung.

Der Kanton Aargau als Alleinaktionär der drei Kantonsspitäler verfügt nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten auf die Spitalaktiengesellschaften. Diese Einschränkungen ergeben sich zum einen aus den gesellschaftsrechtlichen Regelungen im Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (Fünfter Teil: Obligationenrecht; OR) vom 30. März 1911, zum anderen aus dem KVG, das in zahlreichen Bereichen abschliessende und national geltende Regelungen vorgibt und dem SpiG, das für alle Spitälern auf der Aargauer Spitalliste geltende Regelungen aufstellt. Dennoch gilt es festzuhalten, dass dem Regierungsrat die im OR festgelegten Befugnisse insbesondere an den Generalversammlungen zukommen.

6.5.4 Organisation und Kooperationen

Als Eigentümer muss der Kanton seine Spitälern so organisieren, dass sie jederzeit in der Lage sind, die Gesundheitsversorgung gemäss ihren Leistungsaufträgen in angemessener Qualität aufrechtzuerhalten. Wie vorstehend umschrieben, besteht aktuell kein dringender Handlungsbedarf, die Organisationsstruktur der kantonseigenen Spitälern anzupassen. Einerseits findet kein zermürender Konkurrenzkampf zwischen den Akutspitälern mehr statt, und andererseits kann der Eigentümer mit den mehrmals jährlich stattfindenden Eigentümergesprächen, mit den regelmässigen Monitoringgesprächen zur Neubaufinanzierung (KSA) und den Kooperationsgesprächen des Gesundheitsdirektors genügend Einfluss nehmen. Sofern dieses Setting nicht reicht, hat der Eigentümer immer noch die Möglichkeit, den Verwaltungsrat auszuwechseln.

Der Vollständigkeit halber werden nachfolgend denkbare Organisationsformen, angefangen bei freiwilligen Kooperationen bis hin zu einer Fusion der beiden (oder der drei) kantonseigenen Spitälern, umschrieben.

a) Freiwillige Kooperation

Es besteht die Möglichkeit, im Gesetz festzuhalten, dass die Spitäler nach Bedarf miteinander kooperieren. In diesem Szenario werden die einzelnen Spitäler als völlig autonome Rechtsträger angeschaut, welche ihre Aufgaben unabhängig voneinander wahrnehmen und lediglich dann kooperieren, wenn sie sich daraus einen betriebswirtschaftlichen Vorteil erhoffen.

Die "freiwillige Kooperation" gleicht dem Status quo und bietet den Spitalern die grösste Freiheit im Bereich der Zusammenarbeit. Dabei sind die Ziele zur Kooperation in der Eigentümerstrategie zu beachten. Allerdings hat die Erfahrung aus den letzten Jahren gezeigt, dass die Kooperation unter den Spitalern auf freiwilliger Basis immer wieder angestrebt wurde, um mögliche Synergien zu nutzen, das Potenzial letztlich aber nur in begrenztem Rahmen ausgeschöpft wurde. Es besteht somit noch ein erheblicher Optimierungsbedarf, der aber in letzter Zeit vor allem durch die neu installierten Kooperationsgespräche soweit möglich ausgeschöpft wird.

b) Verpflichtende Kooperation

Die Zusammenarbeit kann durch die Verpflichtung zur Kooperation zwischen den drei kantonalen Spitalaktiengesellschaften intensiviert werden. Der Fokus könnte dabei auf der Kooperation zwischen KSA und KSB liegen. Eine solche Pflicht zur Kooperation könnte im SpiG im Grundsatz festgehalten und dann in der Spitalverordnung (SpiV) konkretisiert werden.

Es dürfte allerdings schwierig werden, eine solche Kooperation zwischen den Spitalern auch tatsächlich durchzusetzen. Denn Kooperation kann nur beschränkt überwacht und dementsprechend nicht vollständig durchgesetzt werden. Auch eine "verpflichtende" Kooperation würde letztendlich zu einem gewissen Grad auf Freiwilligkeit basieren. Somit würde sich die Massnahme zwar formell von der "freiwilligen" Kooperation unterscheiden, inhaltlich aber kaum.

c) Gemeinsame strategische Führung

Es kann gesetzlich ermöglicht werden, dass auch eine Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrats einer Spitalaktiengesellschaft nicht unabhängig von den beiden anderen Spitalaktiengesellschaften sein muss. Dadurch kann diese Mehrheit von Verwaltungsräten, welche im Verwaltungsrat von zwei oder sogar allen drei Spitalaktiengesellschaften Einsitz nimmt, eine einheitliche Strategie der Spitalaktiengesellschaften durchsetzen und insbesondere vermehrt Bemühungen zu einer Zusammenarbeit vorantreiben. Um dies rechtlich zu ermöglichen, müsste § 11 Abs. 5 lit. c SpiG gestrichen werden.

Weiter besteht die Möglichkeit, § 11 Abs. 7 SpiG zu streichen, sodass in mehreren Spitalaktiengesellschaften dieselbe Person das Verwaltungsratspräsidium, das Verwaltungsratsvizepräsidium oder das Amt des oder der Delegierten des Verwaltungsrats übernehmen darf. Auch durch diesen Schritt lässt sich bewirken, dass die Spitalaktiengesellschaften ihre Strategien vermehrt aufeinander abstimmen und die Zusammenarbeit stärken.

d) Konzernstruktur

Eine weitere Option, die zu einer engeren Zusammenarbeit der Spitalaktiengesellschaften führen würde, wäre der Aufbau eines Konzerns. Dabei würden die Spitalaktiengesellschaften jeweils als Tochtergesellschaften weiterbestehen, ihre Aktien würden aber zu 100 % von einer Muttergesellschaft gehalten.

In einem solchen Spital-Konzern würde die Muttergesellschaft die Führung der Spitäler übernehmen. Dabei besteht ein grosser Spielraum in der Art und Weise, wie diese Führungsfunktion wahrgenommen wird. Die Muttergesellschaft, die vom Verwaltungsrat gesteuert wird (der seinerseits von den

Aktionären, im konkreten Fall also vom Regierungsrat, gewählt wird), kann in den Hintergrund treten und die Tochtergesellschaften arbeiten lassen wie bis anhin. Etwas mehr Führungsverantwortung kann die Muttergesellschaft übernehmen, wenn sie den Tochtergesellschaften Auflagen erteilt, wie diese zu arbeiten haben. Zum Beispiel könnte sie die Leistungsangebote der Tochtergesellschaften aufeinander abstimmen oder zumindest koordinieren. Eine ausgeprägte Führungsfunktion übernimmt die Muttergesellschaft dann, wenn der Verwaltungsrat der Muttergesellschaft auch als Verwaltungsrat der Tochtergesellschaften gewählt wird. Bei dieser Personalunion kann der Verwaltungsrat der Muttergesellschaft die Tochtergesellschaften genau nach der von der Muttergesellschaft festgelegten Strategie leiten. In dieser Konstellation wäre es zudem möglich, für alle drei Tochtergesellschaften dieselbe Geschäftsleitung anzustellen, was zu einer weiteren Abstimmung unter den Gesellschaften führen würde. Eine solch ausgeprägte Führungsrolle durch die Muttergesellschaft käme einer Fusion nahe, ist rechtlich aber von einer solchen zu unterscheiden.

e) Fusion

Die Fusion ist die einschneidendste Massnahme, um die Zusammenarbeit unter den Spitalaktiengesellschaften zu verbessern. In diesem Fall werden die Spitalaktiengesellschaften – mit oder ohne PDAG – zu einer Gesellschaft fusioniert. Dieses Modell hat etwa der Kanton Solothurn gewählt (inklusive Psychiatrische Dienste) oder der Kanton Luzern (ohne Psychiatrische Dienste).

Durch eine Fusion zu einer Spitalaktiengesellschaft kann eine optimale Absprache und Konzentrierung des Spitaldienstleistungsangebots erreicht werden, da eine zentrale und einheitliche Steuerung der Spitäler erfolgt. Durch die Konzentration gewisser Behandlungsangebote wird deren Qualität gesteigert. Die Position des Spitals im interkantonalen Wettbewerb wird gestärkt.

Die Schwierigkeit einer Fusion liegt insbesondere in der Zusammenführung unterschiedlicher Unternehmenskulturen und im Aufbau von gegenseitigem Vertrauen zwischen den ehemaligen Schwes-tergesellschaften. Die Führungsorgane müssen insbesondere in den ersten Jahren zusätzliche Anstrengungen unternehmen, damit eine Fusion gelingen kann. Dies kann vorübergehend Zusatzkosten mit sich bringen, die mittel- und langfristig jedoch durch die Einsparungen einer Fusion wieder wettgemacht werden könnten.

6.5.5 Eigentümerstruktur und Rollenkonflikt

§ 11 SpiG hält fest, dass der Kanton mindestens 70 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen je-der Spitalaktiengesellschaft halten muss. Die Übertragung von Aktien an Dritte bedarf der Zustimmung des Grossen Rats. Ausserdem bedürfen Änderungen der Statuten einer Spitalaktiengesell-schaft, die ein qualifiziertes Mehr gemäss Art. 704 OR verlangen, einer vorgängigen Instruktion durch den Grossen Rat.

Es ist bei den Einflussmöglichkeiten auf den Gang der Spitalaktiengesellschaften zu unterscheiden zwischen rein gesellschaftsrechtlichen Einflussmöglichkeiten und denjenigen aus der Spitalplanung. Erstere sind eng an die Höhe der Beteiligung gebunden, letztere stehen dem Kanton unabhängig von der Beteiligung zu und zeigen sich in der Gesamtplanung der Spitallandschaft, der Spitalkonzeption und den Leistungsaufträgen. In diesem Bereich ist der Kanton allerdings an den Grundsatz der Gleichbehandlung gebunden und darf die Spitalaktiengesellschaften gegenüber den übrigen kantonalen Listenspitälern nicht bevorzugen oder benachteiligen.

Soweit das Gesetz oder die Statuten es nicht anders bestimmen, fasst die Generalversammlung (GV) als oberstes Organ der Aktiengesellschaft ihre Beschlüsse und vollzieht ihre Wahlen mit der absoluten Mehrheit der vertretenen Aktienstimmen. Ein qualifiziertes Quorum wird bei wenigen für die Gesellschaft speziell tiefgreifenden Beschlüssen gefordert (beispielsweise Änderung des Gesell-schaftszwecks, Auflösung der Gesellschaft etc.).

Eine Teilveräusserung von weniger als einem Drittel der Beteiligungen an einer Spitalaktiengesellschaft hätte für die Möglichkeiten der gesellschaftsrechtlichen Einflussnahme des Kantons kaum Auswirkungen. Der Kanton könnte als Mehrheitsaktionär weiterhin sämtliche Beschlüsse nach seinen Wünschen fällen. Nach wie vor könnte er auch bei Beschlüssen, die ein qualifiziertes Mehr von zwei Dritteln erfordern, ohne Zustimmung der Minderheitsaktionäre entscheiden.

Verkauft der Kanton mehr als einen Drittel, aber weniger als 50 % seiner Beteiligungen an einer Spitalaktiengesellschaft, kann er weiterhin alle Beschlüsse, die ein einfaches Mehr erfordern, selbst fällen. Zur Erreichung des qualifizierten Mehrs von zwei Dritteln der Stimmen, wie es für tiefgreifende Beschlüsse verlangt wird, wäre der Kanton aber auf die gemeinsame Beschlussfassung mit einem Teil der Minderheitsaktionäre angewiesen.

Beim Verkauf einer Minderheitsbeteiligung von weniger als 50 % verfügt der Kanton somit nach wie vor über grosse Einflussmöglichkeiten. Er ist aber nicht mehr in der Lage, qualifizierte Beschlüsse allein fällen zu können.

Beim Verkauf von mehr als 50 %, aber weniger als zwei Dritteln der Beteiligungen, kann der Kanton auch einfache Beschlüsse nicht mehr allein fällen. Allerdings kann er qualifizierte Beschlüsse, die sich gegen seinen Willen richten, immerhin noch verhindern.

Bei einer Totalveräusserung kann der Kanton rein gesellschaftsrechtlich keinen Einfluss mehr auf den Geschäftsgang der Spitalaktiengesellschaft nehmen. Es bleiben nur die Möglichkeiten über die Spitalplanung.

Je geringer die Einflussmöglichkeiten des Kantons auf die Spitalaktiengesellschaften sind, desto kleiner ist auch der einleitend geschilderte Rollenkonflikt des Kantons.

Nachfolgend abgebildet sind die Einflussmöglichkeiten des Kantons bei einer (Teil-)Veräusserung der Beteiligungen:

Tabelle 14: Einflussmöglichkeiten des Kantons bei (Teil-)Veräusserung der Beteiligungen

	Verkauf < 1/3	Verkauf < 1/2	Verkauf < 2/3	Totalverkauf
Gesellschaftsrechtliche Einflussmöglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> alle Beschlüsse alleine 	<ul style="list-style-type: none"> einfache Beschlüsse alleine, qualifizierte Beschlüsse mit Minderheitsaktionär(en) qualifizierte Beschlüsse verhindern 	<ul style="list-style-type: none"> einfache und qualifizierte Beschlüsse mit Minderheitsaktionär(en) qualifizierte Beschlüsse verhindern 	<ul style="list-style-type: none"> keine
Weitere gesetzliche Einflussmöglichkeit	Gesamtplanung, Spitalkonzeption und Leistungsaufträge			
Rollenkonflikt des Kantons				

Welcher Erlös aus einem (Teil-)Verkauf der Spitalaktiengesellschaften resultieren würde, kann zurzeit nicht verlässlich abgeschätzt werden. Um einen Richtwert zu erhalten, kann als Bewertungsmethode zum jetzigen Zeitpunkt einzig die Substanzwertmethode – der Nettosubstanzwert entspricht dem Eigenkapital – angewendet werden. Die Substanzwertmethode ist eine Bestandsaufnahme der

vorhandenen Vermögensteile. Sie blendet die zukünftige Ertragslage des Unternehmens aus und eignet sich darum vor allem zur Definition einer Preisuntergrenze bei stabilen Verhältnissen.

Gemäss den Jahresrechnungen 2021 präsentieren sich die Substanzwerte der Spitäler für einen all-fälligen Teil-Verkauf folgendermassen:

Tabelle 15: Substanzwerte der Spitalaktiengesellschaften

	Substanzwert (Eigenkapital), Millionen Franken
KSA (Konzern)	285
KSB	312
PDAG	146

Quelle: Jahresberichte der kantonseigenen Spitäler, 2021

Für weitergehende Bewertungen müssten von den Spitälern Unternehmensdaten zur Verfügung gestellt werden. Da noch nicht feststeht, ob und welcher Anteil der Spitalgesellschaften verkauft werden soll, ist es nicht sinnvoll, bereits jetzt Kosten für eine detaillierte Bewertung zu generieren.

Das Potenzial einer Teilveräusserung respektive die Nachfrage nach einer Beteiligung an den kantonalen Spitälern kann zurzeit nicht abgeschätzt werden. Dem Eigentümer liegen derzeit keine entsprechenden Anfragen vor.

7. Umsetzung

7.1 Strategiefindungsprozess

Die Basis für die GGpl 2030 bilden die GGpl 2010 sowie Anhörungsergebnisse zur GGpl 2025 (Jahr 2016) und zur Totalrevision des SpiG (Jahr 2018). Die GGpl 2030 stützt sich auch auf Anregungen von Fachspezialistinnen und -spezialisten aus den Departementen Finanzen und Ressourcen, Volkswirtschaft und Inneres, Gesundheit und Soziales und Gemeinden sowie vor allem auf die Expertise von externen Interessenvertretern, auf interkantonale Vergleiche und interne Datenauswertungen. Für die Ausarbeitung der GGpl 2030 sind Inhalte aus der GGpl 2010 insofern übernommen worden, als sie nicht an Aktualität verloren haben. Es finden sich auch neue Schwerpunkte, die gegenüber der GGpl 2010 einer tiefgreifenden Änderung bedurften. Dies betrifft die Themen Fachkräfte, individuelle Prämienverbilligung, Eigentümerschaft der Kantonsspitäler und Palliative Care. Gleichzeitig rücken beibehaltene Aspekte wie das Rettungswesen aufgrund ihres anstehenden Reformbedarfs in den Vordergrund. Dazu gehört auch die Regelung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

Hinsichtlich der externen Fachspezialistinnen und -spezialisten und Interessenvertreter wurden namentlich die folgenden Organisationen und Leistungserbringer einbezogen: Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Aargau, Pro Senectute Aargau, Aargauer Seniorenverband, ambulante und stationäre Suchthilfeeinrichtungen (TASS), Kinderärzte und -psychiater, Kommission für Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsschulen Aargau, Sozialversicherung Aargau (SVA), Steuergruppe Ausbildungsverpflichtung, Gemeindeammännerversammlung (GAV), Hebammenverband, Aargauische Rettungsdienste und Aargauer Leistungserbringer, die gemäss KVG zur Leistungsabrechnung befugt sind (im Rahmen eines gemeinsamen Workshops im April und Juni 2021). Neben Sitzungen hat das Projektteam

auch mehrere digitale Umfragen durchgeführt. Diese erweisen sich als sehr hilfreich, wenn es um die Schärfung aktueller Herausforderungen und Problematiken im Aargauer Gesundheitswesen geht.

Von November 2021 bis Februar 2022 hat das Departement Gesundheit und Soziales ausgewählte Stossrichtungen und mögliche Varianten mit dem Verband der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (vaka) diskutiert – einerseits am vaka-Jahresgespräch mit dem Vorsteher des Departements Gesundheit und Soziales und andererseits an zwei Sitzungen des vaka-Zentralvorstands, an der die Leiterin der Abteilung Gesundheit teilgenommen hat.

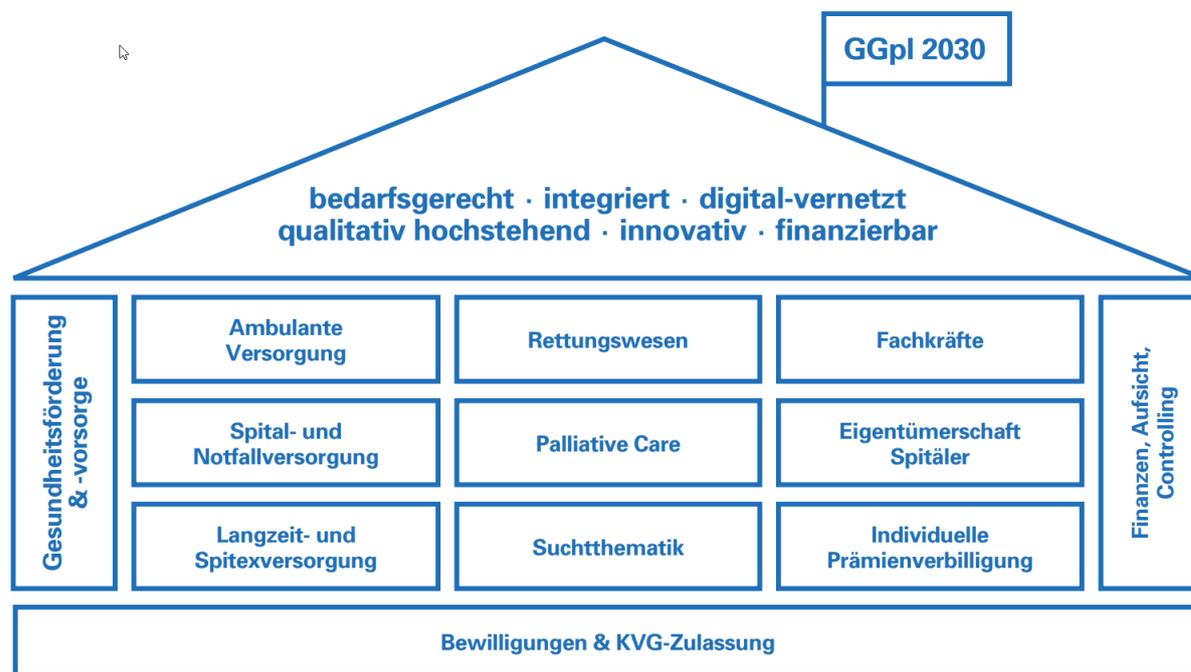
Am Ende des Strategieprozesses hat das Projektteam die Stossrichtungen in zwei Sitzungen mit der Groupe de réflexion (ausgewählte Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen) gespiegelt.

7.2 Systematik der GGpl 2030

Die vorliegende GGpl 2030 gliedert sich in eine übergeordnete Strategie mit Querschnittsthemen sowie Fachthemen.

Die übergeordnete Strategie und die Querschnittsthemen (Dach des Strategiehauses) betreffen die gesamte Gesundheitslandschaft des Kantons Aargau. Sie werden daher bei der Beschreibung der einzelnen Fach-Themenbereiche nicht mehr speziell erwähnt, sind aber trotzdem für die gesamte Gesundheitslandschaft massgebend.

Abbildung 16: Strategiehaus GGpl 2030



Die einzelnen Fach-Themenbereiche enthalten jeweils ein Ziel und verschiedene strategische Ausrichtungen. Jedem Fach-Themenbereich ist ein eigenständiges Kapitel gewidmet. Das Kapitel ist so aufgebaut, dass einleitend auf die aktuellen Megatrends im Gesundheitswesen mit Bezug zum jeweiligen Themenbereich eingegangen wird (=Handlungsbedarf).

Danach folgen das Ziel und die strategischen Ausrichtungen. Dabei kommt es vor, dass gewisse, problematische oder als besonderen Hebel erkannte Teilaspekte eines Themenbereichs strategisch

erwähnt werden und deshalb in den Vordergrund rücken. Das heisst nicht, dass andere, nicht genannte Aspekte weniger bedeutend sind. Beispielsweise wird dem Thema Rehabilitation wenig Platz eingeräumt. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass die Rehabilitation bereits gut funktioniert und es bedeutet nicht, dass die Rehabilitation kein wichtiges Thema innerhalb der Aargauer Gesundheitsversorgung wäre.

Der Kommentar erläutert die einzelnen strategischen Ausrichtungen, sofern Erklärungsbedarf besteht. Konkrete Umsetzungsmassnahmen sind nicht Teil der GGpl 2030. Es werden höchstens einzelne Beispiele genannt, um das Verständnis bei der Lektüre zu fördern.

7.3 Übergeordnete Strategie

Die übergeordnete Strategie gibt vor, welche konkreten Ziele zur Weiterentwicklung der Gesundheitslandschaft mit der GGpl 2030 erreicht werden sollen. Sie bildet den Ausgangspunkt für die Formulierung der Strategien in den einzelnen Themenbereichen der GGpl 2030 (vgl. Ziffern 8 ff.). Wesentliche Aussagen sind auch im Entwicklungsleitbild des Regierungsrats 2021–2030 niedergeschrieben und finden sich in den verschiedenen Themenbereichen wieder.

Übergeordnete Strategie GGpl 2030

Der Kanton gewährleistet ein bedarfsgerechtes, integriertes, digital-vernetztes, qualitativ hochstehendes und finanzierbares Gesundheitswesen über alle Altersgruppen hinweg. Er strebt innovative Lösungen an und verfolgt die Entwicklung von kantonalen und nationalen Gesundheitssystemen. Er optimiert seine Vorkehrungen laufend und passt sie den neuesten Erkenntnissen an. Dabei fördert er den Wettbewerb und die Transparenz unter den Leistungserbringern.

Der Kanton setzt sich für einen starken Gesundheitskanton Aargau ein. Zu diesem Zweck sorgt der Kanton für einen hohen Eigenversorgungsanteil an Gesundheitsleistungen. Dabei sollen diejenigen Leistungen im Kanton erbracht und bezogen werden, die in guter Qualität und wirtschaftlich erbracht werden können. Weiter unterstützt und ermöglicht der Kanton Kooperationen der Leistungserbringer innerhalb des Kantons und über die Kantonsgrenzen hinweg.

Die übergeordnete Strategie bildet den Handlungsrahmen für die Ziele und strategischen Ausrichtungen der jeweiligen Themenschwerpunkte. Die zentralen Kernpunkte bedarfsgerecht, integriert, digital-vernetzt, qualitativ hochstehend, innovativ und finanzierbar werden nachfolgend erläutert und teilweise unter der Ziffer 8 ff. nochmals aufgegriffen.

Die Versorgung soll **bedarfsgerecht** sein. Das bedeutet, dass jede Patientin oder jeder Patient genau diejenige Versorgung erhält, die sie oder er benötigt. Wenn eine Patientin oder ein Patient nicht spitalbedürftig ist, wird er oder sie ambulant versorgt und umgekehrt. Letztendlich geht es darum, dass die Patientin oder der Patient in den Mittelpunkt einer Behandlung rückt und eine Unter- beziehungsweise Überversorgung verhindert wird.

Eine stärkere **integrierte Zusammenarbeit**¹² im Gesundheitswesen verstärkt die Durchgängigkeit von Behandlungsprozessen. Die Schnittstellen können dadurch optimiert werden. Die ganzheitliche Sicht auf die Patientin oder den Patienten reduziert Unterbrüche im Patientenpfad (Abfolge medizinisch nacheinander folgender Behandlungen), ermöglicht bessere Behandlungsergebnisse sowie Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen. Ein wesentliches Mittel zur Förderung der Integration in der

¹² Integrierte Versorgung wird in der Regel gleichbedeutend mit "koordinierter" oder "vernetzter" Versorgung verwendet. Integrierte Versorgungsmodelle zeichnen sich durch eine strukturierte Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Fachbereiche über den ganzen Behandlungspfad aus (vgl. Ziffer 8.1).

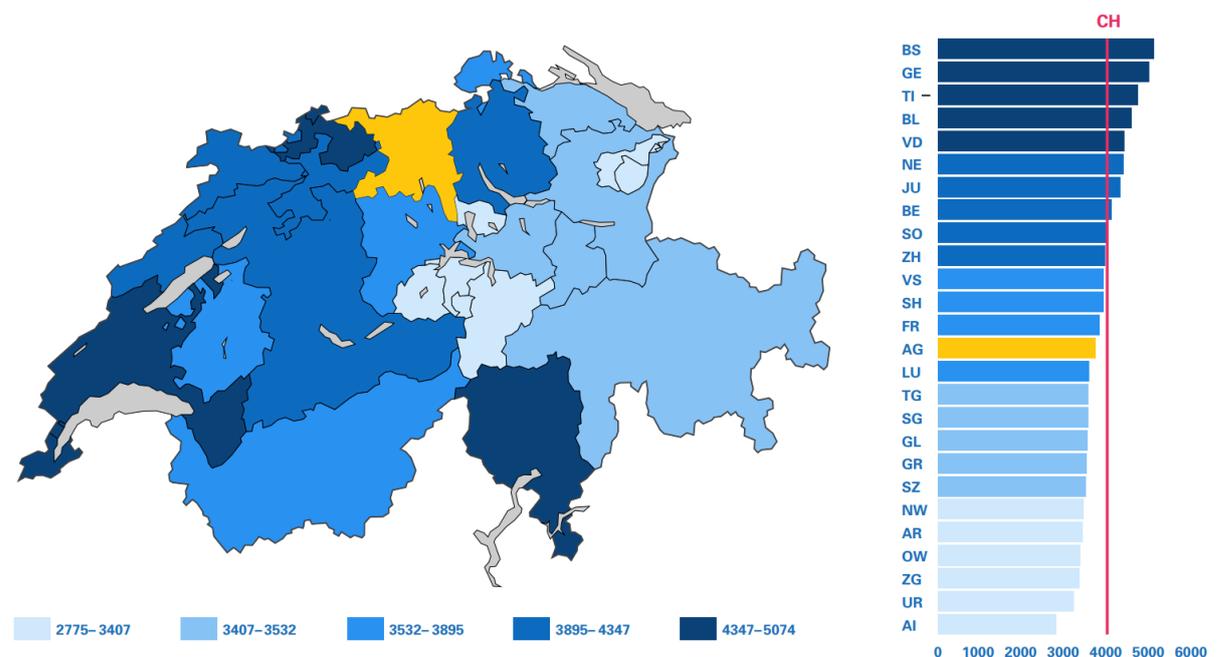
Versorgung sind **digitale Kommunikations- und Informationstechnologien**.

Sie unterstützen den Austausch und erleichtern den Zugang zu qualitativ hochstehenden Behandlungen und erhöhen die Patientenzufriedenheit. Dadurch wird eine effizientere Gesundheitsversorgung erreicht.

Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems verlangt nach einem differenzierten Umgang mit "**Qualität**". Die dadurch begünstigte ganzheitliche Sicht auf medizinische und pflegerische Behandlungen liefert wesentliche Anhaltspunkte für Verbesserungen und versachlicht die Diskussion rund um dessen Umsetzung.

Die **Kostenentwicklung** im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren hat gezeigt, dass bei der Weiterentwicklung der Gesundheitslandschaft auf die finanzielle Nachhaltigkeit für alle Finanzierer und die einzelnen Bürgerinnen und Bürger zu achten ist. Das Handeln des Kantons orientiert sich am Ziel, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die Aargauer Bevölkerung sicherzustellen und erkennbare Einsparpotenziale auszuschöpfen. Die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens lässt sich dabei durch die Entwicklung der Kosten und im Vergleich dieser zu anderen Kantonen beurteilen.

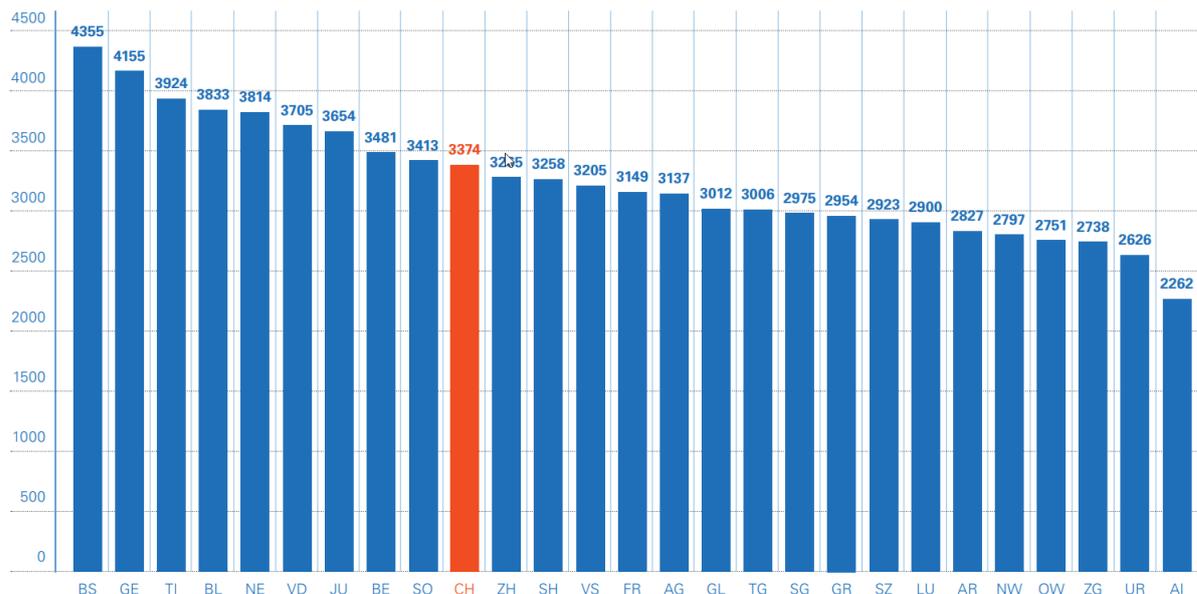
Abbildung 17: Grafische Darstellung der Bruttokosten OKP in Franken pro Person (in Quantilen) im Jahr 2020



Quelle: Obsan, 2022

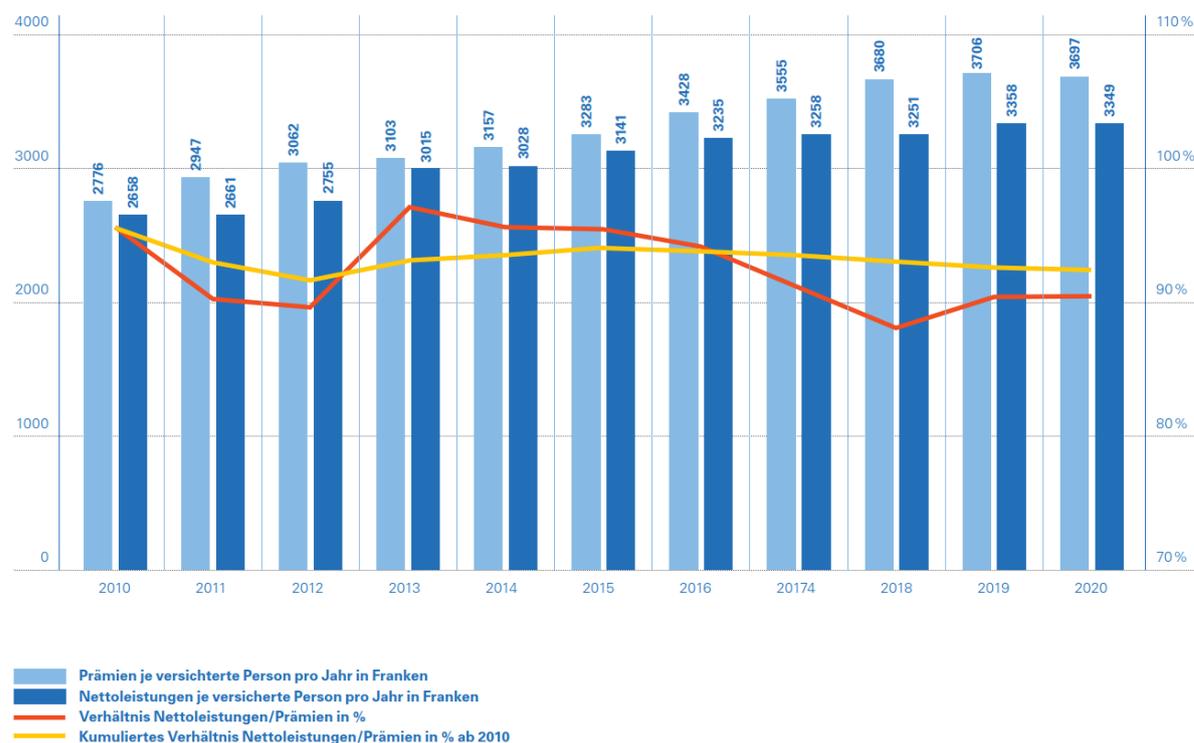
Bereits heute ist der Kanton Aargau als **Gesundheitskanton** gut aufgestellt: Im Vergleich zu anderen Kantonen erfolgt die Leistungserbringung über alle Leistungserbringer hinweg relativ kostengünstig, was sich in unterdurchschnittlich hohen OKP-Kosten pro versicherte Person und folglich in unterdurchschnittlich hohen Krankenkassenprämien niederschlägt.

Abbildung 18: Darstellung der Nettoleistungen OKP (BruttolLeistungen minus Kostenbeteiligung) in Franken pro versicherte Person im Jahr 2020



Quelle: Auswertung BAG anhand anonymisierter Individualdaten, 2021

Abbildung 19: Entwicklung der Nettoleistungen OKP und Prämien in Franken je versicherte Person im Kanton Aargau



Quelle: BAG, Portal Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2021

Die im interkantonalen Vergleich unterdurchschnittliche Kostenentwicklung soll auch in Zukunft so bleiben. Daher sind Leistungen, die innerhalb des Kantons wirtschaftlich und in guter Qualität erbracht werden können, zu stärken. Weiter sollen Kooperationen unter den Leistungserbringern, auch über die Kantonsgrenzen hinweg, durch die entsprechenden Rahmenbedingungen ermöglicht werden.

Im Kanton Aargau sollen wirksame und nachhaltige medizinische und technische **Innovationen** gefördert werden. Die Grundlage zur Förderung von Innovation stellt der Austausch unter den Leistungserbringern sowie zwischen dem Kanton und den Leistungserbringern dar. Mit der seit 1. Januar 2021 eingeführten Pilotnorm im GesG kann der Kanton die Leistungserbringer mit finanziellen Mitteln oder der Möglichkeit, von kantonalen Rechtsgrundlagen abzuweichen, unterstützen.

Der Kanton selber kann interkantonale Vereinbarungen eingehen, sofern diese das Ziel eines starken Gesundheitskantons Aargau nicht gefährden.

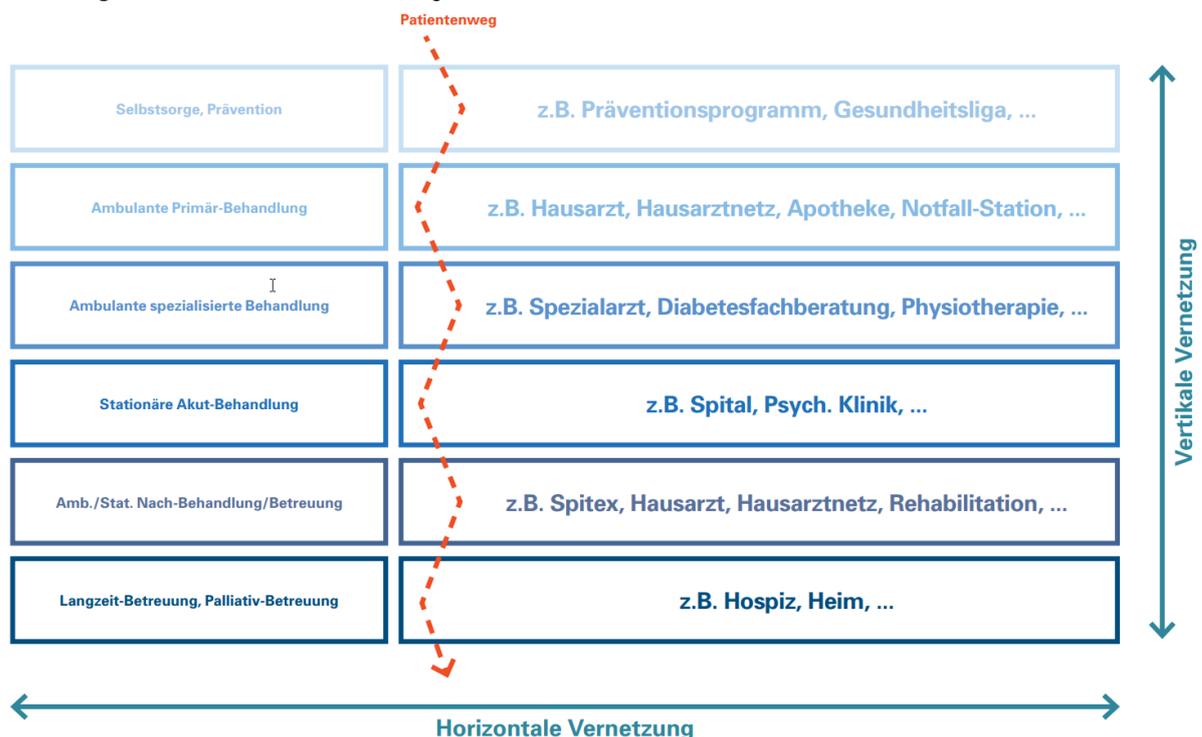
8. Strategien

8.1 Integrierte Versorgung (Querschnittsthema)

8.1.1 Handlungsbedarf

In Anbetracht der Megatrends im Gesundheitswesen wie etwa der Leistungsfragmentierung, der steigenden Kosten, der Überalterung der Bevölkerung oder der Zunahme chronischer Krankheiten und Mehrfacherkrankungen wird eine Stärkung der vertikalen und horizontalen Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und die Förderung der Durchgängigkeit im Behandlungsprozess immer bedeutender.

Abbildung 20: Horizontale und vertikale Integration



Quelle: Schweizer Forum für integrierte Versorgung, Trendszenarien integrierte Versorgung Schweiz, 2014

Überdiagnostik und Fehlbehandlungen als Folge mangelnder Koordination treiben die Gesundheitskosten in die Höhe und schaden der Qualität. Die ganzheitliche Sicht auf die Patientinnen und Patienten und eine fokussierte Patientenorientierung reduzieren Unterbrüche im Behandlungspfad – der Mensch rückt in den Mittelpunkt. Dies führt nicht nur zu qualitativ besseren Behandlungsergebnissen, sondern durch die steigende Effizienz auch zu Kosteneinsparungen – eine Win-win-Situation. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Entwicklung der integrierten Versorgung über die gesamte Gesundheitslandschaft vorangetrieben wird.

8.1.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 1

Sektorenübergreifende Versorgungs- und Kooperationsmodelle, die eine durchgängige, patientenorientierte Behandlung und Interprofessionalität innerhalb von Versorgungsregionen ermöglichen, die den Menschen in den Mittelpunkt stellen, sind breit etabliert.

Strategien

1.1

Der Kanton schafft förderliche Rahmenbedingungen für integrierte Versorgungs- und Kooperationsmodelle innerhalb von Versorgungsregionen.

1.2

Sektorenübergreifende Versorgungs- und Kooperationsmodelle, die auf Interprofessionalität basieren, stellen über die ganze Behandlungskette hinweg eine patientenorientierte Versorgung sicher, bei der der Mensch im Mittelpunkt steht.

1.3

Die Alters- und Pflegeversorgung erfolgt interdisziplinär und vernetzt innerhalb von Versorgungsregionen.

1.4

Durch ein gezieltes Case- und Austrittsmanagement ist die Nachversorgung nach einem Spitalaufenthalt sichergestellt.

1.5

Finanzielle Fehlanreize und regulatorische Hürden, die integrierten, durchgängigen Behandlungsprozessen im Wege stehen, werden reduziert.

8.1.3 Kommentar

Mit förderlichen Rahmenbedingungen sollen integrierte Versorgungs- und Kooperationsmodelle vorangetrieben werden. Zum Beispiel mit der seit dem 1. Januar 2022 geltenden Pilotnorm im GesG, die es dem Kanton ermöglicht, sich an Pilotprojekten zu beteiligen, wenn diese der Erzielung medizinischer, versorgungstechnischer oder wirtschaftlicher Verbesserung dienen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Unterstützung beim Aufbau übergeordneter Versorgungsstrukturen wie multiprofessionellen Gesundheitszentren oder interdisziplinären Regionalspitälern¹³.

Der Schlüssel zur integrierten Versorgung ist die gute Vernetzung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern. Es braucht Versorgungsnetzwerke, in denen sich Leistungserbringer zusammenschliessen und durch bessere Vernetzung und Koordination die Versorgungsqualität und Effizienz steigern. Dies wirkt sich schonend auf die personellen Ressourcen der Leistungserbringer aus und gewährleistet langfristig die regionale Versorgung, gerade im ambulanten Bereich und in der Langzeitversorgung.

Damit die integrierte Versorgung funktioniert, müssen bestehende Fehlanreize und regulatorische Hürden abgebaut werden. Zum Beispiel wird die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Spital- und Spitexversorgung dadurch gehemmt, dass unterschiedliche Finanzierer für die Leistungen aufkommen. Für die Spitalkosten kommt der Kanton und für die Pflegeleistungen kommen die Gemeinden auf. Würde die Finanzierung aus einer Hand erfolgen, könnte die Abrechnung in standardisierten Fällen über Komplexpauschalen erfolgen (vgl. Ziffern 6.3 und 8.8).

¹³ Für Erläuterung vgl. Ziffer 8.7.2.

8.2 eHealth (Querschnittsthema)

8.2.1 Handlungsbedarf

Für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, ist der Einsatz elektronischer Informations- und Kommunikationsmittel unabdingbar. Diese tragen dazu bei, dass sich das Schnittstellenmanagement zwischen den Leistungserbringern verbessert, die Versorgung qualitativ optimiert wird, die Effizienz steigt und die Kosten langfristig gesenkt werden können. Vor dem Hintergrund technischer Fortschritte ist es möglich, elektronische Hilfsmittel in den Behandlungsprozess und in das individuelle und eigenverantwortliche Gesundheitsverhalten einzubeziehen. Dies gilt es vermehrt nutzbar zu machen.

Bis heute konnte die elektronische Vernetzung unter den Leistungserbringern sowie entlang des Behandlungspfads nicht wie gewünscht verwirklicht werden. Die von den Leistungserbringern genannten Gründe sind mannigfaltig: mangelnde finanzielle Unterstützung von Seiten des Kantons, die fehlende Standardisierung der Kommunikationswege und -mittel, einseitige Verpflichtung an der Teilnahme am elektronischen Patientendossier (EPD), komplizierte Anbindung und Eröffnung des EPD sowie der geringe Nutzen sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die Nutzerinnen und Nutzer. Hinzu kommt das fehlende Vertrauen der Bevölkerung in elektronische Kommunikationsmittel.

Die Akteure im Gesundheitswesen sind sich zwar einig, dass die Zukunft in der Digitalisierung liegt; derzeit mangelt es jedoch an der Praktikabilität, Koordination und Finanzierung digitaler Lösungen.

8.2.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 2

Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen sind bei den Leistungserbringern und der Bevölkerung breit etabliert.

Strategien

2.1

Der Kanton fördert:

- die Integration und Digitalisierung des Datenaustausches im Gesundheitswesen,
 - die Bereitstellung einer digitalen Plattform für den Datenaustausch,
 - einen einfachen und verständlichen Zugang der Bevölkerung zu digitalen Gesundheitsdaten.
-

2.2

Die Bevölkerung wird befähigt im Umgang mit digitalen nutzerorientierten Technologien.

8.2.3 Kommentar

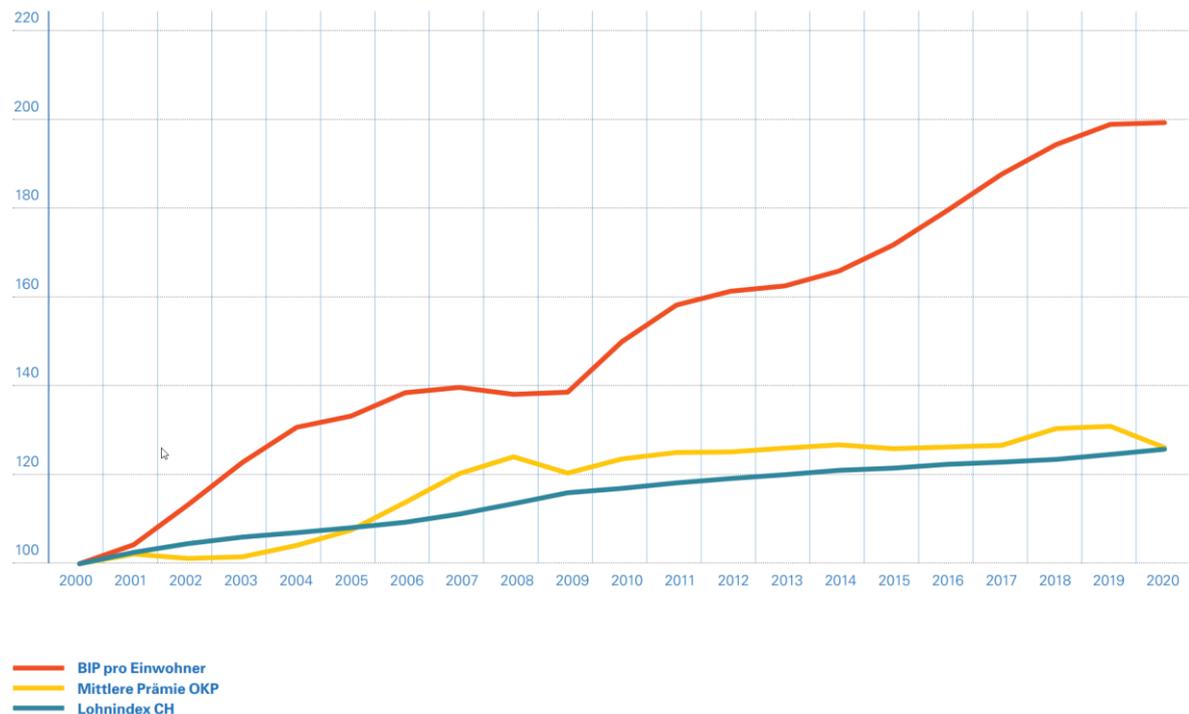
Die Bevölkerung wird befähigt, digital kompetent, verantwortungs- und risikobewusst mit digitalen Gesundheitsdaten umzugehen. Zu diesem Zweck wird zum Beispiel ein Kommunikationsplan in Zusammenarbeit mit der Stammgemeinschaft eHealth Aargau (SteHAG), Verbänden oder Leistungserbringern erarbeitet.

8.3 Massnahmen zur Kostendämpfung (Querschnittsthema)

8.3.1 Handlungsbedarf

Wie bereits einleitend aufgezeigt, sind die Gesundheitskosten aufgrund der Megatrends stetig am Steigen (vgl. Ziffer 4 und 5). Dabei nahmen die Kosten in den vergangenen Jahren stärker zu als die kantonale Wirtschaftsleistung:

Abbildung 21: Entwicklung von mittlerer Prämie der OKP, BIP pro Kopf und Lohnindex in der Schweiz 2000–2020



Quelle: BFS, BAG, SECO; Index 2000=100, 2021

Der Kanton hat in den letzten Jahren bereits Massnahmen ergriffen, um diesem Trend entgegenzuwirken. So wurde beispielsweise eine Pilotnorm eingeführt (vgl. Ziffer 8.1 und 8.3), Kriterien für einen Platz auf der Spitalliste wurden angepasst (keine mengenabhängigen Boni) oder Massnahmen zur Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wurden ergriffen. Damit die Gesundheitsversorgung auch künftig finanzierbar ist, müssen aber weitere kostendämpfende Massnahmen entlang der gesamten Versorgungskette etabliert werden. Die Herausforderung liegt darin, Massnahmen zu ergreifen, die im Einklang mit der Erreichung der übrigen Ziele der GGpl 2030 stehen. So darf es beispielsweise nicht geschehen, dass auf Kosten der Qualität gespart wird oder einzelne Altersgruppen besonders von den kostendämpfenden Massnahmen tangiert sind.

8.3.2 Verpflichtung des Kantons zur Beeinflussung der Gesundheitsausgaben

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

und solidaritätsorientierten Absichten andererseits auf. Im Bericht "Finanzierbare Aargauer Gesundheitspolitik" aus dem Jahr 2012 wurden Massnahmen priorisiert, die das Wachstum der Gesundheitskosten – soweit in der Kompetenz des Kantons liegend – bis 2025 dämpfen sollen. Mit dem Szenario A wurde eine Entwicklung der Gesundheitskosten angestrebt, welche die Erfüllung anderer Staatsausgaben nicht gefährdet.

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

Tabelle 16: Massnahmen aus dem Finanzierbarkeitsbericht

Priorisierte Massnahme	✓/X	Beurteilung aus aktueller Perspektive
Spitalmonitoring: Beobachten der Listenspitäler hinsichtlich der Aufgabenerfüllung in verschiedenen Dimensionen (Leistungsauftrag, Gesteuerungskosten, Qualität, finanzielle Aspekte)	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Vergabe von Leistungsaufträgen • Konsequente Vergabe von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) • Einführung eines Leistungsauftragscontrollings • Jährliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen • Benchmarking anhand der schweregradbereinigten Fallkosten
Analyse der Baserates und ihrer Veränderungen vor dem Hintergrund der Kostensituation	X	Relativierung: <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung der Baserate nicht zutreffend
Tarifgenehmigung auf der Basis von klaren Fakten	X	Relativierung: <ul style="list-style-type: none"> • Tariffestsetzung: Steuerungskompetenz vorhanden, aber begrenzt durch Rechtsgrundlagen und die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts • Tarifgenehmigung: Geringe Steuerungsmöglichkeiten des Kantons; Nichtgenehmigung seitens Kanton nur bei klarer Ermessensüberschreitung der Tarifparteien möglich
Durchsetzung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des Spitallistenverfahrens • Jährliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Tariffindung
Förderung der Konzentration von Leistungen über die Spitalliste (Mindestfallzahlen, Qualität und Wirtschaftlichkeit) und Optimierung der Spezialversorgung (inner- und interkantonal)	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Entsprechende Leistungsvergabe in letzter Version der Spitalliste erfolgt
Massnahme im Rahmen der Eigentümerstrategie für festgelegte Bereiche unter Beibehaltung der Qualität	✓	Laufende Umsetzung der Massnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Eigentümerrolle: Konsolidierung Eigentümerstrategie, Anwendung PCG-Richtlinien, Reporting und Controlling • Vereinbarung über Koordination, Konzentration und Synergienutzung

Förderung eines überkantonalen Preiswettbewerbs zwischen Leistungserbringern	X	<p>Relativierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preiswettbewerb aufgrund geringer Unterschiede zwischen Tarifen und grundsätzliche Bezahlung durch die Krankenversicherer nicht möglich
Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertragliche Einigung mit den Akutkliniken hinsichtlich Eingriffen, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden müssen Mitfinanzierung von ambulanten Angeboten zur Entlastung stationärer Strukturen (zum Beispiel in der Psychiatrie)
Laufende Anpassung der Psychiatrieversorgung	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Unterstützung intermediärer psychiatrischer Angebote Förderung neuer Angebote (zum Beispiel aufsuchende Angebote)
Sensibilisierung der aargauischen National- und Ständeräte	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Weiterführung bestehender Kontakte
Interventionen in der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Weiterführung der Mitarbeit in Arbeitsgruppen
Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für neue Lösungsansätze und implizite Konflikte (Leistungskonsum, Kostensensibilität)	✓	<p>Laufende Umsetzung der Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Schwerpunktprogramme im Bereich Gesundheitsförderung

8.3.3 Massnahmen zur Kostendämpfung

Die Kostendämpfung soll über zwei Wege erreicht werden, die teilweise fliessend ineinander übergehen. Zum einen sollen Massnahmen ergriffen werden, die explizit eine Kostendämpfung zum Ziel haben und zum andern sollen Massnahmen umgesetzt werden, die primär eine hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung zum Ziel haben und damit indirekt ebenfalls zur Kostendämpfung beitragen. Zur ersten Kategorie gehören Massnahmen wie Zielvorgaben für das OKP-Wachstum oder Mengenziele bei ausgewählten Eingriffen. Unter die zweite Kategorie fallen Massnahmen wie die Steigerung der Qualität oder die bedarfsgerechte Versorgung, durch die unnötige Kosten durch fehlerhafte oder unnötige Behandlungen bereits im Ansatz verhindert werden sollen. Bei diesen Massnahmen ist der kostendämpfende Effekt nicht direkt bezifferbar. Er wird sich aber mittel- bis langfristig als willkommener Nebeneffekt der ergriffenen Massnahmen herausstellen.

8.3.4 Strategische Ausrichtung

Ziel 3

Durch die Ein- und Weiterführung kostendämpfender Massnahmen bleibt das kantonale Gesundheitswesen finanzierbar.

Strategien

3.1

Mit vertraglich vereinbarten Leistungszielen oder Anreizen soll bei mengeninduzierten Eingriffen direkt auf die Kosten eingewirkt werden.

3.2

Die Planung der KVG-Zulassung für die Spitäler, Pflegeheime, Ärzteschaft, Spitex und weiterer ambulanter Gesundheitsversorger richtet sich konsequent am Bedarf aus.

3.3

Die indirekte Kostendämpfung wird durch eine integrierte, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgung erreicht.

8.3.5 Kommentar

Wie bereits unter dem Handlungsbedarf aufgezeigt, führen zwei Strategien zur Erreichung des Ziels, wobei einzelne Massnahmen nicht eindeutig der einen oder anderen Strategie zugeordnet werden können.

Die folgenden Massnahmen können beispielsweise durch den Kanton ergriffen werden und sollen unmittelbar zu einer Kostendämpfung führen:

- Leistungsvereinbarung mit den Leistungserbringern für Zielvorgaben des OKP-Wachstums
- Mengenziele bei einer nachgewiesenen Überversorgung für ausgewählte Eingriffe (ambulant vor stationär)
- Bonus-/Malus-System für akutsomatische Eingriffe, indem zusätzlich finanzielle Anreize zur Einhaltung der Mengenziele geschaffen werden

Mit einer bedarfsgerechten Spital- und Pflegeheimliste und der Festlegung von sachgerechten Höchstzahlen bei den Ärztinnen und Ärzten kann die Kostensteigerung aktiv gedämpft werden.

Nachfolgende Massnahmen führen indirekt zu einer Dämpfung des Kostenwachstums. Der Kanton kann günstige Rahmenbedingungen schaffen; die Massnahmen selbst müssen dann durch die Leistungserbringer ergriffen werden:

- Erweiterung von "ambulant vor stationär"
- Aufsuchende Angebote
- Konzentration der Angebote
- Steigerung der Qualität
- Bessere Vernetzung der Leistungserbringer/integrierte Versorgung
- Digitalisierung/eHealth

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheitsvorsorge
- Optimierung des Rettungswesens

Als Messgrößen, ob das Ziel der Finanzierbarkeit erreicht wird, dienen die Höhe der Krankenkassenprämien und der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit am Steuersubstrat.

8.3.6 Entwicklungen auf Bundesebene

Auf einen grossen Teil der (kantonalen) Gesundheitskosten kann der Kanton Aargau nur bedingt Einfluss nehmen. Die Verantwortung dafür liegt auf Bundesebene. Dies ist insbesondere im Anwendungsbereich des KVG der Fall, wo die Kantone nur noch über eingeschränkte Handlungsspielräume verfügen. Darum ist es zu begrüssen, dass auch auf Bundesebene zurzeit zahlreiche Massnahmen am Laufen sind, die den steigenden Gesundheitskosten entgegenwirken sollen. Mitunter sind aktuell folgende Geschäfte hängig:

- Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Ein Teil der kostendämpfenden Massnahmen wurde vom Parlament angenommen und wird seit dem 1. Januar 2022 umgesetzt oder muss noch auf Verordnungsstufe umgesetzt werden. Die weiteren kostendämpfenden Massnahmen werden voraussichtlich schrittweise eingeführt.
- Ebenfalls hängig ist die parlamentarische Initiative 09.528 Humbel "Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus", die eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen verlangt. Damit soll verhindert werden, dass die heute unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen zu Fehlansätzen führt.
- Der Bundesrat hat dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Auftrag erteilt, eine Vernehmlassungsvorlage auszuarbeiten, die das EPD zu einem Instrument der OKP macht. Damit würde dem Bund eine weitreichende Regelungskompetenz zukommen.
- Durch den Erlass des Bundesgesetzes über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit soll der Bundesrat ermächtigt werden, für die soziale Krankenversicherung und die Krankenzusatzversicherung die Punkte der Vereinbarung der Versicherer für verbindlich zu erklären, die unter anderem das Verbot der telefonischen Kaltakquise, die Ausbildung und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit betreffen. Zudem sieht der Gesetzesentwurf Sanktionen bei Nicht-Einhaltung der Vereinbarung vor.

8.4 Gesundheitsförderung und Prävention – nicht übertragbare Krankheiten

8.4.1 Handlungsbedarf

Mit der Verschiebung der Altersstruktur hin zu einer zunehmend älteren Bevölkerung steigt der Anteil der Personen mit chronischen Krankheiten an. Die Informationen über Gesundheit werden zahlreicher und erhalten mit dem Ausbau der individuellen Gesundheitskompetenz einen höheren Stellenwert.

Nicht übertragbare Krankheiten entstehen oftmals mit zeitlicher Verzögerung und sind daher frühzeitig zu vermeiden. Mit der Förderung eines gesunden und eigenverantwortlichen Lebensstils über alle

Altersgruppen lässt sich das Entstehen von nicht übertragbaren Krankheiten verhindern beziehungsweise verringern und damit werden Kosten gespart. Ein gesunder Lebensstil kann auch psychischen Erkrankungen vorbeugen, die von einer Vielzahl von Faktoren geprägt sind und bei allen Gesellschafts- und Altersgruppen vorkommen. Die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention liegt auf der Hand: Sie ist als Bestandteil des Aargauer Gesundheitssystems anzuerkennen und zu institutionalisieren. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter soll im Bewusstsein der Bevölkerung verankert sein und zu gesundheitslichem Handeln motivieren. Wichtig sind insbesondere die Stärkung der Eigenverantwortung der aargauischen Bevölkerung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie die Gestaltung der Rahmenbedingungen, die eigenverantwortliches Handeln ermöglichen.

8.4.2 Strategische Ausrichtung

Gesundheitsförderung

Ziel 4

Gesundheitsförderung und Prävention zur Verhinderung von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten sind über die gesamte Lebensspanne hinweg in der Bevölkerung verankert und als eigene Säule des Gesundheitssystems anerkannt.

Strategien

4.1

Der Kanton stärkt die Gesundheitskompetenzen seiner Bevölkerung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, sodass sie ihr Handeln eigenverantwortlich, kosten- und ressourcenbewusst sowie gesundheitsförderlich gestaltet. Ein besonderes Augenmerk wird auf belastete vulnerable Bevölkerungsgruppen gelegt.

4.2

Der Kanton strebt an, sich an der Gesundheitsförderung mit mindestens 0,25 % der Ausgaben für die Spitalfinanzierung gemäss KVG zu beteiligen; ohne Berücksichtigung der Bundesbeiträge.

4.3

Die Schwerpunktprogramme der Gesundheitsförderung orientieren sich an den Lebensabschnitten.

4.4

In der Schulgesundheit kommt den Schulärztinnen und -ärzten eine tragende Rolle zu. Sie sorgen zusammen mit den Kinderärztinnen und -ärzten für eine gesunde und vorsorgende Entwicklung der Schülerinnen und Schüler.

Prävention

Ziel 5

Prävention zur Verhinderung von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten ist über die gesamte Lebensspanne hinweg in der Bevölkerung verankert und als eigene Säule des Gesundheitssystems anerkannt.

Strategien

5.1

In der Prävention liegt der Fokus auf der Primärprävention. Daneben unterstützt der Kanton Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung.

8.4.3 Kommentar

Gesundheitsfördernde Massnahmen zielen darauf ab, mit der Gestaltung von geeigneten Rahmenbedingungen die Menschen zu gesundheitsbewusstem und gesundem Verhalten zu befähigen.

Der Kanton informiert und sensibilisiert die Aargauer Bevölkerung zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention. Er tut dies auf verschiedenen Ebenen, indem er Akteure zusammenbringt (Ebene Vernetzung), koordiniert und Angebote unterstützt (Ebene Massnahmen), die Bevölkerung informiert (Ebene Öffentlichkeitsarbeit) und Einfluss auf Rahmenbedingungen nimmt (Ebene Policy).

Der eigenverantwortliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit wird über Information und Sensibilisierung zu Themen der Gesundheit gestärkt. Die mündige Bürgerin und der mündige Bürger sollen Gesundheitsleistungen kostenbewusst und ergebnisorientiert konsumieren. Der elektronische Zugang zu den eigenen Gesundheitsdaten und der Krankengeschichte festigt ihre Gesundheitskompetenz und ihre Fähigkeiten im Gesundheitsmanagement (zum Beispiel über das EPD).

Die Schwerpunktprogramme des Kantons sollen sich an die Gesamtbevölkerung sowie an spezifische Gruppen über die gesamte Lebensspanne hinweg richten (frühe Kindheit [inkl. Schwangerschaft], Kinder/Jugendliche, junge Erwachsene und erwerbstätige Menschen, ältere Menschen). Die Programme werden dabei häufig durch Dritte, wie zum Beispiel durch die Mütter- und Väterberatung erbracht. Kostenfrei, niederschwellig und unverbindlich ermöglicht diese Beratung zu Entwicklung und Erziehung des Kleinkinds und erarbeitet mit den Eltern bedürfnisgerechte Lösungen und Strategien für den Familienalltag.

Die Themen Bewegung, Ernährung, betriebliche Gesundheitsförderung, psychische Gesundheit und sexuelle Gesundheit stehen dabei weiterhin im Fokus. Dafür wird in verschiedenen Lebensumfeldern (Settings) wie der Schule oder dem Betrieb gearbeitet.

Die Schulgesundheit ist ein wichtiger Hebel im Bereich der Primärprophylaxe. Sie birgt enormes Potenzial rund um die frühe Gesundheitsförderung und eine nachhaltige Gesundheit. Da sich aus verschiedenen Gründen immer weniger Kinderärztinnen und -ärzte bereit erklären, als Schulärztin oder -arzt zu amten, ist dieses Ziel gefährdet. Daher muss die Rolle der Schulärztin oder des Schularztes gestärkt, der Aufgabenbereich geschärft und die Tätigkeit angemessen entschädigt werden.

Die Prävention setzt ihren Schwerpunkt auf zielgerichtete Massnahmen, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. In der Prävention handelt der Kanton vorwiegend im Bereich der Primärprävention¹⁴, soll sich inskünftig aber vermehrt auch an Projekten zur Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) zur Früherkennung von Krankheiten beteiligen. Dazu gehören zum Beispiel präventive Mammographie- oder Darmkrebs-Screeningprogramme.

Für das Jahr 2022 wurden für die Gesundheitsförderung netto rund 1,9 Millionen Franken budgetiert. Demgegenüber betragen die budgetierten Ausgaben für die Spitalleistungskosten 727,7 Millionen Franken. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz beteiligt sich mit annähernd dem gleichen Betrag wie der Kanton, sodass brutto praktisch doppelt so viel Geld zur Verfügung steht. Die Netto-Ausgaben für die Gesundheitsförderung machen im nächsten Jahr voraussichtlich 0,26 % der gesamten kantonalen Ausgaben für die Spitalfinanzierung gemäss KVG aus.

¹⁴ Unter Primärprävention versteht man die Bekämpfung von Ursachen von Erkrankungen, bevor diese überhaupt entstehen. In der Sekundärprävention geht es darum, Krankheiten möglichst früh zu erkennen (zum Beispiel Brustkrebs).

8.5 Gesundheitsvorsorge – Prävention und Bekämpfung übertragbare Krankheiten

8.5.1 Handlungsbedarf

Die Gefährdung durch übertragbare Krankheiten konnte durch den Einsatz von Antibiotika und die Verabreichung von Impfungen über die Jahre gesenkt werden. Dennoch stellen neu auftretende infektiöse Krankheiten ein ernst zu nehmendes Risiko für die menschliche Gesundheit dar, insbesondere, weil sich übertragbare Krankheiten als Folge der Globalisierung schnell über den ganzen Erdball ausbreiten.

Die Covid-19-Pandemie hat die Bedeutung des Themas in den Vordergrund gerückt. Übertragbare Krankheiten können weitreichende, gesundheitliche Beeinträchtigungen und hohe volkswirtschaftliche Kosten nach sich ziehen. Zentral ist daher die Zusammenarbeit unter den Akteuren, von der Früherkennung bis hin zur Bekämpfung.

8.5.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 6

Übertragbare Krankheiten werden im Auftreten beziehungsweise in der Verbreitung eingedämmt. Der Kanton ist für den Fall einer Pandemie vorbereitet.

Strategien

6.1

Der Kanton ergreift Massnahmen und regelt die Zuständigkeiten zur Verhinderung des Auftretens respektive der Ausbreitung und der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten.

6.2

Der kantonale Pandemieplan soll unter anderem die Krisenorganisation innerhalb der kantonalen Verwaltung regeln, die Kompetenzen von Kanton und Leistungserbringern bestimmen und eine Eventualplanung für die Bekämpfung einer Epidemie beziehungsweise Pandemie festlegen.

6.3

Der breite Impfschutz und das Testen (regelmässige Checks, Screenings oder Messungen) der gesamten Bevölkerung werden im Sinne der Eigenverantwortung gefördert.

8.5.3 Kommentar

Der Kanton ist für den Vollzug des eidgenössischen Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012 zuständig. Er ist verpflichtet, die nötigen Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu treffen. Diese Massnahmen liegen in der Überwachung der übertragbaren Krankheiten, in der Untersuchung und in der Beratung. Dafür zieht der Kanton die niedergelassene Ärzteschaft, Spitäler und weitere Partner, wie etwa die Lungenliga, mit ein. Neben dem EpG dienen weitere Spezialgesetze wie zum Beispiel das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG) vom 20. Juni 2014 oder das eidgenössische Tierseuchengesetz (TSG) vom 1. Juli 1966 dem Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten.

Als Leitfaden und Eventualplanung zur Bewältigung einer Epidemie dient der kantonale Pandemieplan. Der Pandemieplan muss ausreichend Flexibilität und Handlungsspielraum bieten, um auf individuelle Ereignisse, die nach sachlichen Grundlagen festgelegt werden, adäquat zu reagieren. Der Pandemieplan soll unter anderem die Kompetenzen und Zuständigkeiten für die Krisenorganisation innerhalb der kantonalen Verwaltung regeln, Richtlinien hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen und

der Äufnung von Schutzmaterialien festlegen und die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen von Kanton und Leistungserbringern bestimmen. Die Anpassung des kantonalen Pandemieplans wird nach Genehmigung der GGpl 2030 an die Hand genommen.

Die vorgesehenen Massnahmen führen zu keinen direkten finanziellen, organisatorischen oder strukturellen Auswirkungen. Vielmehr ist es das Ziel, die Strukturen und organisatorischen Einheiten im Fall einer Pandemie schnellstmöglich zu schaffen und funktionsfähig zu sein.

Neben eines breiten Impfschutzes ist auch das regelmässige Testen (gängige Checks, Screenings oder Messungen) zwecks frühzeitiger Erkennung von Krankheiten wichtig. Damit wird an die Eigenverantwortung der Bevölkerung appelliert. Dazu gehören zum Beispiel Tests zur Messung des Blutdrucks, auf Humanes Immundefizienz Virus (HIV) oder eine Darmspiegelung.

8.6 Ambulante Versorgung

8.6.1 Abgrenzung

Die Spitäler beziehungsweise Spitalambulatorien, Tageskliniken und niedergelassene Leistungserbringer bieten ambulante Versorgung an. Das vorliegende Kapitel geht aber nicht speziell auf die einzelnen Leistungserbringerarten ein, sondern berücksichtigt, mit dem Fokus auf die ambulante Grundversorgung, allgemeine strategische Anliegen der ambulanten Versorgung. Separate, strategische Formulierungen erfolgen in den Kapiteln Spital- und Notfallversorgung (vgl. Ziffer 8.7), Langzeit- und Spitexversorgung (vgl. Ziffer 8.8), Sucht (vgl. Ziffer 8.11) und Fachkräfte (vgl. Ziffer 8.12). Auch eHealth (vgl. Ziffer 8.2) und integrierte Versorgung (vgl. Ziffer 8.1) tragen zu einer optimalen ambulanten Versorgung bei. Dadurch kommt es zu gewissen Überschneidungen.

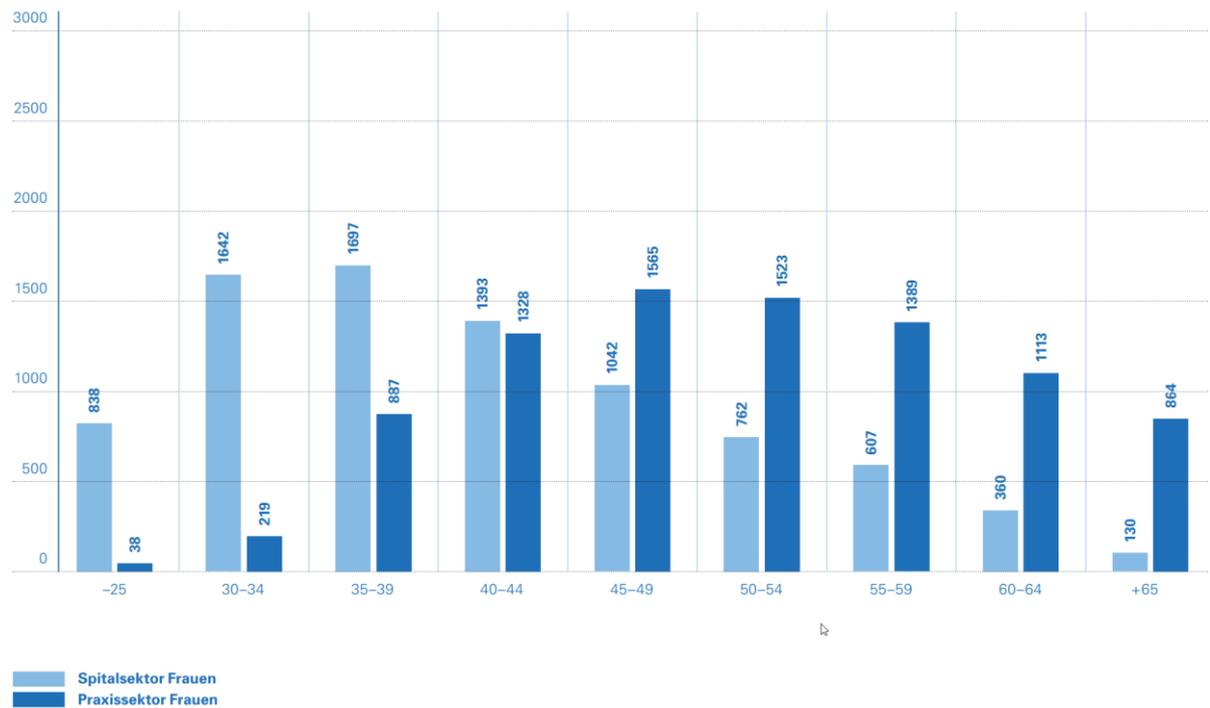
8.6.2 Handlungsbedarf

Der medizinisch-technische Fortschritt führt zu einer zunehmenden Erweiterung des ambulanten Leistungsspektrums (Ambulantisierung). Des Weiteren nimmt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zu, während sich das durchschnittliche Pensum durch eine Feminisierung des Berufs reduziert. Dazu kommt, dass die Bereitschaft sinkt, rund um die Uhr für die Patientinnen und Patienten verfügbar zu sein. Es wird vermehrt auf eine gute Work-Life-Balance geachtet und für den Notfalldienst lieber eine Ersatzabgabe gezahlt. Auch stirbt die klassische Hausarztpraxis immer mehr aus und wird, wenn überhaupt, durch Gruppenpraxen ersetzt. Aufgrund der unterdurchschnittlichen Hausärztedichte im Kanton Aargau (vgl. Gesundheitsversorgungsbericht Kanton Aargau 2020, Seite 7 ff.) haben immer weniger Bürgerinnen und Bürger eine Hausärztin oder einen Hausarzt, mit der Folge, dass sie im Notfall direkt die Notfallstation oder – sofern vorhanden – die vorgelagerte Notfallpraxis der Spitäler aufsuchen. Der Hausärztemangel führt zudem dazu, dass die hausärztliche Versorgung der Pflegeheime mangelhaft ist.

Als Konsequenz und begünstigt durch weitere Einflussfaktoren (Flexibilisierung der Öffnungszeiten und Arbeitsbedingungen, zunehmender Administrationsaufwand in Einzelpraxen, Digitalisierung) findet ein Wandel der ambulanten Versorgungsstrukturen statt.

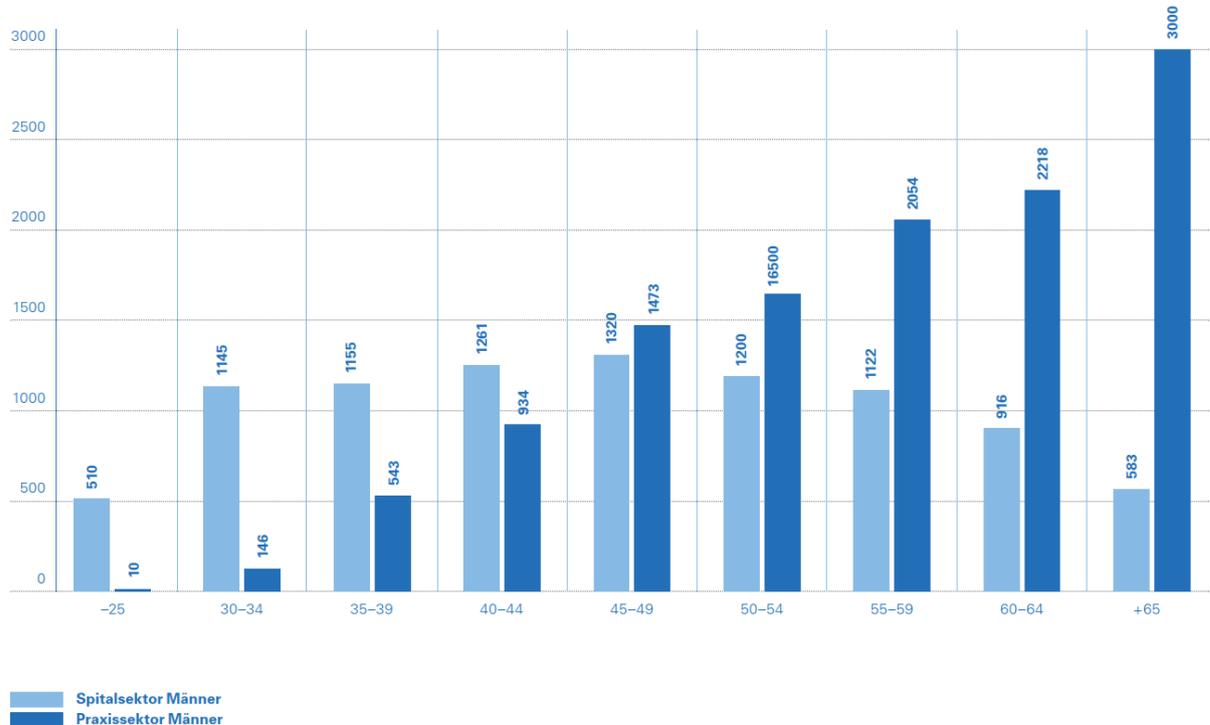
Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung im Kanton Aargau und der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Grundversorgung (Hausarztmedizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie), insbesondere in ländlichen Gebieten, besteht ein akuter Versorgungsengpass. Die untenstehenden Abbildungen veranschaulichen die Altersstruktur der Ärzteschaft im Spital- und Praxissektor. Besonders betroffen von der zunehmenden Personalknappheit sind die Grundversorger.

Abbildung 22: Altersstruktur der Frauen im Spital- und Praxissektor



Quelle: FMH-Ärztestatistik, 2020

Abbildung 23: Altersstruktur der Männer im Spital- und Praxissektor



Quelle: FMH-Ärztestatistik, 2020

Diese Tatsache wird auch gestützt von der nachfolgenden Statistik, welche die Ärztedichte der ambulanten Grundversorgung im Jahr 2020 darstellt. Im Vergleich zu den umliegenden Kantonen schneidet der Kanton Aargau mit seiner Ärztedichte eher schlecht ab. Besonders besorgniserregend gestaltet sich die Situation bei den Kinderpsychiatern und -psychiaterinnen.

Tabelle 17: Übersicht Ärztedichte pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Grundversorgung

	Hausärztinnen und Hausärzte	Psychiaterinnen und Psychiater	Kinderärztinnen und -ärzte (Bevölkerung 0–19 Jahre) ¹⁵	Kinderpsychiaterinnen und -psychiater (Bevölkerung 0–19 Jahre)	Taxpunkt-Wert in Franken
AG	0,63	0,22	0,53	0,15	0,89 prov.
BE	0,89	0,34	0,27	0,27	0,86
BL	0,89	0,35	0,92	0,45	0,91
BS	1,34	1,01	1,29	0,82	0,91
SO	0,76	0,20	0,46	0,21	0,85
ZH	0,82	0,44	0,71	0,36	0,89 prov.
CH	0,72	0,34	0,70	0,32	

Quelle: BFS, 2021

In der Folge muss die ambulante Versorgung mit einem entsprechenden Anreizsystem gefördert werden. Die Förderung ist in den Kontext der Veränderung von Behandlungsabläufen (zum Beispiel durch Telemedizin), der Einbindung neuer Berufe (zum Beispiel Pflegeexperten APN) in die ambulanten Behandlungsprozesse und die Etablierung von neuen Organisationsformen einzubetten.

8.6.3 Strategische Ausrichtung

Ziel 7

Multiprofessionelle Versorgungsstrukturen stellen regional die erweiterte medizinische Grundversorgung sicher und wirken damit aktiv einer Unterversorgung entgegen.

Strategie

7.1

Der Kanton unterstützt Massnahmen, die der Ambulantisierung und der Etablierung neuer Betriebs- und Organisationsformen dienen.

7.2

Der Kanton und die Gemeinden fördern durch zielgerichtete Anreize die Ansiedelung spezifischer Berufsgruppen (vgl. auch Ziffer 20.3) im Kanton Aargau.

¹⁵ Die Dichte wurde auf die Bevölkerung im Alter von 0–19 Jahren berechnet. Das gilt auch für die Berechnung der Dichte der Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychiater.

8.6.4 Kommentar

Zur Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung sind regionale, integrierte Versorgungs- und Kooperationsmodelle wichtig (vgl. Ziffer 8.1).

Die Stärkung ambulanter Strukturen wird zum Beispiel über vermehrt ambulant anstatt stationär durchgeführte Eingriffe in den Spitälern vorangetrieben. Zur Stärkung der ambulanten Versorgung gehört auch die Behebung von Fehlanreizen in der Finanzierung oder die finanzielle Unterstützung für die Nutzung von ambulanten Angeboten der Pflege (vgl. Ziffer 8.8).

Bereits bestehende Projekte zur Förderung von niedergelassenen Fachpersonen wie Hausärztinnen oder -ärzten werden weitergeführt und intensiviert (zum Beispiel Ausdehnung Praxisassistenten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, regionales Hausarztmentoring). Durch Anreize soll die Ansiedelung und Niederlassung von Berufsgruppen der Grundversorgung gefördert und langfristig sichergestellt werden. Das können zum Beispiel Anschubfinanzierungen, attraktive Rahmenbedingungen (tiefe Mietkosten oder gute Infrastruktur) oder die Sicherstellung des Notfalldienstes über ambulante Notfallzentren sein (vgl. Ziffer 8.7.5). Dadurch kann das Leistungsangebot zukünftig gewährleistet werden. Die Fördermassnahmen des Kantons führen insofern zu keiner Wettbewerbsverzerrung, als nur dort Massnahmen ergriffen werden, wo eine Unterversorgung besteht, also keine direkte Konkurrenz vorhanden ist.

Heute gängige Betriebs- und Organisationsformen sind Einzel- und vermehrt Gruppenpraxen unter fachlich Gleichgesinnten, die durch neue Versorgungsmodelle unter Einbezug der Gemeinden zu ergänzen sind (zum Beispiel über interdisziplinäre Zentren aus Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzten usw.). Im Rahmen von Pilotprojekten könnten neue Versorgungsmodelle etabliert werden. Die Förderung ist insbesondere auch im Kontext der Sicherstellung von regionalen ambulanten Versorgungs- und Notfallstrukturen zu stärken.

8.7 Spital- und Notfallversorgung

8.7.1 Allgemein

a) Handlungsbedarf

Die Spitalversorgung im Kanton Aargau funktioniert grundsätzlich gut und es besteht nur geringer Anpassungsbedarf, der vor allem die zukünftige Ausrichtung der Spitäler und die Nutzung von Synergiepotenzialen betrifft. Die Spitalkosten machen einen erheblichen Teil der Kosten des Gesundheitswesens aus.

Als Folge des stetigen medizinisch-technischen Fortschritts werden inskünftig immer mehr Spitalleistungen ambulant oder aufsuchend erbracht werden können. Gleichzeitig sollen die komplex-spezialisierten Leistungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualität vermehrt konzentriert an ausgewählten Standorten innerhalb des Kantons erbracht werden.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 8

Der Kanton verfügt über ein integriertes Leistungsangebot über alle Spitalversorgungsbereiche hinweg, das sich an der Qualität sowie an der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der einzelnen Angebote orientiert.

Strategie

8.1

Der Kanton sorgt für ein bedarfsgerechtes, integriertes, wirtschaftliches und zweckmässiges Spitalversorgungsleistungsangebot.

c) Kommentar

Es sollten über die drei Sparten Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation im ambulanten, im intermediären und im stationären Bereich bedarfsgerechte Angebote bestehen. Die Planung orientiert sich dabei am Bedarf, an der Qualität der Leistungserbringung sowie an der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der einzelnen Angebote.

Die Aargauer Spitäler arbeiten bereits heute im Rahmen von vertraglichen Kooperationen zusammen. Beispielsweise finden regelmässig Spezialsprechstunden in verschiedenen medizinischen Fachbereichen in Regionalspitälern statt, durchgeführt von Ärztinnen und Ärzten der Zentrumsspitäler. Auf diese Weise ist eine hohe Behandlungsqualität in den Regionalspitälern auch in spezialisierten medizinischen Bereichen gewährleistet. Ergibt sich ein Bedarf an spezialisierten stationären Leistungen, erfolgen diese in aller Regel im jeweiligen Zentrumsspital.

Viele Leistungsaufträge sehen eine Kooperation zwischen Regional- und Zentrumsspitälern vor – geeignete Leistungen können so teilweise durch eine entsprechende Kooperationsvereinbarung auch an Regionalspitälern angeboten werden. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens legen die Regionalspitäler dar, mit welchen Partnerspitälern sie für welche Leistungsgruppe kooperieren. Aus diesen Angaben erschliesst sich, dass zwischen Regional- und Zentrumsspitälern vielfältige Kooperationen bestehen. Die Koordination erfolgt dezentral zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Der Regierungsrat legt mit den Anforderungen der Spitalliste die Rahmenbedingungen fest.

8.7.2 Akutsomatik

a) Handlungsbedarf

Die Spezialisierung der Leistungserbringer ist in der Akutsomatik mit hohen Initial- und Anlagenutzungskosten verbunden, unabhängig davon, ob die Apparaturen stets ausgelastet sind oder nur gelegentlich zum Einsatz kommen.

Für den Kanton besteht die Herausforderung, der Bevölkerung einerseits ein möglichst attraktives und wohnortnahes Angebot zu bieten, aber andererseits die Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit der Leistungen im Auge zu behalten.

In der Tendenz werden aktuell an zu vielen Standorten komplex-spezialisierte und vor allem hochspezialisierte Leistungen erbracht. Die Fallzahlen an den einzelnen Standorten sind darum teilweise (zu) tief, was den Behandlungserfolg und die qualitative Erfüllung des Leistungsauftrags, gerade im hochspezialisierten Bereich, gefährdet.

In Zukunft soll die erweiterte ambulante und stationäre Grundversorgung weiterhin regional erbracht werden. Je komplexer die Fälle werden, desto konzentrierter sollen die Leistungen jedoch angeboten werden.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 9

Interdisziplinäre Regionalspitalzentren sorgen in Kooperation mit den Zentrumsspitalern für die stationäre Grundversorgung und die erweiterte ambulante Versorgung. Die Grundversorgung entspricht keinem statischen Spitalleistungsbereich, sondern entwickelt sich dynamisch aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts weiter und ist so ausgestaltet, dass ein nachhaltiges Fortkommen des Spitals bei wirtschaftlicher Leistungserbringung möglich ist.

Strategien

9.1

Regionalspitalzentren erbringen ein breites, interdisziplinäres, ambulantes Angebot an Leistungen.

9.2

Komplexe Fälle werden konzentriert an den Zentrumsstandorten in Aarau und Baden behandelt.

9.3

Damit der Bevölkerung auch weiterhin ein breites Spektrum an HSM-Leistungen im Kanton Aargau zur Verfügung steht, wird bei mengenkritischen Leistungen jeder Leistungsbereich der hochspezialisierten Medizin höchstens an einem Standort angeboten. Die im entsprechenden Fachgebiet tätigen Ärztinnen und Ärzte der anderen Spitäler können ihre Patientinnen und Patienten dort operieren.

9.4

Der Kanton stellt durch die Mitfinanzierung von versorgungsrelevanten Vorhalteleistungen die Spitalversorgung sicher.

c) Kommentar

Bei der stationären Grundversorgung handelt es sich um einen Begriff, der sich aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts laufend erweitert. Das Leistungsangebot der Regionalspitalzentren wird sich darum in Zukunft mindestens auf dem aktuellen Niveau halten oder sogar noch erweitern, weil auch in Zukunft heute noch komplexe Behandlungen einfacher und ressourcenschonender durchgeführt werden können. Diese Angebotserweiterung ist zum einen für das wirtschaftliche Überleben der Regionalspitalzentren notwendig und zum andern aus Sicht des Leistungsfinanzierers zu begrüßen, weil die Tarife der Regionalspitalzentren deutlich unter denjenigen der Zentrumsspitäler liegen.

Wichtig ist aber, dass komplex-spezialisierte und vor allem hochspezialisierte Leistungen nur zentral in den Zentrumsspitalern erbracht werden, weil nur dort eine entsprechende Konzentration des Fachwissens vorhanden ist und der hohe personelle und apparative Aufwand effizient genutzt werden kann. Möglich und im Sinne einer kostengünstigen Versorgung erwünscht sind aber Kooperationen zwischen den Regional- und den Zentrumsspitalern.

Neben den stationären Leistungen sollen die Regionalspitalzentren ein breites Angebot an ambulanten ärztlichen Leistungen erbringen, ergänzt durch Angebote aus der Psychiatrie oder der Rehabilitation, Ernährungsberatung, Physiotherapien, Hausarztpraxen, Apotheken usw. Eingebettet in ein diversifiziertes und wohnortnahes Angebot werden die Regionalspitäler auch in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung einnehmen.

Komplex-spezialisierte und vor allem hochspezialisierte Leistungen, die durch einen hohen personellen und technischen Aufwand und vergleichsweise geringe Fallzahlen gekennzeichnet sind (sogenannte mengenkritische Leistungen), sollen dagegen aus Effizienzgründen zentral erbracht werden. Dabei sollen insbesondere die Leistungsaufträge der hochspezialisierten Medizin nur von einem Leistungserbringer erbracht werden, um eine Erosion und unerwünschte Konkurrenzierung der kantonalen Leistungserbringer zu verhindern. Die Leistungsaufträge für die HSM werden nicht vom Kanton vergeben, sondern vom HSM-Beschlussorgan. Da es dem Kanton daher nicht möglich ist, auf die interkantonale HSM-Spittalliste Einfluss zu nehmen, erfolgt die Steuerung über die vier Mal jährlich stattfindenden Kooperationsgespräche des Gesundheitsdirektors mit den beiden Kantonsspitalern und der Klinik Hirslanden Aarau.

Mit Vorhalteleistungen sind GWL gemeint, welche die Spitäler im Auftrag des Kantons bereitstellen (müssen), unabhängig davon, ob sie tatsächlich in Anspruch genommen werden. Der Kanton entschädigt sie dafür situationsabhängig angemessen, sodass die Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt sind.

8.7.3 Psychiatrie

a) Handlungsbedarf

Bezüglich Infrastruktur ist der Kanton Aargau hinsichtlich stationären und ambulanten Versorgungsangeboten im Bereich der Psychiatrie räumlich gut aufgestellt. Die finanzielle Unterstützung von intermediären psychiatrischen Angeboten durch den Kanton ist enorm wichtig und ermöglicht es den Betroffenen, mit möglichst wenigen Einschränkungen ihre normale Lebensgestaltung weiterzuführen, oftmals auch ihre Arbeitsstelle zu behalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dadurch können die negativen Folgen einer wochen- oder monatelangen Hospitalisierung vermieden werden. Die Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten wird dadurch indirekt weiter vorangetrieben. Einerseits, weil die schnelle Reintegration in den Alltag dazu führt, dass sich die Einstellung von Arbeitgebern gegenüber psychischen Krankheiten verbessert. Andererseits impliziert die finanzielle Unterstützung, dass es sich dabei um eine "richtige und anerkannte" Krankheit handelt.

Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die vom Behandlungssetting zudem überwiegend ambulant ausgerichtet ist, bestehen grössere Versorgungsengpässe. Es fehlen Behandlungsangebote, insbesondere für Kinder und jüngere Jugendliche, da in diesem Alterssegment die PDAG die einzige Anbieterin ist und den vorhandenen Bedarf bei weitem nicht abdecken kann. Dementsprechend kommt es zu monatelangen Wartezeiten (bei spezialisierten Abklärungen, zum Beispiel für eine Autismusspektrum-Diagnostik, beträgt die Mindestwartezeit zwei Jahre). Diese Engpässe und Wartezeiten wirken sich auch auf angrenzende Bereiche aus, wie beispielsweise auf den Schulpsychologischen Dienst des Departements Bildung, Kultur und Sport. Sie belasten die Schulen vor Ort und können zu vermeidbaren stationären Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Sonderschulen, Heime und Werkstätten führen.

Eine fachgerechte Diagnosestellung und zeitnahe Behandlung allfälliger psychischer Erkrankungen ist heute nicht gewährleistet, insbesondere in Krisensituationen oder bei psychischen Entwicklungsstörungen. Jugendliche ab 16 Jahren können auch in den Kliniken der Klinik Barmelweid AG, der Klinik Im Hasel AG oder der entero Stiftung behandelt werden.

Weiter bestehen Versorgungsengpässe in den Bereichen der schweren Essstörungen und dem Autismus. Es fehlt aber auch ein Leistungsangebot im Bereich der Transitionspsychiatrie und eine psychosomatische Klinik. Zum Teil können Angebote nicht genutzt werden, da die Krankenversicherer die Kosten nicht übernehmen (zum Beispiel spezialisierte Autismus-Angebote). Ausserdem fehlen

Anschluss- und Alternativbehandlungen, was teilweise auf fehlendes Fachpersonal zurückzuführen ist (zum Beispiel Ergotherapeutinnen und -therapeuten). Dadurch ist die Kontinuität der Langzeitbetreuung aktuell nicht gegeben.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 10

Die psychiatrische Grund-, Spezial- und Notfallversorgung ist für alle Anspruchsgruppen in allen Regionen sichergestellt.

Strategien

10.1

Zur Vermeidung einer Unterversorgung schafft der Kanton die Rahmenbedingungen für innovative und mehrstufige Versorgungsmodelle sowie interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen.

10.2

Der Kanton stellt durch eine angemessene Mitfinanzierung von intermediären psychiatrischen Leistungen eine bedarfsorientierte psychiatrische Versorgung sicher.

10.3

Bestehende sowie neue inner- oder ausserkantonale Anbieter der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau werden vom Kanton unterstützt.

c) Kommentar

Die psychiatrische und psychosomatische Notfallversorgung kann über Notfallzentren sichergestellt werden, die den Patientinnen und Patienten und Zuweisenden 24 Stunden am Tag zur Verfügung stehen. Durch die Notfallzentren erfolgt die Erstuntersuchung und Triage der Patientinnen und Patienten, mit dem Ziel, rasch ein optimales Behandlungssetting zu finden.

Die Unterversorgung soll primär durch die Erweiterung des Angebots mittels neuer Standorte und Angebote bestehender stationärer und ambulanter Leistungserbringer behoben werden. Daneben soll der Kanton Rahmenbedingungen schaffen, die innovative und mehrstufige Versorgungsmodelle und interdisziplinäre Zusammenarbeitsformen (zum Beispiel zwischen Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Ernährungsberaterinnen und -beratern) fördern und ermöglichen, dass dem medizinischen Bedarf und den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Betroffenen angemessen Rechnung getragen werden kann. Dies betrifft beispielsweise die Erteilung einer Bewilligung beziehungsweise OKP-Zulassung für entsprechende Angebote oder deren Finanzierung. Dazu ist die kantonale Gesetzgebung punktuell anzupassen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre es wünschenswert, wenn – neben der PDAG – weitere Anbieter in diesem Bereich tätig würden, auch wenn der in diesem Bereich besonders ausgeprägte Fachkräftemangel zusätzlich den Aufbau entsprechender Angebote erschwert.

Gewisse Angebote im Schnittbereich zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich sind aufgrund der vom Bund vorgegebenen Finanzierung aktuell von den Leistungserbringern nicht kostendeckend erbringbar. Der Kanton soll diese Angebote deshalb sicherstellen, indem er sie angemessen mitfinanziert. Gerade wenn dadurch stationäre Behandlungen verhindert werden können, die vom Kanton zu 55 % mitfinanziert werden müssen, kann sich dies auch finanziell positiv auf den Kanton auswirken.

Die Unterstützung der inner- und ausserkantonalen Anbieter der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll mitunter durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die Sicherstellung von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, finanzielle Anreize oder die Mitfinanzierung von intermediären Angeboten geschehen. Beispielsweise kann sich der Kanton offen für die Aufnahme von neuen inner- und ausserkantonalen Anbietern auf die Spitalliste Psychiatrie oder neue intermediäre Angebote zeigen.

8.7.4 Rehabilitation

a) Handlungsbedarf

Rehabilitation ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die oft die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen und Logopäden und anderen Spezialisten erfordert. Zusätzlich zur medizinischen Betreuung werden die Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen auch im Hinblick auf die spätere Eigenversorgung beraten, zum Beispiel durch Ausprobieren und Verordnung von medizinischen Hilfsmitteln, Schulung zur Selbsthilfe oder auch Selbstkontrolle bestimmter Parameter. Bei berufstätigen Patientinnen und Patienten gilt es, die sozialmedizinische Situation zu beurteilen und bedarfsweise Hilfen für die weitere Berufstätigkeit zu planen. Bei der geriatrischen Rehabilitation steht dagegen eher der Erhalt grösstmöglicher Selbstständigkeit und das Vermeiden von Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Es wird zwischen der stationären, der teilstationären und der ambulanten Rehabilitation unterschieden.

Bereits seit vielen Jahrzehnten wird im Kanton Aargau ein breites Spektrum an Rehabilitations-Leistungen angeboten, was sich in einer hohen Anzahl von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Um diese Stellung als "Rehabilitations-Kanton" zu wahren, ist es wichtig, den Patientinnen und Patienten auch weiterhin über sämtliche Lebensabschnitte hinweg ein passendes Leistungsangebot zu bieten.

Zusätzlich ist auch im Bereich der Rehabilitation eine erhöhte Spezialisierung der einzelnen Leistungserbringer gefragt. Die kantonalen Leistungserbringer haben dieser Entwicklung angemessen Rechnung zu tragen und sich entweder als Grundversorger zu etablieren oder sich zusätzlich in gewissen Bereichen als Spezialisten zu positionieren.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 11

Der Kanton Aargau ist in der Schweiz als "Rehabilitations-Kanton" mit interkantonomer Ausstrahlung und einem vollständigen, das ganze Leistungsspektrum umfassenden Rehabilitations-Angebot positioniert.

Strategie

11.1

Die Spitalliste wird so ausgestaltet, dass einerseits ein attraktives Angebot für die inner- und ausserkantonale Bevölkerung und andererseits ein ausgewogenes Verhältnis zwischen eigenständigen und in Akutspitälern integrierten Rehabilitationskliniken besteht.

c) Kommentar

Der Kanton Aargau ist der "Rehabilitations-Kanton" mit einem entsprechend hohen positiven Patientensaldo. Durch die nachfrageorientierte Schaffung von zusätzlichen ambulanten und aufsuchenden

Angeboten steigern die kantonalen Leistungserbringer ihre Attraktivität für die Bevölkerung und können sich im schweizweiten Wettbewerb erfolgreich positionieren.

In Zukunft braucht es mehr Rehabilitationskliniken, die an Akutspitälern angeschlossen sind. Das ist heute beim Standort der Stiftung "aarReha Schinznach", der auf dem Gelände des Spitals Zofingen liegt, bereits der Fall. Die Nähe zum Akutspital ist zum Beispiel im Bereich der Geriatrie sehr wertvoll.

8.7.5 Hausärztliche Notfallversorgung

a) Handlungsbedarf

Ziel der hausärztlichen Notfallversorgung ist es, Personen in Notsituationen jederzeit ärztliche Notfallbehandlungen zukommen zu lassen, insbesondere bei Fehlen einer Hausärztin oder eines Hausarztes. Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Leistungserbringer und Betriebe (ohne Spitäler) unterliegt primär dem Prinzip von Angebot und Nachfrage und der Kanton unterstützt Massnahmen zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden, wirtschaftlichen ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Altersstruktur der Hausärztinnen und -ärzte hat sich im Kanton Aargau ein Versorgungsengpass manifestiert. Die Versorgungsdichte des ambulanten Bereichs ist im Kanton Aargau im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittlich. Aktuell zeigt sich für den Kanton Aargau bis ins Jahr 2030 ein zusätzlicher Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten im Umfang von rund 65 VZÄ (vgl. Ziffer 8.6).

Aktuell stützt sich die ambulante Notfallversorgung auf den vom Aargauer Ärzteverband (AAV) organisierten ärztlichen Notfalldienst, die ebenfalls durch den AAV zusätzlich eingeführte kostenpflichtige ärztliche Notrufnummer sowie die Dienstleistungen einer privaten Organisation, die seit der Abschaffung des Amtsarztssystems im Kanton gewisse Aufgaben übernimmt. Dem AAV wurde die Aufgabe übertragen, den ambulanten Notfalldienst durch die Ärzteschaft zu gewährleisten. Dieser betreibt heute mit elf Notfallrayons den ärztlichen Notfalldienst (NFD) im Kanton Aargau, wobei der Betrieb regional unterschiedlich organisiert ist.

Die unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im ambulanten ärztlichen Gebiet und die gesunkene Bereitschaft zur Notfalldienstleistung durch jüngere Ärztinnen und Ärzte führen mittelfristig zu einem Versorgungsengpass der Bevölkerung. Die unsichere Situation im Bereich ehemaliger amtsärztlicher Tätigkeiten stellt weiteren, dringlichen Handlungsbedarf dar.

Die hausärztliche Notfallversorgung soll in Zukunft über die niedergelassene Ärzteschaft beziehungsweise ambulante ärztliche Einrichtungen sowie akutsomatische Spitäler, die vorgelagerte hausärztliche Notfallpraxen führen, sichergestellt werden. Dabei sollen Synergien genutzt und gesundheitsbehördliche Aufgaben zusammen mit Dritten erfüllt oder auf Dritte übertragen werden.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 12

Der hausärztliche Notfalldienst und die Erfüllung der gesundheitsbehördlichen Aufgaben sind sichergestellt.

Strategien

12.1

Akutsomatische Spitäler führen den Notfallstationen vorgelagerte Notfallzentren und übernehmen hausärztliche Aufgaben. Die psychiatrische Notfallversorgung wird im Notfallzentrum der PDAG sichergestellt.

12.2

Die Notfallzentren stellen in Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft und weiteren Dritten den ärztlichen Notfalldienst sicher.

12.3

Vom Kanton zu bestimmende Notfallzentren nehmen in Zusammenarbeit mit Anbietern ambulanter ärztlicher Leistungen einen Teil der gesundheitsbehördlichen Aufgaben wahr. Der Kanton stellt durch eine angemessene Finanzierung eine kostendeckende Leistungserbringung sicher.

c) Kommentar

Dank der neuen Gliederung der Notfallversorgung wird flächendeckend und bedarfsgerecht ärztliche Behandlungsmöglichkeit sichergestellt. Hausärztliche Notfallpraxen an Akutspitalern, die vom Spital selbstständig oder in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten respektive ambulanten ärztlichen Einrichtungen betrieben werden, ermöglichen Patientinnen und Patienten einen unkomplizierten und barrierefreien Zugang zu ärztlichen Leistungen, die bei Notwendigkeit durch das akutsomatische Spital weitergeführt werden. Kosten generierende Doppeluntersuchungen entfallen und die Behandlung erfolgt aus einer Hand. Nicht tangiert von den Notfallzentren an den Spitälern sind die Notfallstationen im Rahmen eines Spitalistenauftrags. Diese müssen im bisherigen Rahmen sichergestellt werden.

Gesundheitsbehördliche Aufgaben können zweckmässig durch grosse Notfallzentren, die vom Kanton bestimmt werden, in Zusammenarbeit mit Anbietern ambulanter ärztlicher Leistungen oder ganz durch diese erfüllt werden. Damit die Leistungen kostendeckend erfüllt werden können, kommt der Kanton für allfällige Finanzierungslücken auf.

8.8 Langzeit- und Spitexversorgung

8.8.1 Regional integrierte Versorgung; Versorgungsregionen

a) Handlungsbedarf

Der Pflege- und Betreuungsbedarf steigt im Kanton Aargau aufgrund der demografischen Entwicklung und Überalterung der Gesellschaft an. Chronische Krankheiten und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Eine geplante und koordinierte Zusammenarbeit aller Versorgungspartner ist daher zentral. Nur dadurch wird erreicht, dass Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und qualitativ hochstehend betreut werden. Ohne den Einbezug und die aktive Kooperation von Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen und den Leistungserbringern ist die Versorgung weder nachhaltig noch wirksam. Damit die Angebote aufeinander abgestimmt und die Schnittstellen zwischen den unter-

schiedlichen Behandlungspfaden und Versorgungspartnern optimiert werden, braucht es einen übergeordneten Blick über die gesamte Versorgung hinweg. Dies kann zum Beispiel über den Zusammenschluss der Gemeinden zu Versorgungsregionen erreicht werden.

Wichtige Versorgungspartner in der Pflege sind Angehörige und Freiwillige. Rund ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung in der Schweiz engagiert sich heute freiwillig über eine Organisation oder als Privatperson. Die Freiwilligenarbeit wird unentgeltlich geleistet oder geringfügig entlohnt. Sie ergänzt und unterstützt die bezahlte Arbeit, tritt aber nicht mit ihr in Konkurrenz. Die Freiwilligen- und Angehörigenarbeit sollte daher über Anreize gestärkt und weiterhin attraktiv bleiben.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 13

Versorgungsregionen garantieren den Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet qualifizierte Beratungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote – unter Einbezug von Freiwilligen und Angehörigen.

Strategien

13.1

Die Gemeinden bilden für die Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet Versorgungsregionen zur Sicherstellung einer sachgerechten Beratung und Betreuung sowie einer wirtschaftlichen Langzeit- und Spitexversorgung. Der Kanton schafft die notwendigen Rahmenbedingungen, die modulare und flexible Lösungen ermöglichen.

13.2

Die Freiwilligenarbeit wird anerkannt und gefördert. In Zusammenarbeit mit den Gemeinden werden die nötigen finanziellen und organisatorischen Anreize durch den Kanton geschaffen.

13.3

Für pflegende Angehörige ist für die Grundpflege eine Anstellung bei einer Spitex-Organisation möglich.

c) Kommentar

Die Gemeinden sollen den Menschen im entsprechenden Einzugsgebiet qualifizierte Angebote im Bereich der Beratung, Betreuung sowie der Langzeit- und Spitexversorgung garantieren. Dazu bilden sie Versorgungsregionen. Die Versorgungsregionen sollten sich in einer eigenständigen Struktur organisieren, zum Beispiel als Verein, der von den Trägergemeinden oder allenfalls den Leistungserbringern finanziert wird. Die organisatorische Verselbstständigung und Spezialisierung führen zur Professionalisierung der Versorgungstätigkeiten; Synergien und Fachwissen können besser genutzt werden.

Im Bereich der Grund- und Spezialversorgung ermöglichen die Versorgungsregionen eine übergeordnete, nicht an den Gemeindegrenzen endende koordinierte Versorgungsperspektive, die sich an den Patientenströmen und der Bevölkerungsstruktur ausrichtet. Die Versorgungsregionen sollen die heute für die Planung verantwortlichen Replas ersetzen, denen häufig für die Planungsaufgaben zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen. Sodann sind die Gebiete der Replas oft nicht deckungsgleich mit den aus Versorgungssicht zweckmässigen Gebieten. Hinzu kommt, dass sich der Inhalt der Planung grundlegend verändern wird.

Die zukünftige Planung der Versorgungsregionen wird sich auf das kantonale Pflegeheimlistenverfahren und die Vergabe der Leistungsaufträge für die Grund- und Zusatzleistungen ausrichten. Dazu gilt es, die Pflegeheime innerhalb der Versorgungsregion wirtschaftlich, qualitativ hochstehend und

bedarfsgerecht gemäss dem übergeordneten kantonalen Planungsbericht aufzustellen, unter Einbezug der ambulanten Möglichkeiten. Die kantonalen Rahmenbedingungen sollen so ausgestaltet sein, dass modulare und flexible Lösungen – innerhalb der rechtlichen Anforderungen – möglich sind.

Die Anzahl, die Grösse und die Organisation der Versorgungsregionen soll den Gemeinden überlassen werden. Wichtig ist, dass die neuen Versorgungsregionen auf Initiative der Gemeinden entstehen, indem sich passende Gemeinden bewusst zusammenschliessen mit dem Ziel, das Pflegeheimlistenverfahren für ihre Gemeinden gemeinsam zu bewältigen.

Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Bereich Langzeit und Spitex zählen nicht nur die eigentlichen Pflegeleistungen, sondern auch weitere Angebote wie Mahlzeiten- und Fahrdienst, Freiwilligenarbeit sowie Anlauf- und Beratungsstellen¹⁶.

Freiwilligen- und Angehörigenarbeit soll möglichst flächendeckend und koordiniert angeboten werden. Leistungen werden über eine geeignete Plattform, die der Kanton mitfinanziert, der Bevölkerung zugänglich gemacht und bestehende Angebote erweitert. Der Aufbau von kantonsweiter Freiwilligen- und Angehörigenarbeit berücksichtigt bereits bestehende Strukturen und legt den Fokus insbesondere auf Koordination, Qualitätssicherung und Patientenschutz.

Der Kanton macht möglich, dass pflegende Angehörige, die oftmals ihre Berufstätigkeit reduzieren oder gar ganz aufgeben, eine Anstellung bei einer Spitex-Organisation im Bereich der Grundpflege, beschränkt auf die Pflege der/des Angehörigen, erhalten können. Heute ist das ohne entsprechende Ausbildung nicht möglich, was dazu führt, dass die pflegenden Angehörigen zwar die Hauptlast tragen, aber weder eine Entschädigung für ihre Tätigkeit erhalten noch sozialversicherungsrechtlich abgesichert sind. Durch die Anstellung der pflegenden Angehörigen kommt es zu keiner Kostensteigerung für den Kanton, da dieser Teil des von der Spitex-Organisation zu erfüllenden Stellenplans ist. Wie viele Personen aktuell Anspruch auf eine Entschädigung hätten, lässt sich zurzeit noch nicht abschätzen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die (hoch-)qualifizierten Fachkräfte wieder vermehrt für komplexere Aufgaben eingesetzt werden können, was zu einer bedarfsgerechteren Versorgung führen wird.

Für eine mögliche Anstellung sollen strenge Kriterien gelten. So sollen nur enge Angehörige angestellt werden, die auch die nötige Zeit haben und die körperlichen Voraussetzungen für die Pflege mitbringen. Abhängig vom Pflegebedarf sollen die Angehörigen nur eine maximale Anzahl an Stunden vergütet erhalten. Die pflegenden Angehörigen leisten die Stunden anhand eines von einer diplomierten Pflegefachperson oder von einer Hausärztin oder einem Hausarzt aufgestellten Pflegeplans. Schliesslich sollen sie nur Massnahmen der Grundpflege (vgl. dazu Art. 7 Abs. 2 KLV) durchführen.

8.8.2 Förderung ambulanter Strukturen

a) Handlungsbedarf

Ältere Menschen bleiben heute länger gesund und haben die Erwartung, dass ambulante Pflege- und Betreuungsangebote bestehen, um auch im Alter selbstbestimmt zu leben. Damit sind in der Pflegeversorgung angebotsseitig eine Zunahme und eine Verschiebung von stationären hin zu intermediären und ambulanten Angeboten spürbar. Diese Verschiebung ist nicht nur vor dem Hintergrund

¹⁶ Anlauf- und Beratungsstellen werden unter der Ziffer 8.17 detaillierter erklärt. Sie dienen als Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, Angehörige oder Leistungserbringer und sollen gewährleisten, dass die Patientin/der Patient die für sie/ihn passende Behandlung oder Betreuung erhält.

der Patientinnen- und Patientenbedürfnisse, sondern auch vor jenem der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wünschenswert. Die Förderung ambulanter Strukturen soll über finanzielle Anreize und der Behebung von Fehlanreizen (zum Beispiel beim betreuten Wohnen) gestärkt werden.

b) Strategische Ausrichtung

Ziel 14

Der Kanton sorgt dafür, dass selbstbestimmtes Wohnen umgesetzt wird und pflegebedürftige Personen möglichst lange zu Hause bleiben und nach einem Spitalaufenthalt früh wieder nach Hause zurückkehren können.

Strategien

14.1

Die Akut- und Übergangspflege wird durch eine zusätzliche kantonale Anschlusslösung von zwei auf vier Wochen verlängert.

14.2

Der Kanton schafft den rechtlichen Rahmen, damit pflegebedürftige Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen möglichst selbstbestimmt leben können.

14.3

Der Kanton schafft den rechtlichen Rahmen, um das betreute Wohnen zu fördern.

c) Kommentar

Die Akut- und Übergangspflege ist vor dem Hintergrund der Stärkung ambulanter Strukturen wichtig (vgl. Ziffer 6.3.2). Erfahrungsgemäss sind zwei Wochen intensive Pflege nach dem Spitalaufenthalt für viele Patientinnen und Patienten zu kurz, um wieder selbstbestimmt zu Hause leben zu können. Mit einer Verlängerung der intensiven Pflege von zwei auf vier Wochen durch eine kantonale Anschlusslösung kann dieses Ziel in den meisten Fällen erreicht werden. Zwar bleiben viele Personen nach den zwei Wochen Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim, sofern ihr Gesundheitszustand eine Rückkehr nach Hause noch nicht zulässt. Durch die viel weniger intensive Pflege im Rahmen der normalen Pflegefinanzierung dauert der Genesungsprozess aber meist viel länger, als die zusätzlich geplanten zwei Wochen intensiver Pflege im Rahmen der Anschlusslösung. Die Akut- und Übergangspflege kostet den Kanton derzeit pro Jahr Fr. 300'000. Mit der kantonalen Anschlusslösung würden sich die Kosten maximal verdoppeln. Aus einer Gesamtsicht ist die kantonale Anschlusslösung indes saldoneutral, da einerseits die Pflegeheimkosten nach dem Ablauf der Phase der Akut- und Übergangspflege eingespart werden und andererseits nach vier Wochen intensiver Pflege die Wahrscheinlichkeit auf eine erfolgreiche Rückkehr nach Hause ansteigt.

Mit geeigneten rechtlichen Grundlagen soll Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen ein selbstbestimmtes Wohnen ermöglicht werden. Als in "wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen lebend" könnten zum Beispiel Personen definiert werden, die eine Prämienverbilligung beziehen. Mit dieser Massnahme können Personen, unabhängig ihrer sozioökonomischen Situation, bedarfsgerechte Pflegeangebote nutzen.

8.8.3 Rollenverteilung Kanton und Gemeinden hinsichtlich Kompetenzen und Tarifgestaltung

a) Handlungsbedarf

Mit der heutigen Aufgabenteilung im Bereich der Langzeit- und Spitexversorgung zwischen dem Kanton und den Gemeinden wird die fiskalische Äquivalenz strapaziert. Die Gemeinden sind zwar zuständig für die Sicherstellung eines bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden ambulanten und stationären Langzeitpflege-Angebots, aber nur innerhalb der engen Regeln des Kantons. Dieser ist zuständig für die Pflegeheimliste, legt mit dem kantonalen Richtwert den relevanten Planungsparameter für die benötigte Bettenzahl fest, schliesst Leistungsvereinbarungen für spezialisierte Angebote ab, bestimmt den Inhalt des Mindestangebots und Richtstellenplan, legt die Normkosten fest und führt die kantonale Clearingstelle. Mit Blick auf die Grundsätze der Gemeindeautonomie und Subsidiarität wäre es hingegen wünschenswert, wenn der Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Gemeinden erweitert werden könnte (vgl. Kapitel 6.3).

Zudem gilt es das Problem der ungleichen Finanzierung der privaten und der öffentlichen Spitex-Organisationen, das eine konsequente Sicherstellung einer wirtschaftlichen Pflegefinanzierung verhindert, zu lösen.

b) Strategische Ausrichtung

Tabelle 18: Rollenverteilung

Ziel 15

Die bisherige Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Gemeinden bleibt bestehen. Die Gemeinden nehmen eine aktive Rolle bei der Tarifgestaltung ein.

Strategien

15.1

Die Gemeinden koordinieren innerhalb ihrer Versorgungsregion gemäss den übergeordneten kantonalen Vorgaben die einzelnen Leistungserbringer der Langzeit- und Spitexversorgung. Dazu schliessen sie mit geeigneten Leistungserbringern Vereinbarungen ab.

15.2

Die vom Kanton berechneten Pflegenormkosten für die Grund- und Spezialversorgung kommen im Sinne eines Maximalwerts zur Anwendung, wenn ein Leistungserbringer der Langzeit- und Spitexversorgung über keine Leistungsvereinbarung mit der zuständigen Gemeinde verfügt.

15.3

Für die Zuteilung des zu sichernden stationären Angebots führt der Kanton eine in Grund- und Spezialversorgung (Gerontopsychiatrie, Palliative Care, Schwerstpflege und auch die Pflege von Menschen mit psychischer, physischer oder geistiger Beeinträchtigung) aufgeteilte Pflegeheimliste. Für die Aufnahme auf der Pflegeheimliste wird ein effektives und kompetitives Bewerbungsverfahren durchgeführt.

15.4

Für die Vergabe von Leistungsaufträgen für die Pflege und Hilfe zu Hause führen die Gemeinden ein Submissionsverfahren durch.

15.5

Die Pflegenormkosten dürfen höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Der Effizienzmassstab wird im Gesetz vorgegeben.

c) Kommentar

Die Gemeinden nehmen bei der Tarifgestaltung eine aktive Rolle ein. Sie schliessen zu diesem Zweck Leistungsvereinbarungen mit geeigneten Leistungserbringern ab. Gerade hier ist es wichtig, dass die Gemeinden sich zu Versorgungsregionen zusammenschliessen, um diese anspruchsvolle Aufgabe zu professionalisieren. Die vom Regierungsrat festgelegten Normkosten für die Pflege kommen nur dann zum Zug, wenn keine Leistungsvereinbarung mit der zuständigen Gemeinde vorliegt.

Indem den Gemeinden wesentlich mehr Kompetenzen bei der Preisgestaltung zukommen, wird den Grundsätzen der Äquivalenz und Subsidiarität – insbesondere auch im Zusammenhang mit den von den Gemeinden frei zu bildenden Versorgungsregionen – besser Rechnung getragen.

Als Folge bleibt die Problematik unterschiedlicher Finanzierer und Tarifsysteme zu einem Teil weiterhin bestehen, was die Entwicklung einer bedarfsgerechten, integrierten Gesundheitsversorgung erschwert, aber nicht verunmöglicht. Es ist Aufgabe der Leistungserbringer, untereinander entsprechende Lösungen zu schaffen, um attraktive, innovative und übergreifende Versorgungsmodelle voranzutreiben. Der Kanton kann weiterhin punktuell, wie er das auch im Bereich der ambulanten Versorgung tut, Anreize zur Förderung ambulanter Strukturen oder innovativer Versorgungsmodelle schaffen. Zum Beispiel kann er Pilotprojekte fördern (vgl. Ziffer 8.1) oder Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen, die keine EL beziehen, über Betreuungsgutscheine oder Ähnliches unterstützen (Ziffer 8.8.2) und sorgt damit dafür, dass ambulante Leistungen finanziell tragbarer sind.

Auch wenn mit den beschriebenen Massnahmen die Weiterentwicklung von integrierten Versorgungsmodellen durchaus beschleunigt werden kann, so ist für eine durchgreifende Umsetzung eine schweizweite Bereinigung der Zuständigkeiten im Rahmen von EFAS erforderlich (siehe Ziffer 5.2). In deren Rahmen wird der Regierungsrat eine innerkantonale einheitliche Finanzierung prüfen.

d) Kommentar Pflegeheimliste

Per 1. Januar 2022 hat der Bundesrat die Kriterien für die kantonale Planung der Spitäler und Pflegeheime weiter vereinheitlicht. Er hält bei den Planungskriterien explizit fest, dass die Kantone bei der Erstellung der Pflegeheimliste die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung neu in angemessener Weise berücksichtigen müssen. Die entsprechend ausgestaltete Pflegeheimliste muss spätestens am 1. Januar 2027 in Kraft treten. Geplant ist, für die neue Aargauer Pflegeheimliste analog dem bereits bestehenden kompetitiven Spitalistenverfahren vorzugehen.

8.9 Rettungswesen

8.9.1 Handlungsbedarf

Im Bereich des Rettungswesens findet schweizweit seit Jahren ein Konzentrationsprozess statt. Rettungsdienste fusionieren beziehungsweise richten sich neu aus, und stellen eine effiziente und zuverlässige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Das aargauische Rettungswesen basiert auf dem "Rettungskonzept 2005", das 1993 vom Grossen Rat verabschiedet wurde, es ist historisch gewachsen und Rechtsgrundlagen existieren nur punktuell (vgl. Ziffer 6.4).

Der Handlungsbedarf im Bereich Rettungswesen besteht einerseits in der allgemein fehlenden Rechtsverbindlichkeit der rettungsdienstlichen Versorgung und andererseits in der mangelnden Erfüllung der Qualitätsstandards des IVR.

Damit in Zukunft die präklinische Versorgungssicherheit durch ein flächendeckendes rettungsdienstliches Versorgungssystem sichergestellt ist, wird zurzeit durch das Departement Gesundheit und Soziales eine Standort- und Potenzialanalyse durchgeführt. Diese zeigt neue, optimal geografisch ausgerichtete rettungsdienstliche Standorte unter Berücksichtigung der Hilfsfristenregelung und der demografischen Entwicklung auf. Die Standorte werden nachfolgend in einem Bewerbungsverfahren an rettungsdienstliche Organisationen vergeben, welche die aktuell geltenden notfallmedizinischen Standards und Richtlinien umsetzen. Das "Rettungskonzept 2005" ist grundlegend zu überarbeiten, und es sind neue rechtliche Grundlagen für das Rettungswesen im Alltag sowie für sanitätsdienstliche Grossereignisse zu schaffen. Die gesetzliche Verankerung trägt zur Versorgungssicherheit in der notwendigen Qualität und damit zu einer bedarfsgerechten Versorgung bei.

Um die SNZ 144 mit hoher Effizienz und Qualität zu führen und Neutralität gegenüber den angeschlossenen Rettungsdiensten zu gewährleisten, wird die SNZ 144 organisatorisch und personell der kantonalen Verwaltung angeschlossen. Dazu löst das Departement Gesundheit und Soziales den Leistungsvertrag mit der KSA AG auf. Der Kanton beschäftigt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der bestehenden finanziellen Mittel kostenneutral weiter. Aufgaben im Controlling und Monitoring erfolgen im Anschluss direkt und nicht mehr über eine zwischengeschaltete Drittorganisation.

Alle sanitätsdienstlichen Primär- und Sekundäreinsätze (P1–P3, S1–S3) disponiert die SNZ 144, wobei sie bei dringlichen Einsätzen den Grundsatz des "Nächst-Best-Prinzips" anwendet. Das bedeutet, dass die SNZ 144 immer dasjenige Rettungsmittel anbietet, das zeitlich am schnellsten den Einsatzort erreichen kann. Die Disposition von Transporten der Kategorie S4 kann durch die SNZ 144 oder über Dritte erfolgen.

8.9.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 16

Die präklinische Notfallversorgung der Bevölkerung für das gesamte Kantonsgebiet ist rund um die Uhr garantiert, und die präklinische Gesamtorganisation im Alltag sowie im sanitätsdienstlichen Grossereignis sichergestellt.

Strategien

16.1

Der Kanton definiert Standorte für den Rettungsdienst. Die Standorte und Einsatzgebiete werden in einem Bewerbungsverfahren an die Rettungsdienste vergeben.

16.2

Der Kanton betreibt die SNZ 144.

16.3

Das Rettungswesen setzt die geltenden notfallmedizinischen Standards um (zum Beispiel IVR-Richtlinien), sofern dadurch die Behandlungsqualität nachweislich verbessert wird. Der bodengebundene Rettungsdienst wird grundsätzlich via Luftrettung und durch neue, innovative Technologien (zum Beispiel Telemedizin) notärztlich ergänzt.

16.4

Die SNZ 144 übernimmt die Führungs- und Koordinationsfunktion für einen patientenfokussierten Einsatz aller Rettungsmittel (zum Beispiel hinsichtlich Hilfsfrist und Gebietsabdeckung). Sie ist hierfür den Einsatzpartnern weisungsbefugt.

16.5

Rettungsdienstliche Leistungen werden auf Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Advanced Life Support ALS) durch dipl. Rettungssanitäterinnen und -sanitäter HF und durch dipl. Rettungssanitäterinnen und -sanitäter mit zusätzlichem Nachdiplom als Expertin oder Experte in Anästhesiepflege HF in ärztlicher Delegation erbracht.

16.6

Für die bodengebundene Rettung und die Luftrettung gilt das Nächst-Best-Prinzip.

8.9.3 Kommentar

Es besteht die Möglichkeit, am Ist-Zustand festzuhalten (vgl. Ziffer 6.4) und darauf zu vertrauen, dass auch in Zukunft genug Rettungsdienste bereit sind, eine Bewilligung zu erlangen und im Kanton Aargau und allen Randgebieten tätig zu sein, ohne dass dazu eine rechtliche Verpflichtung besteht. Das System der Freiwilligkeit hat sich bewährt und vermag eine gute Qualität im Rettungswesen zu gewährleisten. Andererseits sind zukünftige Entwicklungen und insbesondere die Zukunft der Rettungsdienste ungewiss. Die Pflicht des Kantons, die rettungsdienstliche Versorgungssicherheit, insbesondere in diesem zeitkritischen Bereich der Gesundheitsversorgung, sicherzustellen, ist aufgrund der vielen Unsicherheiten nicht oder nur beschränkt umsetz- und planbar.

Die kantonale Standort- und Potenzialanalyse ermöglicht langfristig eine flächendeckende und den aktuellen Begebenheiten angepasste Versorgung der Bevölkerung. Die neue rettungsdienstliche Ausrichtung sorgt dafür, dass nur qualifizierte Rettungsdienste die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen (Ziffer 6.4). Zur Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung kann der Kanton finanzielle Unterstützung leisten (zum Beispiel im Rahmen der GWL).

Die heutige Situation mit einer exklusiven Gebietszuteilung an die Rettungsdienste basiert auf keiner rechtlichen Grundlage und stellt faktisch eine monopolähnliche Situation dar. Um eine binnenmarktrechtskonforme Situation zu erlangen, müsste – insbesondere bei neuen rettungsdienstlichen Bewerbern – bereits heute eine Ausschreibung nach Art. 2 Abs. 7 des Bundesgesetzes über den Binnenmarkt (BGBM) erfolgen. Dies hätte zur Folge, dass angestammte Rettungsdienste möglicherweise Teile oder das ganze Versorgungsgebiet an einen Dritten übertragen müssen.

Um die Voraussetzungen für einen wirksamen und transparenten Wettbewerb sicherzustellen, die Versorgungssicherheit der Bevölkerung langfristig zu garantieren und Planungssicherheit für die Rettungsdienste zu gewährleisten, müssen seitens Kanton verbindlichere und in den bisherigen Markt eingreifende Rechtsgrundlagen erlassen werden.

In Kombination mit der Alarmierung nach dem Nächst-Best-Prinzip¹⁷ werden Effizienz und Effektivität der rettungsdienstlichen Versorgung gesteigert. Die schnellstmögliche Behandlung im geeigneten Zielspital wird gesundheitlichen Folgeschäden und daraus resultierenden Gesundheitskosten entgegenwirken.

Der Kanton Aargau verfügt heute über ein professionelles und verlässliches Rettungswesen, das sich in der Praxis bewährt hat. Die präklinische Versorgung durch dipl. Rettungssanitäterinnen und -sanitäter HF, zum Teil mit absolvierter Zusatzausbildung zur Expertin oder zum Experten in Anästhesiepflege HF, lehnt sich an rettungsdienstliche Versorgungssysteme anderer Länder an, wie zum Beispiel den Niederlanden oder England. Im Einsatz kann bei Bedarf eine Notärztin oder ein Notarzt durch die Luftrettung und ergänzend über digitale Technologien beigezogen werden. Das aargauische Rettungswesen kann durch den Verbleib im heutigen System, das heisst ohne Verpflichtung,

¹⁷ Demnach wird das für den Rettungseinsatz schnellste und geeignetste Rettungsmittel disponiert.

bodengebundene Notärztinnen und -ärzte einzusetzen, weiterhin wirtschaftlich, zweckmässig und in der notwendigen Qualität betrieben werden.

Eine vom Kanton betriebene Sanitätsnotrufzentrale reduziert Verwaltungsaufwand und Schnittstellen bei gleichzeitiger Steigerung der Neutralität gegenüber den Partnerorganisationen. Betriebliche Strukturen und Prozesse werden zwischen Rettungsdiensten und anderen Blaulichtorganisationen der Kantonalen Notrufzentrale einheitlich. Eine rasche und unkomplizierte Einführung innovativer Technologien ermöglicht Synergieeffekte und trägt zur bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung bei.

8.10 Palliative Care

8.10.1 Handlungsbedarf

Bei Palliative Care handelt es sich um einen interdisziplinären Ansatz, der medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung im Sterbeprozess berücksichtigt. Palliative Care wird heute bereits durch einige Spitäler, Pflegeheime und Palliativ-Ambulatorien angeboten. Eine aktive Versorgungskoordination oder -planung im Bereich Palliative Care erfolgt im Moment jedoch nicht. Der Kanton stellt zukünftig sicher, dass die Palliativmedizin und -pflege in Organisationen mit einem Auftrag in Pflege und Medizin implementiert wird und ein angemessenes Angebot an spezialisierten Leistungserbringern besteht. Er verpflichtet die Institutionen auf der Spital- und Pflegeheimliste dazu, Palliative Care sicherzustellen. Um die Nationale Strategie Palliative Care umzusetzen, hat das Departement Gesundheit und Soziales im Jahr 2012 entschieden, ein kantonales Palliative-Care-Konzept zu erarbeiten.

Durch die Umsetzung des Palliative-Care-Konzepts, das zwischenzeitlich bereits fertiggestellt wurde, fördert der Kanton Aargau Palliative Care gemeinsam mit den zentralen Akteuren im Gesundheitswesen mit dem Ziel, Versorgungslücken zu schliessen und eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ gute Palliativversorgung am Lebensende sicherzustellen. Das Konzept enthält vier Handlungsfelder (Sensibilisierung und Information, Versorgung, Qualität, Bildung) mit entsprechenden Zielen und Massnahmen, die innerhalb eines im Konzept vorgesehenen Zeithorizonts umzusetzen sind.¹⁸

8.10.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 17

Der niederschwellige, flächendeckende Zugang zu ganzheitlichen Palliative-Care-Angeboten über die gesamte Versorgungskette hinweg sowie dessen Finanzierung sind sichergestellt.

Strategien

17.1

Die Bevölkerung sowie Betroffene, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen sind ausreichend für das Thema Palliative Care sensibilisiert. Der niederschwellige Zugang zu Informationen über Angebote und Strukturen ist sichergestellt.

17.2

¹⁸ Vgl. Konzept Palliative Care unter <https://www.ag.ch/media/kanton-aargau/dgs/dokumente/gesundheit/gesundheitsversorgung/palliative-care/aargau-kanton-palliative-care-konzept-inhalt-210x280-211125-v6-doppelseiten-web.pdf>

Fachpersonen werden hinsichtlich der aktuellen und zukünftigen Bedeutung von Palliative Care sensibilisiert. Sie kennen die regional vorhandenen Angebote und Strukturen.

17.3

Die Palliative-Care-Versorgung im Kanton Aargau ist koordiniert und vernetzt.

17.4

Der niederschwellige Zugang und ausreichende Kapazitäten der palliativen Versorgung sind im gesamten Kanton Aargau sichergestellt.

8.10.3 Kommentar

Palliative Care ist im Kanton Aargau bereits im Pflegegesetz verankert und seit dem 26. Juni 2007 explizit erwähnt. Die Umsetzung des Konzepts Palliative Care Kanton Aargau 2022 erfolgt neu ab 1. Januar 2022 und ermöglicht flächendeckende Versorgungsstrukturen (vgl. Umsetzung Konzept Palliative Care 2022, Seite 29). Weitere Massnahmen, die allfällige Beschlüsse des Regierungsrats oder des Grossen Rats erfordern, werden ab diesem Zeitpunkt den normalen politischen Prozess durchlaufen. Das Departement Gesundheit und Soziales schliesst allfällige Leistungsverträge unter Einhaltung von submissionsrechtlichen Vorgaben ab.

8.11 Sucht

8.11.1 Handlungsbedarf

Die Entwicklungen der letzten Jahre weisen darauf hin, dass es künftig zu einer erhöhten Nachfrage nach Suchthilfeangeboten in diversen Fachbereichen bei gleichzeitig steigender Bevölkerungszahl kommen wird. Einerseits ist eine Zunahme bei den Verhaltenssuchten zu erkennen (zum Beispiel Glücksspielsucht, problematische Internetnutzung, Sport- und Fitnesssucht, Kaufzwang). Andererseits nehmen Anfragen von Jugendlichen mit Suchtproblematiken und von hilfeschuchenden Angehörigen und Familien zu. Die Fälle werden ausserdem komplexer (Mehrfachdiagnosen, verschiedene Akteure der Versorgung in einer Fallsituation involviert).

Der Kanton ist für die Suchtprävention, die ambulante Suchtberatung, den Zugang zur ambulanten und stationären Suchtmedizin und für Angebote der Schadensminderung zuständig; dies über alle Altersgruppen und die vier Säulen der Suchthilfe hinweg (Prävention und Früherkennung, Therapie und Beratung, Schadensminderung und Risikominimierung, Regulierung und Vollzug). Dazu arbeitet das Departement Gesundheit und Soziales mit professionellen Trägerschaften auf der Basis von Leistungsvereinbarungen zusammen und orientiert sich an den nationalen Vorgaben. Der Aargauer Lehrplan vermittelt Schülerinnen und Schülern bereits Kompetenzen in der Gesundheitsbildung und der Suchtprävention. Einen wesentlichen Anteil leisten schulische Programme wie zum Beispiel "gesund und zwäg i de schuel" oder das Präventionsprogramm "cool and clean" von Swiss Olympic im Sportbereich.

Konkrete Angebotslücken bestehen primär bei Angeboten für spezifische Zielgruppen wie für minderjährige Jugendliche oder ältere Menschen und bei den sehr niederschweligen schadensmindernden Angeboten. Auch sind die Angebote, welche die Reintegration fördern sollen, ausbaufähig (zum Beispiel spezifische Wohnangebote mit Konsumtoleranz, Jobcoaching, Arbeitsplätze für Suchtbetroffene, soziale Beratung). Bestehende Konzepte werden dabei weiterentwickelt, nachfolgend umgesetzt und durch neue bedarfsgerechte Angebote ergänzt. Aufgrund der vielen verschiedenen

Player auf kantonaler und nationaler Ebene ist ein erhöhter Austausch- und Vernetzungsbedarf vorhanden. Damit die Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen auch in Zukunft optimal bearbeitet werden können, ist eine verstärkte Zusammenarbeit und klare Koordination erforderlich.

8.11.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 18

Der Kanton steuert und koordiniert die Suchthilfe im Kanton Aargau über alle vier Säulen der Suchtpolitik. Er sorgt im Suchtbereich für niederschwellige Angebote der Prävention, der Beratung und der Schadensminderung. Die Behandlung wird über die ambulanten und stationären Leistungserbringer erbracht.

Strategien

18.1

Der Kanton stellt in Zusammenarbeit mit Fachorganisationen Angebote der Suchtprävention für alle Bevölkerungsgruppen sicher.

18.2

Der Kanton stellt in Zusammenarbeit mit Fachorganisationen Angebote der Suchtberatung sicher. Das Angebot richtet sich an Suchtbetroffene, ihre Angehörigen und ihr Umfeld.

18.3

Das Versorgungsangebot der Suchthilfe ist interdisziplinär ausgestaltet.

18.4

Der Kanton unterstützt spezialisierte Wohneinrichtungen für Jugendliche und Erwachsene mit suchtbedingten Beeinträchtigungen.

18.5

Er sorgt für ein Angebot der Überlebenshilfe für suchtbetroffene Menschen mit dem Ziel der sozialen Integration, Wiedereingliederung und Zuführung der Therapie.

18.6

Der Kanton steuert und koordiniert die Suchthilfe entlang eines kantonalen Suchtkonzepts.

8.11.3 Kommentar

Für eine bedarfsgerechte Suchthilfe ist es zentral, dass eine gute Koordination der Angebote der Suchthilfe über alle vier Säulen der Suchtpolitik (Prävention und Früherkennung, Therapie und Beratung, Schadensminderung und Risikominimierung, Regulierung und Vollzug) innerhalb der Verwaltung wie auch mit den Akteuren der Suchthilfe etabliert ist.

Regulierung und Vollzug ist die vierte Säule der Schweizer Suchtpolitik. Ein konsequenter Vollzug bestehender Bestimmungen trägt der öffentlichen Sicherheit, aber auch gesundheitlichen Aspekten Rechnung. Die Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Suchthilfe und der öffentlichen Sicherheit ist sowohl für einen konsequenten Vollzug als auch für die Verhinderung negativer Auswirkungen auf die Konsumierenden von stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtformen und eine frühzeitige und effektive Behandlung von suchtbetroffenen Personen elementar.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren ist sowohl für die strategischen als auch die operativen Tätigkeiten im Bereich der Suchthilfe relevant. So kommt der Vernetzung im Rahmen der Integrierten Suchtbehandlung Aargau (ISBA) eine zentrale Bedeutung zu. Die ISBA ist gemäss ihren Akteuren weiter ausbaufähig. Wichtig ist auch der Austausch zwischen der Verwaltung und den einzelnen Akteuren der Suchthilfe – sowohl auf kantonaler wie auch auf nationaler Ebene.

Ein bedarfsgerechtes Angebot der Schadensminderung richtet sich an chronisch kranke Suchtbetroffene und soll den Gesundheitszustand der Betroffenen stabilisieren, ihre soziale Integration erhal-

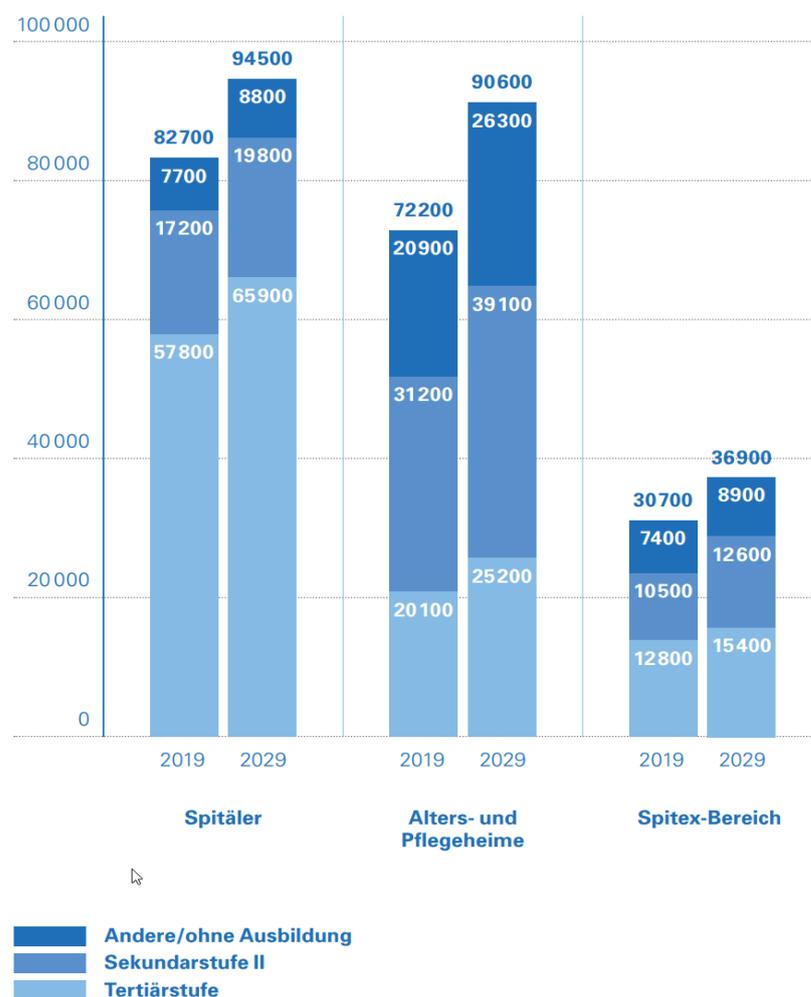
ten beziehungsweise die Reintegration erleichtern oder ihnen Überlebenshilfe bieten. Auch der Ausbau von Angeboten des begleiteten Wohnens und von aufsuchenden Angeboten für alle Altersstufen ist anzustreben. Schadensminderung wird sodann in Form von betäubungsmittelgestützten Substitutionsbehandlungen mit Opioiden und der Abgabe von Benzodiazepinen gefördert.

8.12 Fachkräfte

8.12.1 Handlungsbedarf

Der Mangel an Pflegefachkräften ist in aller Munde. Wie in der ganzen Schweiz hat sich auch im Kanton Aargau in den letzten Jahren trotz der Verpflichtung zur praktischen Ausbildung in den Spitälern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen der Pflegefachkräftemangel weiter verschärft. Auf Bundesebene gilt es die aus der Pflegeinitiative (2021) resultierenden Massnahmen und Umsetzungsvorschläge abzuwarten und in der Folge umzusetzen. Nachfolgend wird der schweizweite Bestand des Pflege- und Betreuungspersonals und die Personalprognose für das Jahr 2029 dargestellt.

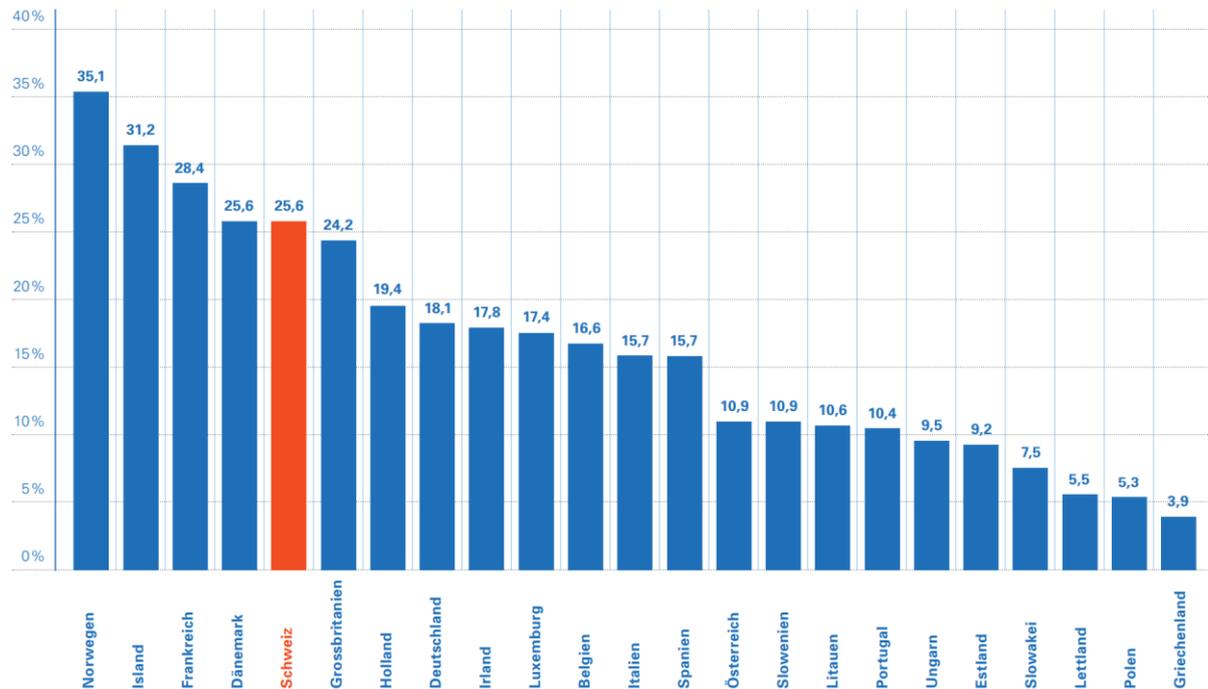
Abbildung 24: Bestand Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029



Quelle: BAG, 2021

Nachfolgend wird die Dichte des Pflegepersonals pro 1000 Personen in % im europäischen Vergleich dargestellt (diplomierte Pflegefachpersonen, Pflegepersonal auf mittlerer Stufe und von Pflegehelferinnen und -helfern im Jahr 2019).

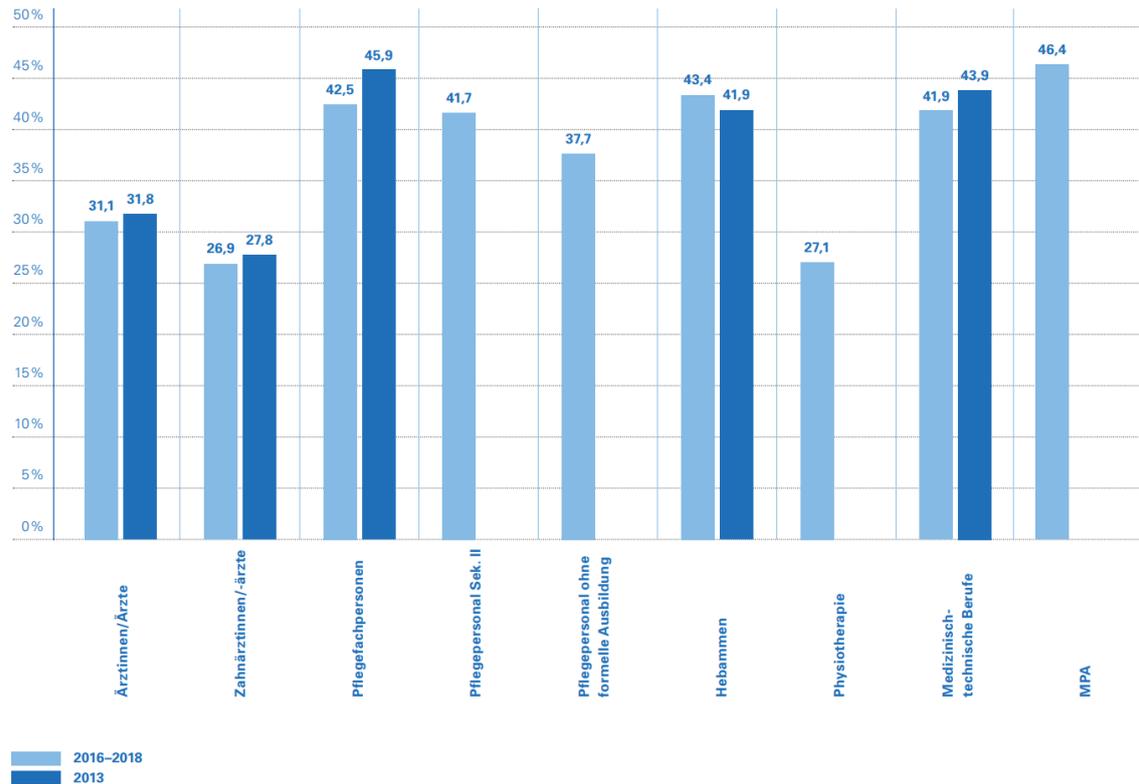
Abbildung 25: Dichte des Pflegepersonals im europäischen Vergleich



Quelle: Obsan, 2021

Die knappe personelle Situation der Pflegefachkräfte resultiert zum einen aus der Zunahme von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen und zum anderen aus der geringen Verweildauer im erlernten Beruf. Es ist wichtig, dass die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert wird, um eine Abwanderung in andere Berufe zu vermeiden. Dazu gehören zum Beispiel die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, eine gute Einarbeitung (zum Beispiel mit Mentoring-Modellen) oder eine bessere Laufbahnplanung. Verantwortlich für förderliche Arbeitsbedingungen sind primär die Betriebe. Die folgende Darstellung zeigt die Berufsaustritte von Gesundheitsfachpersonen in den letzten Jahren.

Abbildung 26: Berufsaustritte Gesundheitsfachpersonen 2013 und zwischen 2016 und 2018 in %



Quelle: Obsan, 2021

Neben der alternden Bevölkerung, dem fortlaufenden Anstieg der Lebenserwartung sowie der bevorstehenden Pensionierungswelle der praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte kommt noch die Verweiblichung des Arztberufs und die steigende Nachfrage nach Teilzeitstellen dazu.

Besonders betroffen von der Personalknappheit sind die Grundversorger (vgl. Ziffer 8.6) und davon insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vom Behandlungssetting her überwiegend ambulant ausgerichtet. Durch die Versorgungsengpässe kommt es teilweise zu monatelangen Wartezeiten. Bei spezialisierten Abklärungen, zum Beispiel für eine Autismus-Spektrum-Diagnostik, beträgt die Wartezeit sogar zwei Jahre. Gewisse Angebote, zum Beispiel spezialisierte Autismus-Angebote, werden kaum genutzt, weil Krankenversicherer diese Therapien nicht mitfinanzieren.

Die Ausbildungsabschlüsse von nicht-universitären Fachkräften im Gesundheitswesen konnten in den letzten Jahren erfreulicherweise gesteigert werden. Die kantonale Ausbildungsverpflichtung von Gesundheitsbetrieben in Spitälern (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation), stationären Pflegeeinrichtungen und Spitex-Organisationen hat dabei wesentlich zum Erfolg beigetragen und soll als wirksame Massnahme weitergeführt werden. Das Modell könnte analog auch in universitären Gesundheitsberufen zur Anwendung kommen, indem die Spitäler verpflichtet würden, Weiterbildungsplätze in denjenigen Fachgebieten anzubieten, in denen sie über Leistungsaufträge verfügen. Das würde langfristig den Bedarf an Fachkräften in verschiedensten Disziplinen sichern und die Attraktivität des Kantons Aargau als Ausbildungsstandort fördern.

Schweizweit stehen verhältnismässig wenig Studienplätze für das Medizinstudium zur Verfügung, wobei der Kanton Aargau als nicht-universitärer Kanton kein eigenes Studienangebot anbietet. Zudem führt die stetige Zunahme von Lernenden und Studierenden im Bereich Gesundheit und Soziales zu einem Ausbildungsengpass an den Gesundheitsschulen. Bei einem weiteren Anstieg kann

mittelfristig mit der bestehenden Schulinfrastruktur der zusätzliche Bedarf an qualifizierten Fachkräften nicht mehr ausreichend abgedeckt werden. Im Rahmen eines Vorprojekts wird der Bedarf in diesem Bereich durch das BKS analysiert und die nachfolgenden Schritte unter Einbezug des DGS werden angegangen.

Ein Gesundheitscampus mit einem erweiterten Aus- und Weiterbildungsangebot in Kooperation mit Universitäten oder Fachhochschulen könnte dazu führen, dass innovative Bildungsangebote wie zum Beispiel der "Joint Medical Master" oder die "Physiotherapeutin" und der "Physiotherapeut" im Kanton Aargau installiert werden. Die Bildungsinfrastruktur soll dabei durch den Ausbau bestehender Kooperationen gestärkt und durch Einbezug neuer Institutionen für Lernende und Studierende noch attraktiver werden. Einer Abwanderung von Studentinnen und Studenten nach dem Studium in Nachbarkantone könnte damit entgegengewirkt werden.

8.12.2 Strategische Ausrichtung

a) Aus- und Weiterbildung

Ziel 19

Im Kanton Aargau besteht ein innerkantonal attraktives und bedarfsgerechtes schulisches Bildungsangebot für universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsberufe, das sich an den Bedürfnissen der Praxis orientiert und sich stetig weiterentwickelt. Gesundheitsberufen aller Ausbildungsstufen werden attraktive Berufs-, Aus- und Weiterbildungsperspektiven geboten. Der Kanton Aargau setzt sich dafür ein, die Verweildauer der Gesundheitsfachpersonen in den Betrieben zu erhöhen.

Strategien

19.1

Die Bildungsinfrastruktur ist so ausgestaltet, dass sie für kantonal, aber auch ausserkantonal wohnhafte Ausbildungsinteressierte ein hochwertiges und wettbewerbsfähiges Bildungsangebot sicherstellen kann.

19.2

Im nicht-universitären Bereich werden genügend Fachkräfte der Sekundär, Tertiär- und Quartärstufe ausgebildet. Der Kanton ist offen gegenüber der Entwicklung neuer Berufsbilder (zum Beispiel Advanced Practice Nurse) und kann diese fördern.

19.3

Die Ausbildung universitärer Berufe ist über eine Zusammenarbeit mit einer Universität ermöglicht (zum Beispiel Joint Medical Master).

b) Steuerung

Ziel 20

Der Kanton steuert und koordiniert in Zusammenarbeit mit Verbänden und Ausbildungsinstitutionen die Aus- und Weiterbildung, Wiedereinstieg, Niederlassung und Verbleib im Gesundheitsberuf. Spezifische Berufsgruppen fördert die Abteilung Gesundheit (Ausbildungsverpflichtung) zusammen mit der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Aargau AG (OdA GS Aargau AG). Der Kanton setzt sich dafür ein, die Verweildauer der Gesundheitsfachpersonen in den Betrieben zu erhöhen, indem er sich für attraktivere Arbeitsbedingungen einsetzt. Ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot ist in der Folge sichergestellt.

Strategien

20.1

Im Bereich der Spitalversorgung werden die Leistungserbringer über ein Bonus-Malus-System dazu verpflichtet, Weiterbildungsplätze in den Fachgebieten anzubieten, für die sie über kantonale Leistungsaufträge verfügen.

20.2

Über Anreizprogramme kann sich der Kanton an Ausbildungsbeiträgen von Studierenden beteiligen oder jene übernehmen und damit die Rekrutierungsquote für bestimmte Ausbildungen fördern.

20.3

Um dem Versorgungsengpass in den Bereichen Hausarztmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie entgegenzuwirken, führt und intensiviert der Kanton – in Zusammenarbeit mit den Spitälern und niedergelassenen Leistungserbringern – bestehende Projekte und neue Anreize für die Förderung der Weiterbildung und Niederlassung innerhalb des Kantons. Das Hausarztmentoring, das Praxisassistenzmodell und der Einsatz von medizinischen Praxis Koordinatorinnen und -koordinatoren wird ausgeweitet und, wo notwendig und möglich, finanziell unterstützt (vgl. auch Ziffer 8.6).

20.4

Der Kanton unterstützt durch Förderprogramme und Projekte den Verbleib, Wieder- und Quereinstieg von Personal in Gesundheitsberufen.

20.5

Der Kanton entwickelt zusammen mit den Betrieben Massnahmen, um die Verweildauer der Gesundheitsfachpersonen im Betrieb zu erhöhen und nimmt diese Massnahmen als Zielsetzung in die Leistungsvereinbarungen mit den Betrieben auf.

8.12.3 Kommentar

Durch die Umsetzung der beschriebenen Strategien wirkt der Kanton aktiv dem Fachkräfteengpass in den Gesundheitsberufen entgegen und trägt dazu bei, dass Abhängigkeiten zum ausländischen Fachkräftemarkt reduziert werden. Ein qualitativ hochstehendes und innovatives Bildungsangebot für universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsberufe bietet kantonalen, aber auch ausserkantonal wohnhaften Ausbildungsinteressierten ein wettbewerbsfähiges Bildungsangebot an und steigert die Attraktivität als Ausbildungsstandort. Ein Projekt zur langfristigen räumlichen Entwicklung der kantonalen Gesundheits- und Sozialschulen unter der Führung des Departements Bildung, Kultur und Sport wurde bereits lanciert. Der Start der Anhörung des entsprechenden Planungsberichts ist für Frühling 2023 vorgesehen.

Um dem Versorgungsengpass in den Bereichen Hausarztmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie entgegenzuwirken, intensiviert der Kanton in Zusammenarbeit mit den Spitälern und niedergelassenen Leistungserbringern Anreize für die Aus- und Weiterbildung sowie die Niederlassung innerhalb des Kantons. Ob die Patientenversorgung und der Betrieb eines qualitativ hochstehenden

Gesundheitswesens damit auch langfristig sichergestellt werden kann, hängt wesentlich von der Arbeitszufriedenheit der Fachkräfte ab. Die Arbeitszufriedenheit wiederum wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst: dem positiven Image des Berufs, einem attraktiven und wertschätzenden Arbeitsgeber, einem angemessenen Lohn und nicht zuletzt den Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf. Wichtig ist daher, gerade bei den Pflegefachkräften, nicht nur Weiterbildungen auf Stufe HF und Fachhochschule (FH) anzubieten, sondern auch Berufen mit einem Abschluss auf Sekundarstufe (zum Beispiel Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit) Entwicklungsmöglichkeiten und Spezialisierungen aufbauend auf einen eidgenössischen Abschluss zu ermöglichen.

8.13 Eigentümerschaft Kantonsspitäler

8.13.1 Handlungsbedarf¹⁹

Der Kanton Aargau steht als Eigentümer der drei Spitalaktiengesellschaften (KSA, KSB, PDAG) in einem Rollenkonflikt, der sich unter Umständen negativ auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken kann. Der Rollenkonflikt entsteht dadurch, dass der Kanton einerseits als Regulator und Gewährleister der Spitalversorgung auftritt und andererseits als Eigentümer der drei Spitäler agiert. Der Kanton nimmt diverse und teilweise im Konflikt miteinander stehende Rollen und Aufgaben wahr:

- Er ist Alleineigentümer der drei kantonseigenen Spitäler und grundsätzlich an deren Wirtschaftlichkeit interessiert. Der Regierungsrat übt die dem Kanton zustehenden Aktionärsrechte aus – inklusive Festlegung der Eigentümerstrategie.
- Er erteilt den kantonseigenen Spitälern Betriebsbewilligungen und unter Umständen Berufsausübungsbewilligungen an Leistungserbringer, die für die kantonseigenen Spitäler tätig sind.
- Er erteilt KVG-Zulassungen an universitäre Medizinalpersonen, die für die kantonseigenen Spitäler tätig sind.
- Er genehmigt oder setzt die Tarife zwischen den Spitälern und den Versicherern fest.
- Er erstellt die Spitallisten und erteilt die Leistungsaufträge auch an die kantonseigenen Spitäler.
- Er finanziert die stationären Behandlungen zu 55 %.
- Er bezahlt die GWL, die durch die kantonseigenen Spitäler erbracht werden.
- Er ist für die Gesetzgebung verantwortlich.
- Er übt die gesundheitspolitische Aufsicht aus.

Durch Gegenmassnahmen wird dem Rollenkonflikt bereits heute entgegengewirkt. So sorgt beispielsweise das Bewerbungsverfahren für die Spitalisten dafür, dass sämtlichen Spitälern die Möglichkeit geboten wird, einen Leistungsauftrag zu erhalten, sofern sie die kantonalen Anforderungen erfüllen. Auch die GWL werden nach neutralen Kriterien vergeben. Dennoch soll der Rollenkonflikt des Kantons in Zukunft weiter entschärft werden, was durch eine (Teil-)Veräusserung der Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern erreicht werden kann. Eine Teilveräusserung ermöglicht es zudem, dass ein Minderheitsaktionär einem Spital wertvolle Impulse in der Entwicklung geben kann.

¹⁹ Vgl. Auslegeordnung in Ziffer 6.5.

8.13.2 Strategische Ausrichtung

a) Eigentümerstruktur und Rollenkonflikt

Ziel 21

Es wird eine Entflechtung der Mehrfachrolle des Kantons angestrebt.

Strategien

21.1

Die Kantonsspitäler werden über die Eigentümerstrategie geführt, welche die mittelfristigen Ziele des Regierungsrats für seine Beteiligungen enthält und den normativen Rahmen für die Unternehmensstrategie beschreibt.

21.2

Die Politik, die Verwaltung und die Spitäler bewegen sich innerhalb ihrer Rollen und Aufgaben.

21.3

Eine Teilveräusserung der Beteiligungen an den Kantonsspitalern wird ermöglicht.

8.13.3 Kommentar

Mittel- bis langfristig wird eine Entflechtung der Rollen des Kantons angestrebt, soweit damit der Versorgungsauftrag weiterhin sichergestellt werden kann. Bis dahin legt der Regierungsrat in der Eigentümerstrategie die mittelfristigen Ziele für die kantonseigenen Spitäler fest. Dazu zählen auch Ziele zur Kooperation unter den kantonseigenen Spitalern sowie mit Dritten. Die Eigentümerstrategie richtet sich an den Verwaltungsrat der Spitäler. Wird sie nicht umgesetzt, kann der Regierungsrat den Verwaltungsrat ersetzen.

Längerfristig soll zumindest eine Teilveräusserung der Beteiligungen an den kantonseigenen Spitalern angestrebt werden. Dazu sollen die rechtlichen Grundlagen so angepasst werden, dass der Regierungsrat bis zu einer Veräusserung von 30 % der Beteiligungen und der Grosse Rat über eine Veräusserung von bis zu 49 % der Beteiligungen an einem Spital beschliessen kann. Für darüberhinausgehende Veräusserungen ist ebenfalls die Zustimmung des Grossen Rats notwendig; allerdings ist dieser Beschluss zusätzlich zwingend einer Volksabstimmung zu unterstellen. Die Möglichkeit zwischen einer ganzen oder teilweisen Veräusserung der Aktien an den kantonseigenen Spitalern erhöht die Flexibilität des Kantons, sich ändernden Umständen zu begeben. Als Richtwert für den Ertrag aus einer allfälligen Teilveräusserung lässt sich der Substanzwert der kantonseigenen Spitäler heranziehen (vgl. Ziffer 6.5.5).

Im Sinne eines Vergleichs sei erwähnt, dass im Kanton Solothurn gemäss § 17 Abs. 1 des Spitalgesetzes (SpiG-SO) vom 12. Mai 2004 vorgesehen ist, dass der Kanton mindestens 67 % des Aktienkapitals und der Aktienstimmen an der Solothurn Spitäler AG halten muss. Aktuell hält der Kanton noch das gesamte Aktienkapital. In den meisten anderen Kantonen sind die kantonseigenen Spitäler entweder als öffentlich-rechtliche Anstalten ausgestaltet oder sogar Teil der kantonalen Verwaltung, weshalb ein weitergehender Vergleich nur schwer möglich ist und aufgrund der komplett unterschiedlichen politischen Strukturen und Versorgungslandschaften auch nur wenig zweckdienlich wäre.

8.14 Individuelle Prämienverbilligung

8.14.1 Handlungsbedarf

Gemäss Art. 65 Abs. 1 KVG müssen die Kantone für Versicherte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen die Krankenkassenprämien verbilligen. Zusätzlich müssen bei Familien mit mittleren und unteren Einkommen die Prämien für Kinder um mindestens 80 % (neu ab dem Jahr 2021) und bei jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 % verbilligt werden (Art. 65 Abs. 1^{bis} KVG). Durch eine bedarfsgerechte Prämienverbilligungspolitik ist sicherzustellen, dass die auf die Prämienverbilligung angewiesenen Personen in genügendem Masse unterstützt werden. Damit sind nicht nur Personen gemeint, die unter bis knapp über dem Existenzminimum leben, sondern auch Personen und Familien des unteren Mittelstands.

Der Bund selber steuert jährlich einen Beitrag in der Höhe von 7,5 % der Bruttokosten der OKP an den Prämienverbilligungsaufwand bei. Die Bruttokosten orientieren sich de facto an den erwarteten Prämienausgaben.

Durch eine angemessene Höhe des Kantonsbeitrags zur Prämienverbilligung ist sichergestellt, dass alle Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen in der Lage sind, die Forderungen gegenüber den Krankenversicherern zu begleichen.

Die Kantone haben bei der Festlegung des Kantonsbeitrags weitgehende Kompetenzen, was sich in sehr unterschiedlichen Prämienverbilligungssystemen niederschlägt²⁰. Im Kanton Aargau legt der Grosse Rat die Höhe des Kantonsbeitrags jährlich durch Dekret fest. Zur Sicherstellung der Bedarfsgerechtigkeit muss sich der Kantonsbeitrag gemäss § 4 Abs. 4 KVGG an der mutmasslichen Prämienentwicklung, der mutmasslichen Bevölkerungsentwicklung und dem mutmasslichen Bundesbeitrag orientieren. Finanzpolitische Gründe nennt das Gesetz nicht. Der durch Dekret festgelegte Kantonsbeitrag fliesst als Budgetwert in den AFP ein.

Der Kantonsbeitrag dient dem Regierungsrat – zusammen mit dem mutmasslichen Bundesbeitrag – als Grundlage für die zweckgebundene Verteilung der Prämienverbilligung an die in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen lebenden Personen.

²⁰ Siehe <https://www.gdk-cds.ch/de/krankenversicherung/praemienverbilligung/kantonale-praemienverbilligungssysteme>.

Setzt man den Kantonsbeitrag der letzten Jahre ins Verhältnis zu den massgebenden Bruttokosten der OKP, resultiert der nachfolgend dargestellte prozentuale Kantonsanteil:

Tabelle 19: Kantonsbeitrag an Prämienverbilligung in % und Franken

Jahr	Massgebende Bruttokosten in Mio. Fr.	Bundesbeitrag 7,5 % der Bruttokosten in Mio. Fr.	Kantonsbeitrag in Mio. Fr.	Kantonaler Anteil in % der Bruttokosten	Hintergrund
2016	2'598,7	194,9	86,3	3,3 %	
2017	2'745,3	205,9	71,8	2,6 %	Einführung KVGG
2018	2'890,7	216,8	81,6	2,8 %	Einführung KVGG
2019	2'985,3	223,9	108,3	3,6 %	Besserstellung Haushalte mit Kindern
2020	3'009,3	225,7	116,4	3,9 %	Besserstellung Alleinstehende
2021	3'049,3	228,7	133,9	4,4 %	Verbilligung Kinderprämie von 80 % und Besserstellung Alleinstehende

Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, eigene Darstellung 2022

Der im Zeitraum zwischen 2016 und 2021 entrichtete Kantonsbeitrag kommt einem Anteil von 2,6 % bis 4,4 % der OKP-Bruttokosten gleich.

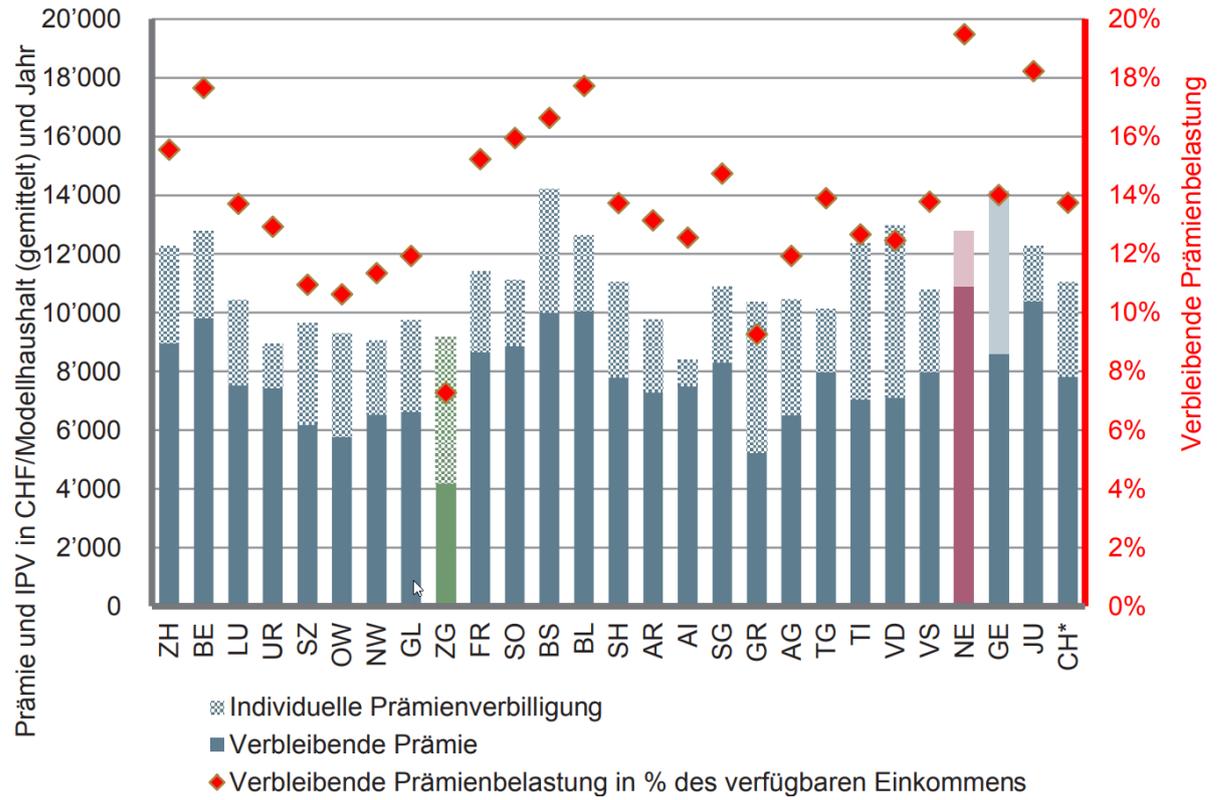
Es stellt sich die Frage, wie sich der im Kanton Aargau zur Verfügung stehende Prämienverbilligungsbetrag auf die Prämienbelastung auswirkt. Gemäss der im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Mai 2022 von Ecoplan veröffentlichten Studie zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung im Jahr 2020 ²¹ betrug die durchschnittliche verbleibende Prämienlast in Bezug auf das verfügbare Einkommen ²² bei Anwendung der Standardprämie ²³ im Jahr 2020 im Kanton Aargau 12 %. Der gesamtschweizerische Durchschnitt lag im Jahr 2019 bei 14 %.

²¹ https://www.ecoplan.ch/download/ipv_sb_de_2020.pdf?adlt=strict

²² Das verfügbare Einkommen entspricht dem Nettoeinkommen minus Steuern.

²³ Prämie mit der ordentlichen Franchise (Erwachsene Fr. 300.–, Kinder Fr. 0.–) und Unfalleinschluss

Abbildung 27: Individuelle Prämienverbilligung, verbleibende Prämie und Prämienbelastung 2020 mit Standardprämie

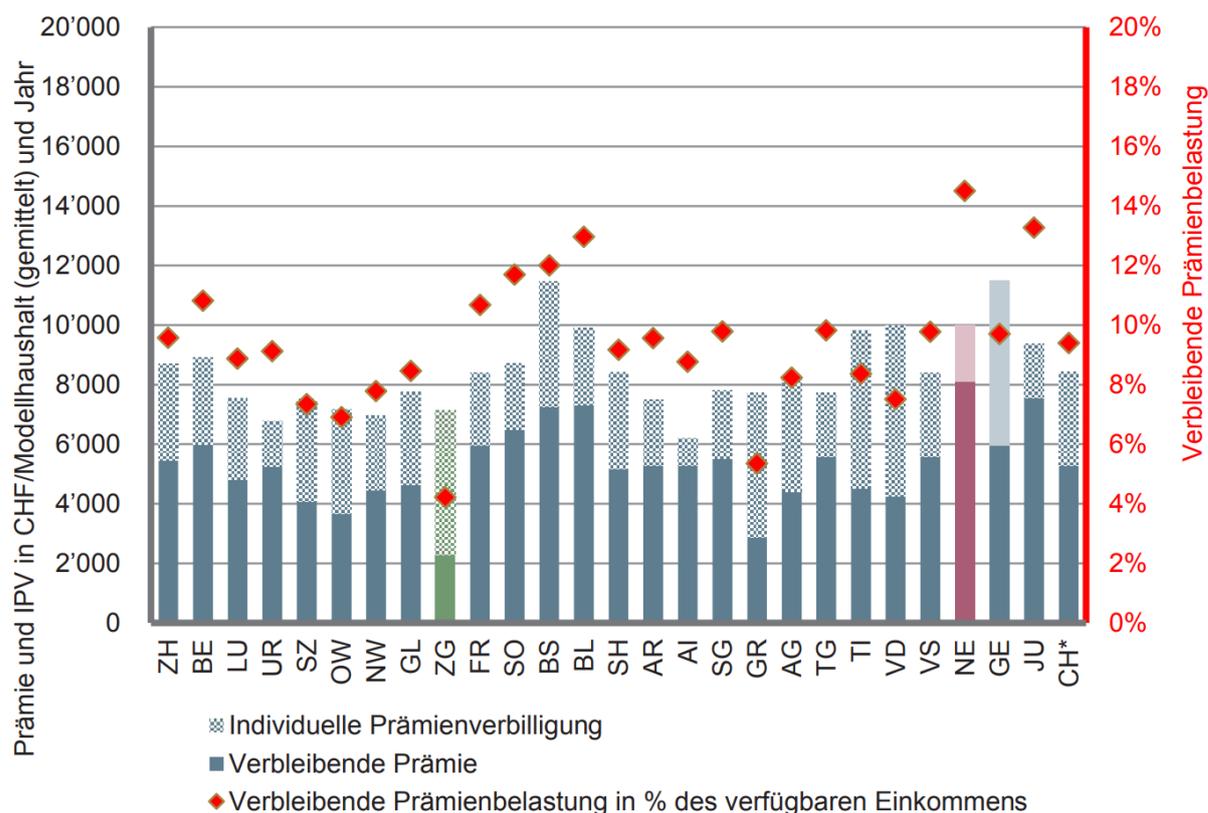


Quelle: Ecoplan 2022

Da sich die Standardprämie in den letzten Jahren immer weiter von der effektiv bezahlten Prämie entfernt hat, hat Ecoplan im Monitoring 2020 die verbleibende Prämienbelastung auch anhand der mittleren Prämie²⁴ berechnet. Bei Anwendung der mittleren Prämie beträgt die Prämienbelastung im Kanton Aargau 8 % (Schweiz 9 %).

²⁴ Die mittlere Prämie entspricht der effektiv bezahlten durchschnittlichen Prämie.

Abbildung 28: Individuelle Prämienverbilligung, verbleibende Prämie und Prämienbelastung 2020 mit der mittleren Prämie



Quelle: Ecoplan 2022

Die Prämienbelastung im Jahr 2020 für die einzelnen Modellhaushalte im Kanton Aargau ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 20: Prämienbelastung 2020 nach Modellhaushalt im Kanton Aargau in % des verfügbaren Einkommens

Modellhaushalt	Prämienbelastung Standardprämie	Prämienbelastung Mittlere Prämie
Alleinstehende Person ohne Kinder	12,5 %	11,5 %
Ehepaar ohne Kinder	18,0 %	13,0 %
Ehepaar mit zwei Kindern	11,0 %	6,5 %
Alleinstehende Person mit Kind	9,0 %	7,0 %
Mittelwert	12,0 %	8,0 %

Quelle: Ecoplan 2022, eigene Darstellung 2022

Der Bundesrat legt in seiner Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung²⁵ dar, dass die Kantone den Grenzbetrag, ab dem die individuelle Prämienverbilligung einsetzt, bei 8 % des steuerbaren Einkommens festlegen können. Diese 8 % des bundessteuerpflichtigen Einkommens entsprechen bei Personen mit Kindern ca. 6 % des verfügbaren Einkommens, bei Personen ohne Kinder rund 8 % des verfügbaren Einkommens.

²⁵ Siehe BBI 1992, S. 225, online abrufbar unter www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc.do?id=10052098 (16.11.2018).

Mit der oben ausgewiesenen Prämienbelastung der Modellhaushalte erfüllt der Kanton Aargau den vom Bundesrat festgelegten Zielwert bei den Haushalten mit Kindern und mit Anwendung der mittleren Prämie knapp nicht. Bei den Haushalten ohne Kinder wird der Zielwert deutlicher verfehlt.

8.14.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 22

Der Kantonsbeitrag orientiert sich an der mutmasslichen Prämien- und Bevölkerungsentwicklung, dem mutmasslichen Bundesbeitrag beziehungsweise den massgebenden Bruttokosten sowie der Prämienbelastung.

Strategien

22.1

Die Berechnung der Prämienbelastung basiert auf der mittleren Prämie.

22.2

Die Prämienbelastung der Haushalte mit Kindern ist deutlich tiefer als diejenige der Haushalte ohne Kinder.

8.14.3 Kommentar

Die Prämienbelastung ist bereits seit zwei Jahren die zentrale Kontrollgrösse bei der Festlegung des Kantonsbeitrags im Dekret zur Prämienverbilligung. Sie zeigt auf, ob der Kanton die Zielsetzung der Prämienverbilligung: "Entlastung der wirtschaftlich schwächeren Haushalte" erfüllt. Mit der Nennung der Prämienbelastung im KVG wird die gelebte Praxis verankert und erhält damit eine höhere Verbindlichkeit.

Die besondere Gewichtung der Haushalte mit Kindern setzt Art. 65 Abs. 1^{bis} KVG um.

8.15 Bewilligung und Aufsicht

8.15.1 Handlungsbedarf

Wer im Kanton Aargau als Leistungserbringer tätig sein will, braucht dafür eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung. Dabei gilt es zwei Arten von Bewilligungen zu unterscheiden:

- Zum einen die Berufsausübungsbewilligung. Mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG) vom 30. September 2016 und der damit einhergegangenen Revision des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) vom 23. Juni 2006 sowie des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG) vom 18. März 2011 unterstehen neu sämtliche Personen der Berufe nach MedBG, PsyG und GesBG, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, einer Bewilligungspflicht. Dies bedeutet, dass neu unter anderem auch Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberaterinnen und -berater und dergleichen, die bisher ihre Tätigkeit aufgrund ihrer Anstellung in einer stationären Einrichtung ohne Berufsausübungsbewilligung ausüben konnten, in Spitälern und Pflegeheimen einer kantonalen Bewilligungspflicht unterstehen.
- Zum andern die Betriebsbewilligung, die von Betrieben pro Standort, zum Beispiel von Spitälern, beantragt werden muss. Jede räumlich selbstständige Einheit benötigt ab dem 1. Januar 2023 eine eigene Betriebsbewilligung.

Heute betreiben viele Spitäler unter ihrer Spitalbewilligung diverse ambulante Standorte. Das führt hinsichtlich der Einhaltung der Bewilligungsanforderungen zu unbefriedigenden Situationen (ungleicher Qualitätsmassstab). Im Gegensatz dazu sind die Pflegeheime aufgrund der starren kantonalen Vorgaben verpflichtet, für jeden Tätigkeitsbereich am gleichen Standort über eine separate Bewilligung zu verfügen.

Nach der Erteilung der gesundheitspolizeilichen Bewilligung ist der Kanton für die Aufsicht über die bewilligten Leistungserbringer zuständig. Sollte ein Fehlverhalten (zum Beispiel Verstoss gegen Berufspflichten, finanzieller Missbrauch) festgestellt werden, können von der Aufsichtsbehörde gegenüber den Leistungserbringern disziplinarische Massnahmen angeordnet oder Sanktionen ausgesprochen werden.

Mit einer professionellen Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion bietet der Kanton Gewähr für die Einhaltung der Bewilligungsanforderungen. Dies dient in erster Linie dem Schutz der Patientinnen und Patienten.

8.15.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 23

Sachgerechte Kriterien für die Erteilung einer Bewilligung über alle Leistungserbringer hinweg ermöglichen eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen ist sichergestellt.

Strategien

23.1

Jede räumlich eigenständige Gesundheitseinrichtung verfügt über eine eigene gesundheitspolizeiliche Betriebsbewilligung, die auf sachgerechten Anforderungen beruht. Pro Standort ist nur eine einzige Betriebsbewilligung erforderlich.

23.2

Der Kanton nimmt seine gesundheitspolizeiliche Aufsichtspflicht über die universitären und nicht-universitären Gesundheitsberufe sowie die bewilligungspflichtigen Gesundheitseinrichtungen und -organisationen wahr und stellt die dauerhafte Erfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen sicher.

8.15.3 Kommentar

Ziffer 23.1 stellt sicher, dass jede räumlich von anderen Gesundheitseinrichtungen getrennte Einheit über eine eigene Betriebsbewilligung verfügt. Damit sollen nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlungen verhindert werden. Die Anforderungen werden so angesetzt, dass die Qualität sichergestellt werden kann und sie im Rahmen des ordentlichen Betriebs erfüllt werden können. Es werden hingegen keine Anforderungen gestellt, die aus qualitativer Sicht nicht notwendig sind. So sollen bei einem ordentlich geführten Betrieb für den Erhalt einer Betriebsbewilligung keine zusätzlichen Kosten anfallen und eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich sein.

Die Überprüfung der Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen soll weiterhin ressourcen- und risikobasiert bei begründeten Zweifeln erfolgen. Dies kann beispielsweise aufgrund von Meldungen von Patientinnen oder Patienten der Fall sein. Denkbar ist in Zukunft aber auch eine routinemässige Überprüfung, zum Beispiel ab einem gewissen Alter des Betriebs.

8.16 KVG-Zulassung und Controlling

8.16.1 Handlungsbedarf

Im Unterschied zur gesundheitspolizeilichen Bewilligung (vgl. Ziffer 8.15), die den Leistungserbringern das Tätigsein im Kanton Aargau ermöglicht, kann mit einer KVG-Zulassung auch zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Der Zulassungsprozess für stationäre und ambulante Leistungserbringer unterscheidet sich wesentlich.

- Für den **stationären Bereich** hält Art. 39 KVG fest, dass nur diejenigen Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP berechtigt sind, die gemäss kantonaler Planung einer bedarfsge-rechten Versorgung entsprechen und mit einem Leistungsauftrag auf der Spitalliste beziehungs-weise der Pflegeheimliste aufgeführt sind.
- Der Kanton Aargau führt in regelmässigen Abständen Bewerbungsverfahren für die Aufnahme auf die kantonale Spitalliste durch, bei denen sich die interessierten Spitäler mit Spitalbewilligung für die Leistungsaufträge auf der kantonalen Spitalliste bewerben können. Dabei müssen sie nachweisen, die damit verbundenen Anforderungen zu erfüllen. Basierend auf dem Versor-gungsbedarf der Aargauer Bevölkerung, der aus den Behandlungszahlen der Vorjahre ermittelt wird, erteilt der Regierungsrat entsprechende Leistungsaufträge. Das Controlling, ob die Anfor-derungen eingehalten werden, findet im Rahmen des sogenannten Leistungsauftragscontrollings statt. Für die Erstellung der Pflegeheimliste soll inskünftig die gleiche Methodik wie für die Spital-liste zur Anwendung gelangen. Aktuell ist es so, dass jedes Pflegeheim mit Bewilligung auch auf der Pflegeheimliste steht.
- Im **ambulanten Bereich** wird aufgrund der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen neuen Zulas-sungsregelung des Bundes ebenfalls konsequent zwischen der Bewilligung (Art. 34 MedBG) und der Zulassung (Art. 36 und 36a KVG) unterschieden. Damit sollen die Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der zugelassenen Leistungserbringer erhöht werden. Die Zulas-sung zur OKP erteilt der Kanton der Organisation oder den einzelnen Gesundheitsfachpersonen. Ergänzend erhält der Kanton gemäss Art. 55a KVG ab dem 1. Juli 2023 die Möglichkeit, bei der Ärzteschaft Höchstzahlen zu definieren. Durch die Einführung von Höchstzahlen für gewisse Fachrichtungen wird der Kanton zukünftig bei der Ärzteschaft gezielt steuern können, in welchen Bereichen wie viele Spezialistinnen und Spezialisten tätig sein sollen mit dem Ziel, eine Überver-sorgung zu verhindern.
- In welchem Umfang der Kanton Art. 55a Abs. 1 KVG per 1. Juli 2023 umsetzen wird, steht aktu-ell noch nicht fest. Auf jeden Fall wird der Kanton die Ärzteschaft und die Spitäler via deren Ver-bände sowie zur interkantonalen Koordination die Nachbarkantone vor der Festlegung der Höchstzahlen anhören beziehungsweise in die Erarbeitung der Höchstzahlen miteinbeziehen.
- Fest steht zudem, dass die Fachbereiche der Grundversorgung (Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie praktische Ärztinnen und Ärzte) auf keinen Fall von einer Höchstzahlbeschränkung betroffen sein werden.

8.16.2 Strategische Ausrichtung

Ziel 24

Der Zulassungsprozess ist so ausgestaltet, dass im Kanton Aargau ein bedarfsgerechtes, qualitativ hochstehendes und finanzierbares Leistungsangebot besteht.

Strategien

24.1

Stationäre Leistungserbringer werden zur OKP zugelassen, wenn sie einen notwendigen Beitrag zur Bedarfsdeckung leisten. Sofern der Bedarf nicht vollumfänglich durch innerkantonale Leistungserbringer gedeckt werden kann, können ergänzend ausserkantonale Leistungserbringer zugezogen werden.

24.2

Eine sachgerechte Planung und eine interkantonale Koordination verhindern eine Überversorgung.

24.3

Mittels Controlling wird die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungserbringung gesichert.

8.16.3 Kommentar

Das Ziel ist es, dass im Kanton Aargau nur so viele Leistungen erbracht werden, wie dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Aargauer Bevölkerung effektiv notwendig ist. Dazu wird nur so vielen Leistungserbringern eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP erteilt, wie erforderlich ist, um die definierte Menge an Leistungen zu erbringen. Grundlage dafür bilden eine sachgerechte Planung, angemessene Anforderungen und ein effektives Controlling. Durch diese Massnahmen können die Leistungen der zugelassenen Leistungserbringer in guter Qualität, wirtschaftlich und zweckmässig erbracht werden.

8.17 Beratungs- und Ombudsstellen

8.17.1 Handlungsbedarf

Die Koordinierung der Schnittstellen entlang des gesamten Versorgungs- und Behandlungspfads sowie die Steuerung des Versorgungsprozesses sind zentrale Parameter für eine qualitativ hochstehende und sektorenübergreifende Behandlung.

Für die Bevölkerung wird es zunehmend schwieriger, das sich rasch weiterentwickelnde Gesundheitswesen, den medizinisch-technischen Fortschritt und daraus resultierende Angebote zu überblicken. Der Bevölkerung stehen zahlreiche Unterstützungs- und Beratungsangebote über alle Altersgruppen hinweg zur Verfügung wie beispielsweise die "Patientenstelle Aargau / Solothurn", Angebote von Krankenversicherungen oder der Pro Senectute. Es fehlt jedoch eine übergeordnete Koordination und Vernetzung dieser Angebote und die Bekanntheit der bestehenden Anlaufstellen weist Verbesserungspotenzial auf.

Gesundheitliche Belastungen und Probleme verändern die Lebenssituation oft unerwartet und stellen die Betroffenen und deren Angehörige vor grosse Herausforderungen. Personen mit gesundheitlichen Problemen und ihre betreuenden und pflegenden Angehörigen sind bei der Bewältigung oft überfordert, da sie nicht wissen, wohin sie sich für Unterstützung und Beratung wenden können.

Hier soll künftig mit einer Verbesserung des Informationsangebotes über das Leistungs- und Versorgungsangebot innerhalb der neu zu schaffenden Versorgungsregionen (Ziffer 8.1.2) angesetzt werden. Denkbar ist beispielsweise die Schaffung von Beratungsstellen, wobei die Ausgestaltung unter der Prämisse der Wirtschaftlichkeit und damit eines positiven Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu erfolgen hat.

Ziel der Beratungsstellen ist es, das Leistungs- und Versorgungsangebot innerhalb der neu zu schaffenden Versorgungsregionen (Ziffer 8.1.2) zu überblicken und Auskunft über Behandlungs-, Therapie- und Unterstützungsangebote über die gesamte Lebensspanne hinweg zu erteilen. Nachfolgend besteht für alle Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, Informationen für eine koordinierte, ganzheitliche und effiziente Gesundheitsversorgung, von der Geburt bis zum Lebensende, aus einer Hand zu erhalten. Frühzeitige Koordination, die Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen und eine gezielte Behandlung tragen einen erheblichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostenreduktion bei.

Präventive, medizinische, rehabilitative, psychosoziale oder palliative Leistungen müssen koordiniert und die Eigenverantwortung im Umgang mit Gesundheit und Krankheit frühzeitig gestärkt werden. Beratungsstellen sorgen für eine frühzeitige, adäquate Behandlung sowie für eine Reduktion unnötiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen.

Zur Optimierung des Versorgungsmanagements, zur Förderung der Gesundheits- und Krankheitskompetenz und zur Vermittlung zwischen Patientinnen oder Patienten und Leistungserbringern sollen tendenziell kostenlose, niederschwellig zugängliche Beratungs- und Ombudsstellen²⁶ installiert werden.

8.17.2 Beratungsangebot "Koordinationsstelle Gesundheit" am Beispiel Kanton Glarus

Der Kanton Glarus erprobt seit 2019 die "Koordinationsstelle Gesundheit". Diese informiert, berät und unterstützt bei Fragen zum Thema Gesundheit und bietet allen Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Glarus jeden Alters ihre Dienste an. Akut kranke, chronisch kranke und gesunde Menschen, die Informationen zu Angeboten im Gesundheitswesen benötigen und Leistungserbringer, können sich kostenlos an die unabhängige Koordinationsstelle wenden.

Die Erfahrungen aus dem Kanton Glarus zeigen, dass Informationsbedarf über alle Altersgruppen hinweg zu sämtlichen Themen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich besteht. Betroffene, Angehörige, Netzwerkpartner oder ambulante und stationäre Leistungserbringer nehmen die "Koordinationsstelle Gesundheit" in Anspruch. Im Jahr 2020 hat die Koordinationsstelle rund 200, 2021 bereits 310 Anfragen bei einer Wohnbevölkerung von rund 40'000 Personen bearbeitet. Die Koordinationsstelle verfügt mittlerweile über ein Netzwerk von 170 Partnerinnen und Partnern, mit welchen sie bei Bedarf in Kontakt tritt. KPMG hat im Rahmen einer externen Evaluation des Projekts im Jahr 2022 in den Bereichen Wirkung, Qualität und Kosten positive Effekte aufgezeigt. Solche lassen sich im finanziellen Bereich zum einen durch einen Unterbruch von Drehtüreffekten mit immer wiederkehrenden Spitaleintritten von Patientinnen und Patienten erzielen, zum anderen wird durch gezielte Austrittsplanung die Rückkehr nach Hause nach einem Spital- oder Pflegeheimaufenthalt ermöglicht. KPMG kommt weiter zum Schluss, dass der niederschwellige Zugang und der frühzeitige Einbezug der Koordinationsstelle die Folgekosten für Gemeinden und Kanton wesentlich reduziert. Eine Umfrage bei

²⁶ Diese spezifischen Beratungs- und Ombudsstellen bestehen unabhängig von der neuen kantonalen Ombudsstelle.

den Leistungserbringern zeigt zudem die hohe Bedeutung der Koordinationsfunktion für die Akteure im Gesundheitswesen auf. Gemäss dem Umfrageergebnis entlastet die Koordinationsstelle einerseits die Netzwerkpartner, baut andererseits jedoch systemübergreifendes Wissen auf, welches wiederum alle Akteure in der Leistungserbringung nutzen. In der Folge werden die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Gesundheitsversorgung als Ganzes gestärkt.

8.17.3 Strategische Ausrichtung

Ziel 25

Der niederschwellige Zugang zu Beratungs- und Ombudsstellen bei Fragen rund um die Betreuung und Versorgung ist sichergestellt.

Strategien

25.1

Kostenlose regionale Beratungsstellen nehmen innerhalb einer Versorgungsregion eine Triage- und Vermittlungsfunktion zu Angeboten und Leistungen im Versorgungs- und Betreuungsbereich wahr.

25.2

Eine Ombudsstelle dient als Anlauf- und Vermittlungsstelle bei Differenzen zwischen Leistungsbezügerinnen und -bezügern und Leistungserbringern zur Behandlung oder Rechnungsstellung. Die Aufgabe kann im Rahmen einer Leistungsvereinbarung einer privaten Organisation übertragen werden.

25.3

Ein unabhängiges telefonisches Beratungsangebot für medizinische Auskünfte wird durch den Kanton in Zusammenarbeit mit Dritten sichergestellt.

8.17.4 Kommentar

Die Gemeinden stellen innerhalb ihrer Versorgungsregion zur Optimierung des Versorgungsmanagements und zur Förderung der Gesundheitskompetenz einen kostenfreien Zugang zu einer unabhängigen, vertraulich agierenden und qualifizierten regionalen Beratungsstelle sicher und übernehmen deren Finanzierung. Diese überblickt das vielfältige Leistungsangebot im Gesundheitswesen und berät Patientinnen und Patienten und Angehörige. Weiter vermittelt die Beratungs- und Anlaufstelle Angebote und Dienstleistungen.

Eine Ombudsstelle unterstützt klärend im Dialog mit Einrichtungen und Institutionen und bietet erweiterte und lösungsorientierte Angebote für Anliegen im Gesundheitswesen an. Der Mehrwert einer solchen Stelle besteht darin, frühzeitig und niederschwellig Konflikte und schwierige Situationen zu lösen und eine gütliche Einigung unter den Parteien zu finden. Dabei werden zielführende und faire Lösungswege aufgezeigt und die Kommunikation zwischen den Beteiligten verbessert.

Für medizinische Auskünfte sorgt der Kanton in Zusammenarbeit mit Dritten für ein kostenloses und unabhängiges Beratungsangebot und ermöglicht rasch zugängliche Informationen zu medizinischen Anliegen. Die Beratungsstelle kann auch ausserhalb normaler Arbeitszeiten über direkte persönliche Kommunikationswege, aber auch über digitale Instrumente erreicht werden.

9. Finanzielle Auswirkungen

Die Strategien der GGpl 2030 zielen auf eine Gültigkeit von 10 bis 15 Jahren ab. Jegliche Umsetzungsvorschläge der einzelnen Strategien sind im Rahmen der Rechtssetzung oder der Aufgaben- und Finanzplanung (AFP) zu entwickeln und entsprechend den Zuständigkeiten von Regierungsrat und Grossen Rat zu beschliessen. Die konkrete Ausgestaltung der Massnahmen und die zeitliche Staffelung der verschiedenen Vorhaben haben direkte Auswirkungen auf die Kosten. Die Umsetzung wird stets in Abhängigkeit von der jeweiligen finanziellen Situation des Kantons zu bewerten sein.

In der folgenden Tabelle werden die finanziellen Auswirkungen beschrieben, welche die Umsetzung der einzelnen Strategien potenziell für den Kanton und die Gemeinden nach sich zieht.

Tabelle 21: Finanzielle Auswirkungen der Strategien auf Kanton und Gemeinden

Strategien	Ziel-Nr.	Finanzielle Auswirkungen
Integrierte Versorgung	1	Die Rahmenbedingungen für eine integrierte Versorgung zu schaffen ist mit keinen zusätzlichen Kosten verbunden.
eHealth	2	Die Etablierung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen kann je nach Ausgestaltung der Massnahmen für den Kanton zusätzliche Kosten verursachen. Allerdings ist mittel- bis langfristig aufgrund der Effizienzgewinne mit einer Kostendämpfung zu rechnen.
Massnahmen zur Kostendämpfung	3	Dank der indirekt und direkt wirkenden kostendämpfenden Massnahmen ist insgesamt davon auszugehen, dass die Ziele und Strategien der GGpl 2030 sowohl für den Kanton als auch für die Gemeinden einen kostendämpfenden Effekt haben werden, bei einer Steigerung der Versorgungsqualität.
Gesundheitsförderung	4	Die Umsetzung der Strategie führt zu einem Wachstum der Ausgaben für die Gesundheitsförderung analog dem Wachstum der Ausgaben für die Spitalfinanzierung. Eine damit verbundene Verhinderung von Krankheitsfällen wirkt hingegen mittel- bis langfristig kostendämpfend.
Prävention	5	Die vorgesehenen Massnahmen zur Verhinderung von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten ist nicht mit zusätzlichen Kostenfolgen verbunden. Eine effektive Bekämpfung oder Verhinderung von übertragbaren Krankheiten wirkt sogar kostendämpfend.
Gesundheitsvorsorge	6	Die vorgesehenen Massnahmen haben keine Kostenfolgen.
Ambulante Versorgung	7	Eine Unterstützung der Ambulantisierung kann je nach Ausgestaltung der Massnahmen kurzfristig Mehrkosten für den Kanton oder die Gemeinden zur Folge haben. Allerdings sollen dadurch unnötige stationäre Leistungen verhindert und die Gesundheitsversorgung gestärkt werden, was mittel- bis langfristig zu einer Kostendämpfung führt.
Spital- und Notfallversorgung	8	Die übergeordnete Strategie ist mit keinen direkten Kostenfolgen verbunden.
Akutsomatik	9	Die Mitfinanzierung von versorgungsrelevanten Vorhalteleistungen (GWL) führt für den Kanton zu einem erhöhten Aufwand im Umfang eines einstelligen Millionenbetrags, dient aber dazu, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Psychiatrie	10	Die Mitfinanzierung intermediärer psychiatrischer Leistungen von aktuell 12 Millionen Franken ist aufgrund des Bevölkerungswachstums, den beschränkten stationären Ressourcen und des zunehmenden Bedarfs nach nicht stigmatisierenden psychiatrischen Behandlungen mit zunehmenden Kosten für den Kanton verbunden. Je nach Ausgestaltung der Massnahmen im Rahmen der Gesetzgebung können weitere Mehrkosten dazukommen. Allerdings können damit einerseits die stationären Strukturen entlastet und andererseits wäre die Versorgungssituation ohne die intermediären Angebote absolut ungenügend.
Rehabilitation	11	Die Strategie hat keine finanziellen Auswirkungen.
Hausärztliche Notfallversorgung	12	Die Massnahmen im Bereich der hausärztlichen Notfallversorgung soll der Kanton weiterhin als GWL finanzieren.
Langzeit- und Spitexversorgung	13, 14 und 15	Die Schaffung von Versorgungsregionen erfolgt kostenneutral. Die Förderung der ambulanten Strukturen ist mit erhöhten Kosten für die Gemeinden verbunden, führt aber zur Verhinderung von unnötigen stationären Pflegeheimaufenthalten, was vor allem für den Kanton als Finanzierer der EL von Vorteil ist.
Rettungswesen	16	Der Kanton finanziert aktuell die Personalkosten der SNZ 144 mit rund 1,8 Millionen Franken jährlich. Durch die Überführung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Kanton entstehen, von möglichen Lohnanpassungen abgesehen, keine zusätzlichen Kosten. Die Standortvergabe mittels Ausschreibung ist kostenneutral, da die bestehenden Tarifstrukturen Bestandteil des Verfahrens sein werden.
Palliative Care	17	Für die neue Leistungsperiode 2023–2026 wird für die Umsetzung des Konzepts "Palliative care" mit einem Finanzbedarf von 2,59 Millionen Franken (550'000–680'000 pro Jahr) gerechnet.
Sucht	18	Durch die Schliessung von Angebotslücken entstehen je nach Ausgestaltung der Massnahmen Mehrkosten für den Kanton in unterschiedlicher Höhe. Allerdings können durch entsprechende Präventions- oder Beratungsangebote Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlungen oder andere staatliche Leistungen oder Produktivitätsverluste verhindert werden. Suchtverhalten birgt nicht nur grosse Risiken für die Gesundheit, sondern führt auch zu erheblichen Kosten für die Gesellschaft. Die Studie "Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht" von Polynomics im Auftrag des BAG ²⁷ hat die Kosten von Tabak-, Alkohol-, Drogenkonsum und Geldspielsucht berechnet: Sucht verursachte im Jahr 2017 Kosten über 7,9 Milliarden Franken. Darin enthalten sind einerseits direkte Kosten, die durch Leistungen im Gesundheitssystem und in der Strafverfolgung entstehen; andererseits aber auch indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste aufgrund von vorzeitigen Todesfällen und suchtbedingten Krankheitsfällen.

²⁷ Fischer, B.; Mäder, B.; Telser, H. (2020): Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht, Dezember 2020

Fachkräfte	19 und 20	<p>Die Ausweitung der Ausbildungsverpflichtung auf weitere Institutionen kann im Rahmen des bereits bestehenden Bonus-Malus-Systems realisiert werden und beinhaltet somit keine zusätzlichen Kosten für den Kanton. Die Finanzierung findet hingegen innerhalb der verpflichteten Institutionen statt.</p> <p>Durch die vorgesehenen Steuer-Massnahmen können je nach Ausgestaltung der Massnahmen mehr oder weniger hohe Mehrkosten für den Kanton entstehen.</p>
Eigentümerschaft Kantonsspitäler	21	Die vorgesehenen Massnahmen sind nicht mit Kosten verbunden. Eine allfällige Teilveräusserung der Beteiligungen an den kantonseigenen Spitälern würde über die Bilanz erfolgen und könnte gegen oben oder gegen unten Wertkorrekturen zur Folge haben.
Individuelle Prämienerbilligung	22	Die vorgesehene Anpassung kann saldoneutral umgesetzt werden.
Bewilligung und Aufsicht	23	Die Strategie hat keine finanziellen Auswirkungen.
KVG-Zulassung und Controlling	24	Die Strategie hat keine finanziellen Auswirkungen.
Beratungs- und Ombudsstelle	25	<p>Die Einführung von Beratungsstellen und einer Ombudsstelle bringt Mehrausgaben für die Gemeinden und den Kanton mit sich, deren Höhe sich zurzeit noch nicht abschätzen lassen, da sie stark von der detaillierten Umsetzung abhängen.</p> <p>Bereits heute beteiligt sich der Kanton an den Kosten der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO), der Patientenstelle Aargau-Solothurn und der von ihr für den Pflegebereich betriebenen Ombudsstelle sowie der unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter (UBA) mit einem Betrag von knapp Fr. 100'000.–. An der medizinischen Notfallnummer des AAV beteiligt sich der Kanton mit jährlich Fr. 400'000.–. Damit diese den Bürgerinnen und Bürgern kostenlos angeboten werden kann, wäre eine Verdoppelung des Betrags notwendig.</p> <p>Was die regionalen Beratungsstellen betrifft, so kosten diese die Gemeinden bei Annahme, dass es im Kanton Aargau 16 Versorgungsregionen gibt und jeweils 1,5 VZÄ mit entsprechender Infrastruktur eingesetzt werden, ca. 5 Millionen Franken. Diesen Kosten sind die Einsparungen gegenüberzustellen. KPMG weist für den Kanton Glarus ein klar positives Kosten-/Nutzenverhältnis aus. Die Einsparungen abzüglich Personal- und weiteren Kosten betragen durchschnittlich gut 0,4 Millionen Franken pro Jahr. Für den Kanton Aargau und die Gemeinden resultiert daraus rechnerisch ein Einsparpotenzial von durchschnittlich 7,4 Millionen Franken pro Jahr.</p>

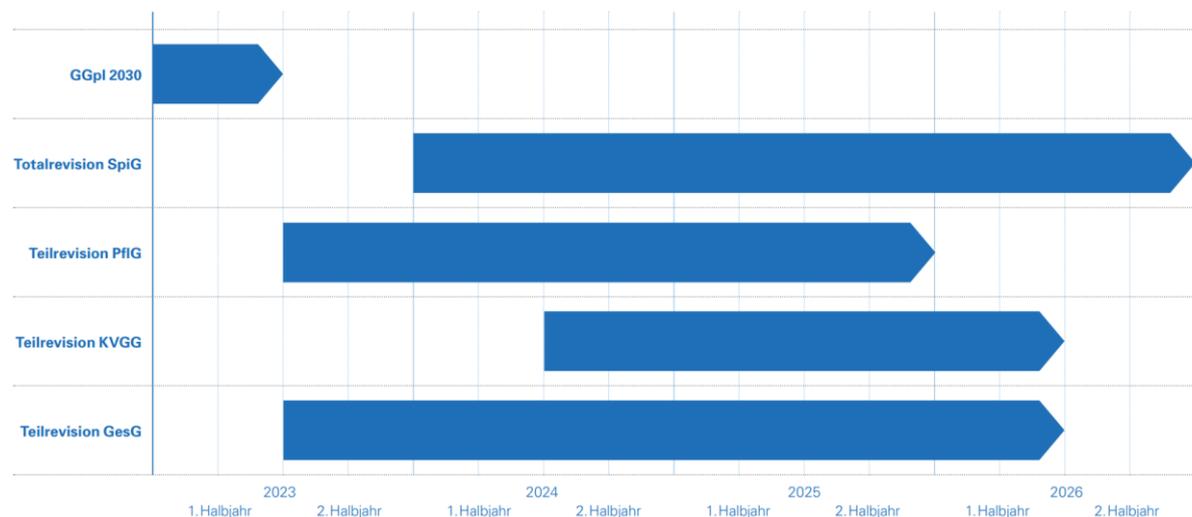
10. Weiteres Vorgehen

Nach der Genehmigung der GGpl 2030 durch den Grossen Rat sollen die Ziele und Strategien baldmöglichst umgesetzt werden. Einige Punkte werden ohne grössere gesetzliche Anpassungen umsetzbar sein. Für die Umsetzung anderer Aspekte ist jedoch eine (Teil-)Änderung von Gesetzen und den dazugehörigen Verordnungen unerlässlich. Insbesondere müssen voraussichtlich die folgenden Erlasse angepasst werden:

- SpiG, SpiV sowie SpilIV
- PfiG und PfiV
- GesG und GesV
- KVGG und V KVGG

Die nachfolgende Übersicht zeigt eine grobe Zeitplanung der Gesetzesanpassungen auf:

Abbildung 29: Masterplan Gesetzesanpassungen



Weiter sollen die durch die GGpl 2030 eingeleiteten Massnahmen auf ihre Wirksamkeit und Zielerreichung überprüft werden. Dies geschieht hauptsächlich durch den Jahresbericht des Kantons und den Gesundheitsversorgungsbericht sowie das Leistungs-, Zulassungs- und Qualitätscontrolling der Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales. Zusätzliche Monitoring- oder Controllingmassnahmen werden von der Abteilung Gesundheit eingeführt, sollten sich Fehlentwicklungen abzeichnen.

Beilage

- Übersicht Strategien und Zielsetzungen GGpl