

Botschaft des Regierungsrats des  
Kantons Aargau an den Grossen Rat  
vom 1. September 2010

**10.258**

## **Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010**

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Ausgangslage</b> .....  | <b>5</b>  |
| 1.1 Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2005 .....                                | 5         |
| 1.2 Weiterentwicklung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung .....                  | 5         |
| 1.3 Rechtliche Grundlagen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung .....              | 6         |
| 1.4 Aufbau der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 .....                        | 6         |
| 1.5 Beschlussfassung des Grossen Rats .....   | 6         |
| <b>2. Handlungsbedarf/Revisionsgründe</b> .....                                       | <b>7</b>  |
| 2.1 Revision des KVG .....  | 7         |
| 2.1.1 Pflegefinanzierung .....  | 7         |
| 2.1.2 Spitalfinanzierung.....   | 8         |
| 2.2 Parlamentarische Vorstösse.....   | 9         |
| 2.2.1 Postulate der CVP-Fraktion und der FDP-Fraktion.....                            | 9         |
| 2.2.2 Auftrag Theres Lepori.....  | 9         |
| 2.2.3 Postulat Dr. Peter Schuhmacher .....  | 10        |
| 2.2.4 Motion der FDP-Fraktion .....   | 10        |
| 2.2.5 Postulat der FDP-Fraktion.....  | 11        |
| 2.2.6 Motion der FDP-, CVP-BDP-, SVP- und GLP-Fraktion.....                           | 11        |
| 2.3 Strategien der GGpl 2010.....   | 12        |
| <b>3. Ergebnisse der Anhörung und daraus resultierende Umsetzungsvorschläge</b> ..... | <b>12</b> |
| 3.1 Allgemeines .....   | 12        |
| 3.1.1 Anhörungsfrist.....   | 13        |
| 3.1.2 Systematik der Unterlagen .....   | 13        |
| 3.2 Planungsgrundlagen .....  | 13        |
| 3.3 Finanzielle Auswirkungen.....   | 14        |
| 3.4 Bemerkungen zu unveränderten Strategien .....                                     | 14        |
| 3.4.1 Strategien 3 und 4.....   | 14        |
| 3.5 Übergeordnete Strategie .....   | 15        |
| 3.6 Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung.....                                  | 16        |
| 3.7 Strategie 2: Spitalliegenschaften des Kantons.....                                | 17        |
| 3.8 Strategie 6: Spitalversorgungskonzept und Strategie 7: Spitalliste .....          | 17        |
| 3.9 Strategie 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung .....        | 18        |
| 3.10 Strategie 9: Spezialisierung und interkantonale Zusammenarbeit .....             | 19        |
| 3.11 Strategie 12: Notfallversorgung .....  | 19        |
| 3.12 Strategie 14: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung .....              | 19        |
| 3.13 Strategie 16: Übergangspflege.....   | 20        |
| 3.14 Strategie 17: Hilfe und Pflege zu Hause .....                                    | 21        |
| 3.15 Strategie 19: Palliative Care .....  | 21        |
| 3.16 Strategie 20: Psychiatrie .....  | 21        |
| 3.17 Strategie 22: Rehabilitation .....   | 22        |
| 3.18 Strategie 23: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in Gesundheitsberufen .....  | 22        |
| 3.19 Strategie 24: eHealth (Electronic Healthcare).....                               | 23        |
| 3.20 Strategie 25: Qualität.....  | 23        |
| <b>4. Weiteres Vorgehen; Zeitplan</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>A n t r a g:</b> .....   | <b>24</b> |

Sehr geehrte Frau Präsidentin  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen den Entwurf einer Teilrevision der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010 mit folgendem Bericht:

### **Zusammenfassung**

Mit (05.181) Botschaft vom 6. Juli 2005 hat der Regierungsrat dem Grossen Rat die erste Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) mit 25 Strategien und einer übergeordneten Strategie sowie den Standorten der öffentlich subventionierten Akutspitäler zur Beschlussfassung unterbreitet. Der Grosse Rat hat am 13. Dezember 2005 die 25 Strategien und die übergeordnete Strategie, so wie sie aus den Beratungen hervorgegangen sind, mit 106 zu 0 Stimmen genehmigt. Die Standorte der öffentlich subventionierten Akutspitäler wurden entsprechend dem Antrag des Regierungsrats mit 107 zu 0 Stimmen festgelegt. Auf der Grundlage dieser Strategien wurde in der Folge eine ganze Reihe von Umsetzungsmassnahmen eingeleitet. Insbesondere wurde am 26. Mai 2007 das neue Pflegegesetz (PflG) und am 20. Januar 2009 das neue Gesundheitsgesetz vom Grossen Rat mit deutlichen Mehrheiten verabschiedet. Bereits mit der (05.181) Botschaft vom 6. Juli 2005 wurde darauf hingewiesen, dass die anstehenden Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und der Pflegefinanzierung dereinst Anlass für eine Überarbeitung der GGpl sein werden. Nachdem die beiden Revisionen des KVG vom Bundesparlament beschlossen wurden und ab 1. Januar 2011 (Pflegefinanzierung) beziehungsweise 1. Januar 2012 (Spitalfinanzierung) umgesetzt sein müssen, wurde die Überarbeitung der GGpl in Angriff genommen und liegt nach Bereinigungen aufgrund einer breit angelegten Anhörung, als Botschaft vor.

Das Anhörungsverfahren wurde zwischen dem 4. Juni und dem 9. Juli 2010 durchgeführt. Es wurden 468 Vernehmlassungsteilnehmende angeschrieben und eingeladen, insbesondere zu den neu formulierten Strategien Stellung zu nehmen. Es wurden politische Parteien, Gemeinden sowie gemeindenahe Institutionen, Regionalplanungsverbände, Alters- und Pflegeheime, Spitäler sowie Interessenvertretungen (Berufs- und Fachverbände) befragt. Mit den Anhörungsunterlagen wurde zusätzlich ein Fragebogen verschickt.

Der Regierungsrat weist darauf hin, dass es sich um eine Überarbeitung der GGpl handelt und wesentliche Änderungen auf dem genannten Anpassungsbedarf aufgrund der KVG-Revision basieren. Es sind 9 Strategien unverändert belassen worden (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15 und 21). 11 Strategien wurden geändert (übergeordnete sowie 1, 6, 8, 9, 16, 17, 18, 20, 22, und 25). 6 Strategien (Strategien 2, 7, 14, 19, 23, und 24) sind neu. Der Vergleich zwischen der GGpl 2005 und der GGpl 2010 sowie die Veränderungen aufgrund der Anhörung sind in der Synopse (vgl. Beilage) dargestellt.

Die Vorlage wurde aufgrund der Rückmeldungen überarbeitet. Dabei sind etliche Anregungen der Vernehmlassenden eingeflossen.

Von Parteien, Interessenverbänden und Gemeinden wurde kritisiert, dass keine Aussagen zu den Kosten der einzelnen Strategien, deren Verteilung auf die Träger (Kanton und Gemeinden) und der gesamthaften Entwicklung der Kosten (speziell Akutsomatik) vorgelegt wurden. Der Forderung nach Aussagen zu den Kosten und dem Finanzbedarf wurde in der überarbeiteten Fassung der GGpl entsprochen, indem in Kapitel 3.6 die finanziellen Auswirkungen der einzelnen Strategien der GGpl dargestellt werden.

Die Strategie 1 zur Lastenverteilung ist auf fundamentalen Widerstand gestossen, indem Gemeinden, Regionalplanungsverbände und Gemeindeinstitutionen sie deutlich ablehnten, politische Parteien und Institutionen ihr jedoch zustimmten, wenn auch teilweise mit Vorbehalten. Eine konsequente Aufgabenentflechtung in dem Sinne, dass Entscheid- und Finanzierungszuständigkeit vollständig zusammengelegt werden, das heisst Akutsomatik beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden, war bereits schon im Rahmen des Projekts "Aufgabenteilung Kanton – Gemeinden" ein Thema und ist seither stets von neuem Gegenstand politischer Diskussionen. Sie wird auch mit der Anhörung zur aktuellen GGpl breit gefordert. Sachlich bestehen kaum Argumente, die gegen eine solche Entflechtung sprechen, vielmehr sind es finanzpolitische Überlegungen, die Argumente gegen eine Umsetzung liefern. Entsprechend wird in Strategie 1 neu festgehalten, dass im Rahmen einer Neuordnung der Aufgaben- und Lastenverteilung im Gesundheitswesen die vollständige Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden einstweilen anzustreben sei.

In den Strategien 6 und 7 (Spitalversorgungskonzept und Spitalliste) wurde bemängelt, dass Konzepte betreffend Planung und Finanzierung sowie die Definition der spezialisierten und hoch spezialisierten Medizin fehlen. Damit verbunden wurden Fragen in Bezug auf die Abgrenzung zwischen den Zentral- und Regionalspitälern aufgeworfen. Der Regierungsrat formuliert die Strategie 7 aufgrund der Vernehmlassungsantworten insofern neu, als für die Zuteilung des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots transparente, nachvollziehbare und interkantonal abgestimmte Kriterien verwendet werden. Die Kriterien gelten für alle Anbieter in gleicher Weise. Für die Aufnahme auf die Spitalliste wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt. Die neue Spitalliste wird mit Wirkung ab 1. Januar 2012 erlassen.

Kritische Bemerkungen gab es in der Anhörung weiter zum Wettbewerb im Gesundheitswesen generell und damit verbundenen Befürchtungen über mögliche Rationierungen. Der Kanton setzt jedoch bewusst auf wettbewerbliche Elemente, um im interkantonalen Vergleich weiterhin zu den günstigeren Anbietern zu gehören. Zur Verdeutlichung der Absicht des Kantons wurde die Strategie 8 neu formuliert.

Die überarbeitete GGpl wird im September 2010 in der Kommission Gesundheit und Sozialwesen beraten und ist Ende Oktober 2010 für die Beratung im Grossen Rat vorgesehen. Die Überarbeitung der Strategien aufgrund der Beschlussfassung im Grossen Rat erfolgt bis Ende 2010.

## **1. Ausgangslage**

### **1.1 Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2005**

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

Der Grosse Rat hat am 13. Dezember 2005 die 25 Strategien und die übergeordnete Strategie, so wie sie aus den Beratungen hervorgegangen sind, mit 106 zu 0 Stimmen genehmigt. Die Standorte der öffentlich subventionierten Akutspitäler wurden entsprechend dem Antrag des Regierungsrats mit 107 zu 0 Stimmen festgelegt.

Auf der Grundlage dieser Strategien wurde in der Folge eine ganze Reihe von Umsetzungsmassnahmen eingeleitet. Insbesondere wurde am 26. Mai 2007 das neue Pflegegesetz (PflG) und am 20. Januar 2009 das neue Gesundheitsgesetz vom Grossen Rat mit deutlichen Mehrheiten verabschiedet.

Weitere Umsetzungsmassnahmen sind:

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

### **1.2 Weiterentwicklung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung**

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung ist gemäss § 5 Abs. 1 des Spitalgesetzes (SpiG) und § 3 Abs. 1 des Pflegegesetzes (PflG) periodisch zu überprüfen. Das Gesetz verzichtet darauf, zeitliche Vorgaben in Bezug auf die Periodizität der Überprüfung zu machen. Der Zeitpunkt der Überprüfung kann nicht zum Vornherein festgelegt werden, weil er auch von externen Faktoren, wie zum Beispiel Änderungen im rechtlichen Umfeld, insbesondere der Krankenversicherungsgesetzgebung, mitbestimmt wird.

Bereits mit der (05.181) Botschaft vom 6. Juli 2005 wurde darauf hingewiesen, dass die anstehenden Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und der Pflegefinanzierung dereinst Anlass für eine Überarbeitung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung sein werden.

Nachdem die beiden Revisionen des KVG vom Bund mittlerweile beschlossen wurden und ab 1. Januar 2011 (Pflegefinanzierung) beziehungsweise 1. Januar 2012 (Spitalfinanzierung) umgesetzt sein müssen, wurde die Überarbeitung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2005 in Angriff genommen.

### **1.3 Rechtliche Grundlagen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung**

Das KVG bestimmt grundsätzlich den Handlungsspielraum der kantonalen Gesundheitspolitik.

Nach § 79 Abs. 1 und 2 der Kantonsverfassung (Fassung gemäss Änderung vom 11. Januar 2005) bezeichnet das Gesetz die Pläne staatlicher Tätigkeiten, die der Genehmigung des Grossen Rats bedürfen, und regelt die Bindung der Behörden, die Mitbeteiligung des Grossen Rats und das Verfahren.

Gestützt auf diese Bestimmung regelt § 5 SpiG vom 25. Februar 2003 (Fassung gemäss Änderung vom 11. Januar 2005) beziehungsweise § 3 PflG vom 26. Juni 2007 die Gesundheitspolitische Gesamtplanung. § 5 SpiG lautet:

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

<sup>2</sup> Mit dem Standortentscheid des Grossen Rats erhält das betreffende Spital Anspruch auf einen Leistungsauftrag sowie einen Rahmen- und Leistungsvertrag im Bereich der stationären Grundversorgung unter wettbewerbsfähigen Bedingungen.

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

### **1.4 Aufbau der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010**

Nach der Ausgangslage in Kapitel 1 beschreiben die Kapitel 2 und 3 das rechtliche und politische Umfeld, sowie die Planungsgrundlagen und voraussichtliche Kostenentwicklung. In Kapitel 4 werden die übergeordnete Strategie und die Grundsätze der aargauischen Gesundheitspolitik dargestellt. Kapitel 5 und 6 enthalten schliesslich die einzelnen Themen mit den insgesamt 25 Strategien. Die einzelnen Themen sind nach einheitlichem Muster aufgebaut.

### **1.5 Beschlussfassung des Grossen Rats**

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung versteht sich sowohl als Ausgangspunkt wie auch als Dreh- und Angelpunkt im kantonalen Gesundheitswesen. Der Grosse Rat soll dieses Instrument nutzen, um seine strategischen Ideen einzubringen, wobei dies nur innerhalb des relativ engen Rahmens des Bundesrechts möglich ist. Diese Strategien werden dann via Konzeptionen konkretisiert und mit der Gesetzgebung umgesetzt.

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

Die Beschlussfassung des Grossen Rats bezieht sich auf die vorgeschlagenen Strategien bei den einzelnen Themen. Der Grosse Rat kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens diese Strategien unverändert genehmigen, abändern, präzisieren und/oder verfeinern. Zu-

dem kann er seine Vorstellungen bezüglich künftigen Planungs- und Umsetzungsschritten bekannt geben.

Die genehmigte Gesundheitspolitische Gesamtplanung wirkt als Richtlinie, von der nur in begründeten Fällen abgewichen werden kann (§ 5 Abs. 3 SpiG).

## **2. Handlungsbedarf/Revisionsgründe**

### **2.1 Revision des KVG**

Am 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) beziehungsweise 13. Juni 2008 (Pflegefiananzierung) hat der Bundesgesetzgeber die KVG-Revision beschlossen. Die Verordnungsanpassungen sind am 22. Oktober 2008 beziehungsweise 24. Juni 2009 erfolgt. Die Änderungen im KVG bedingen die Anpassung verschiedener Strategien der GGpl 2005. Die nachfolgenden Ausführungen zu den wichtigsten Anpassungen betreffend Pflege- und Spitalfinanzierung infolge der KVG-Revision dokumentieren die entsprechenden Auswirkungen auf die GGpl.

#### **2.1.1 Pflegefinanzierung**

Am 13. Juni 2008 hat der Bundesgesetzgeber das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen und damit unter anderem Änderungen beim KVG sowie beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vorgenommen. Am 24. Juni 2009 wurden durch den Bundesrat folgende Ausführungsbestimmungen erlassen:

- Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
- Teilrevision der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)

Kernelemente der neuen Pflegefinanzierung sind:

- Art. 25a Abs. 1 KVG:  
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Insgesamt sollen die Beiträge der Versicherer dem bisherigen Aufwand entsprechen (Übergangsbestimmungen Abs. 1).
- Art. 25a Abs. 4 KVG:  
Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und wirtschaftlich erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest. Die Beiträge im ambulanten Bereich betragen Fr. 79.80 (Abklärung/Beratung), Fr. 65.40 (Untersuchung/Behandlung) und Fr. 54.60 (Grundpflege). Die Beiträge im stationären Bereich betragen je nach Pflegebedarf Fr. 9.– bis Fr. 108.–.

- Art. 25a Abs. 5 KVG:  
Der versicherten Person dürfen – in Bezug auf die ambulanten und stationären Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen gedeckt werden – höchstens 20 % des höchsten, vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Die Patientenbeteiligung betragen ambulant höchstens Fr.15.95, stationär höchstens Fr. 21.60. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.
- Art. 25a Abs. 2 KVG:  
Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden während längstens 2 Wochen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu 45 % und vom Wohnkanton des Versicherten zu 55 % nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Im Unterschied zur Spitalfinanzierung beziehen sich die Leistungen von Versicherern und dem Kanton ausschliesslich auf die Finanzierung der Pflege. Die Pensions- beziehungsweise Hotelleriekosten gehen zulasten der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.
- Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2):  
Die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung (1. Januar 2011) geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert 3 Jahren an die vom Bund festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

Ergänzt werden die Massnahmen im KVG durch die Einführung einer Hilflosenentschädigung (HE) leichten Grades bei Pflege zu Hause und eine Erhöhung der Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen (EL).

Die neue Pflegefinanzierung bedingt eine Teilrevision des Pflegegesetzes vom 26. Juni 2007.

### **2.1.2 Spitalfinanzierung**

Am 21. Dezember 2007 hat der Bundesgesetzgeber mit einer Änderung des KVG neue Grundsätze der Spitalfinanzierung beschlossen. Am 22. Oktober 2008 hat der Bundesrat mit einer Teilrevision der KVV die Ausführungsbestimmungen erlassen.

Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung sind:

- Die stationäre Behandlung und der Spitalaufenthalt werden leistungsbezogen mittels Pauschalen, die sich an medizinischen Diagnosen und Behandlungen orientieren (DRG) und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen, finanziert.
- In den Pauschalen sind neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten eingeschlossen.
- Auf die Kantone entfallen mindestens 55 % und auf die Krankenversicherer höchstens 45 % der Fallpauschalen. Die neuen Finanzierungsregeln gelten für KVG-Leistungen auf allen Abteilungen, somit auch auf der privaten und halbprivaten Abteilung.
- Kantone und Versicherer vergüten nur Leistungen von öffentlichen oder privaten Spitälern, die für die betreffenden Leistungen auf der Spitalliste (Leistungsauftrag des Kantons) sind.

- Grundversicherte Patientinnen und Patienten dürfen künftig schweizweit frei unter allen Spitälern, die auf einer kantonalen Spitalliste stehen, wählen. Sie müssen jedoch die Mehrkosten übernehmen, wenn ein ausserkantonaies Spital höhere Tarife kennt als die Spitäler im Wohnkanton.
- Die Krankenversicherer können auf freiwilliger Basis auch KVG-Leistungen von Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, abgelten (sogenannte Vertragsspitäler).
- Die Kantone werden zur Koordination ihrer Spitalplanungen verpflichtet. Ihre Planung muss den einheitlichen Planungskriterien des Bundes entsprechen

Die zeitlichen Vorgaben zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sind:

- Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen sowie die Anwendung der neuen Finanzierungsregelung (55 % Kanton, 45 % Krankenversicherer) bis Ende 2011.
- Anpassung der kantonalen Spitalplanungen bis Ende 2014.

Die Revision des KVG bedingt eine Anpassung des Spitalgesetzes (SpiG) vom 25. Februar 2003.

## **2.2 Parlamentarische Vorstösse**

### **2.2.1 Postulate der CVP-Fraktion und der FDP-Fraktion**

Das (06.97) Postulat der CVP-Fraktion vom 30. Mai 2006 betreffend Schaffung eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz und Einfluss auf die gesundheitspolitische Gesamtplanung, Spitalkonzeption, Gesundheitsgesetz, Spitalgesetz und Spitalliste verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird beauftragt, Verhandlungen mit den Kantonen Basel-Stadt, Baselland und Solothurn aufzunehmen, die die Schaffung eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz zum Inhalt haben. Er wird beauftragt, einen entsprechenden Bericht vorzulegen."

Das (06.98) Postulat der FDP-Fraktion vom 30. Mai 2006 betreffend Schaffung eines überregionalen Spitalraums Nordwestschweiz verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird beauftragt, mit den Kantonen Baselstadt, Baselland und Solothurn Verhandlungen aufzunehmen, die die Schaffung eines Spitalraums Nordwestschweiz zum Inhalt haben. Er wird beauftragt, vorgängig einen entsprechenden Bericht vorzulegen mit Erläuterungen bezüglich Einfluss eines solchen Spitalraums auf das Spitalgesetz, die gesundheitspolitische Gesamtplanung und das Gesundheitsgesetz."

Die beiden Postulate wurden vom Grossen Rat überwiesen.

### **2.2.2 Auftrag Theres Lepori**

Der (08.193) Auftrag Theres Lepori vom 24. Juni 2008 betreffend Förderung von Ausbildungsplätzen für Gesundheitsberufe in allen stationären oder ambulanten Institutionen durch den Kanton verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, folgende Grundsätze aus der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung umzusetzen:

Gemäss Ausführungen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung gehören zur Aufgabe der stationären und ambulanten Leistungserbringer des Gesundheitswesens Aargau auch die Wahrnehmung von allgemeinerwirtschaftlichen Leistungen wie Ausbildung und Weiterbildung des Fachpersonals. Es ist somit Aufgabe des Kantons, die Leistungserbringer mittels Leistungsverträgen zu dieser wichtigen Aufgabenerfüllung zu verpflichten. Auch Aufgabe des Kantons ist es, gute Rahmenbedingungen zu schaffen und durch die Einberechnung dieser erhöhten Kosten in die Fallpauschalen oder separaten *Ausbildungspauschalen zu entschädigen*.

Tatsächlich haben verschiedene Kantone bereits auf diese "düstere" Prognose reagiert. So bilden z. B. die Kantone Bern, Zürich und Luzern im kommenden Jahr dreimal so viele Fachangestellte® Gesundheit aus, wie der Kanton Aargau."

Der Auftrag wurde – entgegen dem Antrag des Regierungsrats auf Ablehnung – vom Grossen Rat am 9. Dezember 2008 überwiesen.

### **2.2.3 Postulat Dr. Peter Schuhmacher**

Das (09.212) Postulat Dr. Peter Schuhmacher vom 30. Juni 2009 betreffend Monitoring der Finanzströme im Gesundheitswesen verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, möglichst umgehend ein Monitoring über die Finanzströme im Gesundheitswesen einzuführen, mit dem Ziel, transparente Grundlagen für den AFP als auch für die Umsetzung der KVG-Revision zur Verfügung zu stellen. Die Monitoring-Ergebnisse sind mindestens im Rahmen der AFP-Erstellung sowie bei Vorhaben der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung und der Umsetzung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung zu aktualisieren."

Das Postulat wurde vom Grossen Rat überwiesen.

### **2.2.4 Motion der FDP-Fraktion**

Die (09.222) Motion der FDP-Fraktion vom 18. August 2009 betreffend Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und Schaffung des Gesundheitsraums Nordschweiz mit Spitzenmedizinstandort Aargau; Neuvorlage der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, im vierten Quartal 2009 dem Grossen Rat einen Planungsbericht resp. eine überarbeitete Gesundheitspolitische Gesamtplanung vorzulegen, der die kantonale Strategie zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und Schaffung eines Gesundheitsraums Nordschweiz beinhaltet sowie die Strategie für die aargauische Medizinforschung und -technologie sowie den Spitzenmedizinstandort Aargau darlegt."

Der Regierungsrat beantragt in seiner Antwort vom 18. November 2009 an den Grossen Rat die Ablehnung der Motion beziehungsweise die Entgegennahme als Postulat. Der Grosse Rat hat den Vorstoss am 19. Januar 2010 als Postulat überwiesen.

### 2.2.5 Postulat der FDP-Fraktion

Das (09.302) Postulat der FDP-Fraktion vom 10. November 2009 betreffend Entwicklung der Investitionsvolumen im Bereich der Kantonsspitäler verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, dem Grossen Rat folgende Punkte in einem Bericht aufzuzeigen:

1. a. Wie beurteilt der Regierungsrat den baulichen Zustand der drei Zentrumsspitäler?  
b. Welche Investitionen wären alleine für den Werterhalt in den nächsten 20 Jahren vorzunehmen?  
c. Wie entwickelt sich generell das mutmassliche Investitionsaufkommen im Kanton Aargau im Bereich der Zentralspitäler an drei Standorten in den nächsten 20 Jahren? Als Basis dienen die Annahmen zur Bedarfsentwicklung.
2. a. Mit welchen Investitionen wäre bei einer Neuorganisation der Zentrumsspitäler an einem Ort zu rechnen?  
b. Gibt es mögliche Standorte im Kanton, die für eine solche zentrale Neuorganisation geeignet wären?
3. Wie beurteilt der Regierungsrat insgesamt die möglichen Optionen  
a. einer Fortführung der bisherigen Organisationsstruktur mit verschiedenen Behandlungsstandorten;  
b. einer Zentrumsversorgung Akutmedizin an einem neuen Standort;  
c. einer generellen Neuorganisation an einem einzigen, zentralen Standort; aus finanz-, gesundheits- und regionalpolitischer Sicht?
4. Welche Massnahmen sieht der Regierungsrat vor zur vermehrten interkantonalen Kooperation der Zentrumsspitäler?"

Entsprechend dem Antrag des Regierungsrats vom 2. Juni 2010 wurde das Postulat vom Grossen Rat am 29. Juni 2010 überwiesen.

### 2.2.6 Motion der FDP-, CVP-BDP-, SVP- und GLP-Fraktion

Die (10.24) Motion der FDP-, CVP-BDP-, SVP- und GLP-Fraktion vom 19. Januar 2010 betreffend Schaffung rechtlicher Grundlagen zu einem fairen, transparenten und wettbewerblich organisierten Verfahren für den bedarfsgerechten Leistungsfinanzierung des Kantons im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird eingeladen, im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 bzw. im Hinblick auf die Festsetzung der neuen Spitalliste ein Submissionsverfahren zu entwickeln. Dieses soll für die stationäre Gesundheitsversorgung analog der Regelung im Beschaffungswesen eine faire Ausschreibung von Spitalleistungen gewährleisten.

Die Anbietenden sind – ob staatlich oder privat – in allen Phasen des Vergabeverfahrens gleich zu behandeln und wettbewerbsverzerrende Faktoren sind möglichst zu eliminieren. Die Vergabestelle vermeidet jede Diskriminierung der Anbietenden, insbesondere durch klare Definition der Spezifikationen der benötigten Leistungen: Ausgehend vom Bedarf sollen die in Strategie 10 der gesundheitspolitischen Gesamtplanung genannten Kriterien der Preisgestaltung, der Leistungsfähigkeit, der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, des Leistungs- und Qualitätsniveaus, der Versorgungssicherheit (Zuverlässigkeit) und der Zugänglichkeit definiert werden und zur Anwendung gelangen. So dient das System der Implementierung eines fairen, transparenten und wettbewerblich organisierten Verfahrens beim Leistungsfinanzierung sowie der Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen am besten.

Aus Gründen der Demokratie ist das Verfahren sinnvollerweise durch die Volksvertretung in Form eines Dekrets zu beschliessen."

Entsprechend dem Antrag des Regierungsrats vom 2. Juni 2010 wurde die Motion vom Grossen Rat am 29. Juni 2010 überwiesen.

### 2.3 Strategien der GGpl 2010

Die Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) wurde am 13. Dezember 2005 vom Parlament verabschiedet. Der Regierungsrat weist darauf hin, dass es sich um eine Überarbeitung der GGpl handelt und wesentliche Änderungen auf dem genannten Anpassungsbedarf aufgrund der KVG-Revision basieren. Es sind 9 Strategien unverändert belassen worden (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15 und 21). 11 Strategien wurden geändert (übergeordnete sowie 1, 6, 8, 9, 16, 17, 18, 20, 22, und 25). 6 Strategien (Strategien 2, 7, 14, 19, 23, und 24) sind neu. Der Vergleich zwischen der GGpl 2005 und der GGpl 2010 sowie die Veränderungen aufgrund der Anhörung sind in der Synopse dargestellt (vgl. Beilage).

## 3. Ergebnisse der Anhörung und daraus resultierende Umsetzungsvorschläge

### 3.1 Allgemeines

Das Anhörungsverfahren wurde im Zeitraum von 4. Juni 2010 bis 9. Juli 2010 durchgeführt. Es wurden 468 Vernehmlassungsteilnehmende angeschrieben und eingeladen, zu den neu formulierten Strategien Stellung zu nehmen. Es wurden politische Parteien, Gemeinden sowie gemeindenaher Institutionen, Regionalplanungsverbände, Alters- und Pflegeheime, Spitäler sowie Interessenvertretungen (Berufs- und Fachverbände) befragt. Mit den Anhörungunterlagen wurde zusätzlich ein Fragebogen verschickt.

Innerhalb der Anhörungsfrist sind 195 beantwortete Fragebögen retourniert worden, was einer Rücklaufquote von 42 % entspricht. Von den Parteien haben sich die BDP, die CVP, die EVP, die FDP, die SVP, die SP, die Grünen, die Grünliberalen, die Auto-Partei sowie die JFDP geäussert. Von den angeschriebenen Gemeinden haben sich 120 (54 %) geäussert. Die Beteiligung der einzelnen Gruppen kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

| Gruppe                         | Anzahl Adressaten | eingegangene Antworten | Quote       |
|--------------------------------|-------------------|------------------------|-------------|
| Gemeinden                      | 221               | 122                    | 55 %        |
| gemeindeähnliche Institutionen | 8                 | 3                      | 38 %        |
| Regionalplanungsverbände       | 13                | 5                      | 38 %        |
| Parteien                       | 21                | 10                     | 48 %        |
| Spitäler                       | 27                | 16                     | 59 %        |
| Alters- und Pflegeheime        | 111               | 16                     | 14 %        |
| Interessenvertreter            | 33                | 16                     | 48 %        |
| Diverse Institutionen          | 13                | 6                      | 46          |
| Spezialadressaten              | 21                | 1                      | 5 %         |
| <b>Total</b>                   | <b>468</b>        | <b>195</b>             | <b>42 %</b> |

Die Strategie Nr. 24 ("eHealth") wurde weitgehend positiv aufgefasst, mit einer vorbehaltlosen Zustimmung über alle Gruppen von 68 %. Die grösste Ablehnung wurde Strategie 1 (Lastenverteilung) entgegengebracht. 44 % der Befragten lehnten diese ab. Die hohe Ablehnung ergibt sich unter anderem aus dem hohen statistischen Gewicht, das den Gemeinden und ihren Vertretern zukommt. Sie stellen über 62 % der retournierten Fragebögen.

Die Vorlage wurde aufgrund der Rückmeldungen überarbeitet. Dabei sind etliche Anregungen der Vernehmlassenden eingeflossen. Details zur Auswertung sowie die darauf gestützten Umsetzungsvorschläge werden in den nachfolgenden Kapiteln ausgeführt.

### **3.1.1 Anhörungsfrist**

Kritisiert wird von Gemeinden und Verbänden die knappe Anhörungsfrist. Verschiedene Gemeinden, Verbände und andere Vernehmlassungspartner haben deshalb keine oder nur knappe Stellungnahmen abgegeben. Kritisiert werden auch die vorgezogene Anhörung zur Pflegefinanzierung und die erst anschliessende Anhörung zur GGpl, obwohl sachliche Überschneidungen bestünden.

Der Regierungsrat versteht das Anliegen der Vernehmlassungsteilnehmenden für eine längere Frist. Aufgrund der erklärten engen Zeitplanung und Dringlichkeit der Vorlage konnte jedoch keine längere Frist anberaumt werden. Die genannten sachlichen Überschneidungen basieren auf derselben zeitlichen Knappheit und wären vom Regierungsrat gerne in der Reihenfolge Überarbeitung GGpl, Teilrevision Pflegegesetz/Neuordnung Pflegefinanzierung und Teilrevision Spitalgesetz/Neuordnung Spitalfinanzierung in die Anhörung gegeben worden.

### **3.1.2 Systematik der Unterlagen**

Es wurde in der Rückmeldung von verschiedenen Gemeinden, Interessevertretern und Institutionen bemängelt, dass im Aufbau der Unterlagen keine gesamthafte Gegenüberstellung der bisherigen mit den neuen Strategien vorgelegt wurde. Es wurde auch vereinzelt beanstandet, dass im Fragebogen nur die neu formulierten Strategien geprüft wurden.

Die explizite Befragung der geänderten und neuen Strategien wurde aufgrund der hohen Dringlichkeit und der umfangreichen Vorlage bewusst gewählt. Die Möglichkeit, auch die anderen Strategien zu kommentieren, bestand und wurde genutzt. Zuhanden des Parlaments wird eine synoptische Darstellung der bisherigen und der neuen Strategien vorgelegt.

## **3.2 Planungsgrundlagen**

Spitäler, Gemeinden, Interessenverbände und Parteien kritisierten, dass die GGpl nicht auf einer ausreichenden Datenbasis aufgebaut sei. Besonders erwähnt wurden fehlendes Mengengerüst und fehlende Prognosen sowie Angaben zum künftigen Bedarf (speziell in der Akutsomatik) und zur strukturellen Abdeckung des künftigen Bedarfs.

Der Forderung nach weiteren Planungsgrundlagen wird in der überarbeiteten Fassung der GGpl entsprochen. In Kapitel 3.6 werden verschiedene Aspekte wie demografische Grundlagen, Versorgungslage, Patientenströme und Bedarf konkretisiert.

Zudem ist insbesondere Bezug auf den Versorgungsbericht für die Akutversorgung zu nehmen, der als Grundlage für die Versorgungsplanung in Zusammenarbeit mit der GDK-Nordwestschweiz erarbeitet wird. Die Aargauer Zahlen aus dem Bericht Nordwestschweiz (NWCH) wurden bereits in die GGpl unter Kapitel 3.6 eingearbeitet. Der Bericht wird gemeinsam mit den NWCH-Kantonen im 4. Quartal 2010 publiziert. Er wird Bedarfszahlen ausweisen, die nicht in die politische Diskussion geführt, sondern als Grundlage für die Planung genommen werden.

### **3.3 Finanzielle Auswirkungen**

Von Parteien, Interessenverbänden und Gemeinden wurde kritisiert, dass keine Aussagen zu den Kosten der einzelnen Strategien, deren Verteilung auf die Träger (Kanton und Gemeinden) und der gesamthaften Entwicklung der Kosten (speziell Akutsomatik) vorgelegt wurden. Zudem wurde die Finanzierbarkeit der Strategien angezweifelt. Es sollte aufgezeigt werden, welche Handlungsmöglichkeiten der Kanton im Rahmen der finanziellen und rechtlichen Möglichkeiten hat. Aufgrund des fehlenden Bezugs zum finanziellen Rahmen stand ein erheblicher Teil der Antwortenden der GGpl als Gesamtvorlage kritisch bis ablehnend gegenüber.

Der Forderung nach Aussagen zu den Kosten und dem Finanzbedarf wird in der überarbeiteten Fassung der GGpl entsprochen. In Kapitel 3.6 werden die finanziellen Auswirkungen der einzelnen Strategien der GGpl dargestellt. Der Regierungsrat weist darauf hin, dass die Darstellung von finanziellen Auswirkungen auf der strategischen Ebene schwierig ist. Entsprechend den Anforderungen in § 12 Abs. 3 lit. e des Gesetzes über die wirkungsorientierte Steuerung von Aufgaben und Finanzen (GAF) ist die Forderung in der GGpl umgesetzt und der Ressourcenbedarf nach dem heutigen Kenntnisstand dargestellt. Da Strategien die operativen Instrumente wie Budget, Aufgaben- und Finanzplan (AFP) naturgemäss überdauern, sind die Inhalte in den genannten Finanzinstrumenten anzupassen und zu konkretisieren. Die in Kapitel 3.6 dargestellten Zahlen sind entsprechend mit Vorbehalt zu lesen; Anpassungen aufgrund sich verändernder Rahmenbedingungen sind möglich.

### **3.4 Bemerkungen zu unveränderten Strategien**

#### **3.4.1 Strategien 3 und 4**

Seitens der Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser (VAKA), des Kantonsspitals Baden (KSB), des Spitals Zofingen und weiteren Vernehmlassungspartnern wurde die Frage gestellt, welche Rolle die Leistungserbringer in der Akutsomatik betreffend Prävention hätten, welches die Anreize seien und worauf die Finanzierung basiere.

Die Leistungserbringer der Akutsomatik sind Partner und Teil der interdisziplinären Fachnetzwerke der Schwerpunktprogramme. Sie begleiten die Programme und können Inputs zu deren Verbesserung geben. Auch Inputs zur Lancierung neuer Programme können von den Leistungserbringern der Akutsomatik kommen. Darüber hinaus sensibilisieren sie die Bevölkerung, führen die Triage sowie Informationsveranstaltungen durch und haben eine aktive Rolle in der Sekundär- und Tertiärprävention. Zudem haben die Leistungserbringer der Akutsomatik als Arbeitgebende eine Vorbildfunktion im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Für die Leistungserbringer kann die Imageförderung ein Anreiz für die Gesundheitsförderung und Prävention sein. Sie können aber auch über die Schwerpunktprogramme Angebote an ihre (potenziellen) Klienten bringen. Für Arbeitgeber und Schulen besteht der Anreiz einerseits darin, gesündere und damit leistungsfähigere Mitarbeitende beziehungsweise Schülerinnen und Schüler sowie Lehrpersonen zu haben. Andererseits wirkt sich ein Engagement für die Gesundheit positiv auf das Image des Betriebs oder die Schule aus. Bei Gemeinden sind ebenso die erhöhte Lebensqualität und der Imagegewinn von Bedeutung. Zudem sind aber auch tiefere Kosten im Gesundheitswesen ein Beweggrund sich – insbesondere in der Gesundheitsförderung im Alter – zu engagieren. Für die Menschen – die eigentliche Zielgruppe der Gesundheitsförderung und Prävention – ist ihre dadurch verbesserte Lebensqualität wesentlich.

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme werden grösstenteils vom Kanton finanziert. Grosse Beiträge kommen aber auch vom Bund (Alkoholzehntel und Tabakpräventionsfonds) sowie von der Gesundheitsförderung Schweiz.

### **3.5 Übergeordnete Strategie**

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

Die übergeordnete Strategie ist in der Anhörung nicht grundsätzlich bestritten worden, fand aber einige kritische Reaktionen, die eine Konkretisierung der Ausführungen nahe legten.

Grundsätzlich ist eine Konzentration der Leistungen nötig und sinnvoll, um sie qualitativ optimal und zu günstigen Konditionen anbieten zu können. In diesem Zusammenhang ist auch die Diskussion um Mindestmengen zu sehen, welche allerdings nicht abgeschlossen ist. Die Vergabe von Leistungsaufträgen nach Leistungsgruppen ist vorgesehen und im neu formulierten Kapitel 5.3.1.1 beschrieben. Ohne Zweifel wird es Sache von Fachleuten und nicht der Administration sein, für bestimmte Behandlungen ausserhalb der täglichen Routine solche Zahlen zu definieren und die entsprechend generierte Liste regelmässig zu überprüfen. Dies schliesst die regionale Grundversorgung in keiner Weise aus; der Kanton Aargau bekennt sich zu seinem zweistufigen Versorgungskonzept.

Ebenso sei festgehalten, dass der Grundsatz "ambulant vor stationär" sowohl wirtschaftlich wie medizinisch Sinn machen muss und in diesem Sinne keine absolutistische Formulierung sein darf. Durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme können sich zwar Fehlanreize ergeben, jedoch ist es haltlos, eine Behandlung nur aus rein wirtschaftlichen Überlegungen der einen oder anderen Kategorie zuzuweisen.

### **3.6 Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung**

Die Strategie 1 zur Lastenverteilung ist auf fundamentalen Widerstand gestossen, indem Gemeinden, Regionalplanungsverbände und Gemeindeinstitutionen sie überdeutlich ablehnten, politische Parteien und Institutionen ihr jedoch zustimmten, wenn auch teilweise mit Vorbehalten. Dieses Resultat wird als verständliche Reaktion der Betroffenen interpretiert, indem den Gemeinden zusätzliche Lasten aufgebürdet werden. In der bisherigen Fassung der GGpl lag zudem nur wenig Zahlenmaterial vor, welches die Situation nachvollziehbar erscheinen liess. Dies wird in dieser neuen Fassung nachgeholt, indem sich aus heutiger Sicht die massiven Mehrkosten der Gesundheitsversorgung der Zukunft zeigen. Die Entwicklung im Kostensektor ergibt sich aus der demografischen Entwicklung und der zunehmend komplexen Möglichkeiten in Medizin und Pflege sowie durch die Umverteilung im Rahmen der Revisionen des KVG und der Pflegefinanzierung durch das eidgenössische Parlament. Diese entlastet vor allem im Langzeitpflegebereich die Bewohner und die Versicherer, um mit der Einführung der Restkostenfinanzierung die öffentliche Hand zu belasten.

Es ist notwendig, die zusätzlichen Kosten zu verteilen, denn es ist unmöglich, sie alleine dem Kanton aufzubürden, der mit der Spitalfinanzierung bereits stark gefordert ist. Aus der Sicht der Steuerung macht es Sinn, die Finanzierung dort zuzuweisen, wo ein gewisser Handlungsspielraum besteht. Damit bleibt die Spitalplanung und Spitalfinanzierung schwergewichtig beim Kanton, der dafür auch ein Mandat des Bundesgesetzgebers hat, während die Gemeinden ihren Einfluss vermehrt im Bereich der Planung der Langzeitpflege wahrnehmen. Aus diesem Grund wollte der Regierungsrat ursprünglich am bisherigen Modell festhalten und bei der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden bleiben. In den Vernehmlassungsantworten zeigte sich jedoch eine starke Phalanx für einen neuen Kostenteiler, der die Kosten für die Akutversorgung ganz dem Kanton und die Kosten der Pflegefinanzierung vollständig den Gemeinden zuweist. Aufgrund der grossen Einhelligkeit hat sich der Regierungsrat entschieden, in Zukunft auf dieses Modell zu wechseln, welches auch den oben erwähnten planerischen Gegebenheiten entspricht.

#### **Strategie 1: Aufgaben- und Lastenverteilung**

Im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilung wird die Übernahme der Akutomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden angestrebt.

An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten.

Diese Neuordnung berücksichtigt, dass in der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden gesamthaft keine wesentlichen Lastenverschiebungen stattfinden. Vom Zeithorizont her benötigt die Umsetzung dieser Strategie mit Sicherheit einige Zeit. In Bezug auf die ab 2011 (Pflegefinanzierung) beziehungsweise 2012 (Spitalfinanzierung) wirkende Umsetzung der KVG-Revision bedeutet dies, dass die aktuelle Aufgaben- und Lastenverteilung unter Berücksichtigung der daraus resultierenden Mehrkosten vorläufig beibehalten wird. Zu Beginn wird es damit im Gesundheitswesen grundsätzlich bei der bisherigen Verteilung mit 60 % zulasten Kanton und 40 % zulasten der Gemeinden bleiben. So bald wie möglich wird aber die Neuordnung der übergeordneten Aufgaben- und Lastenverteilungskonzeption zu

realisieren sein. Diese wird bei der Aufteilung der Lasten im Gesundheitswesen zu Verschiebungen führen, darf jedoch im Rahmen des übergeordneten Gesamtpakets keine Veränderung erfahren. Dieses Vorhaben setzt selbstredend die Kooperation aller Partner voraus.

### **3.7 Strategie 2: Spitalliegenschaften des Kantons**

Eine Mehrzahl der Antwortenden war tendenziell für die Übertragung der Liegenschaften in einer noch offenen Form vom Kanton an die Spitäler. Alle antwortenden Spitäler – speziell auch die direkt betroffenen drei kantonalen Häuser – und die VAKA sind davon überzeugt, dass eine volle Übernahme der Liegenschaft einschliesslich des Grundstücks durch die Spitäler richtig ist. Sie bemängelten das Fehlen der Grundstücksübertragung in der bisherigen Fassung. Die Vernehmlassenden wiesen gleichzeitig darauf hin, dass gleich lange Spiesse herrschen müssten. Es sollten Wettbewerbsverzerrungen vermieden und Altlasten mit Investitionsrückständen ausgeglichen werden. In den für die konkrete Übertragung notwendigen Details (Bewertung, aufgeschobene Investitionen, neue Investitionen etc.) besteht aufgrund der Anhörung jedoch keine Klarheit und es ist auch keine einheitliche Meinung auszumachen (55 % Vorbehalte = Maximum aller Strategien). Viele Vorbehalte betrafen die finanziellen Auswirkungen – vor allem die Finanzierung der "aufgeschobenen" Investitionen. Verschiedene Vernehmlassende verlangten eine Vereinheitlichung der Ausgangslage im Sinne der Mitfinanzierung notwendiger Sanierungen. Zudem warfen einige die Frage auf, was passiere, wenn Investitionen und Unterhalt mit der Fallpauschale nicht zu tragen seien. Ergänzend wurden baurechtliche Fragen in die Beurteilung eingebracht (Zone für öffentliche Bauten). Zentral dabei war, dass Spitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag gegenüber Privatspitälern bevorteilt werden könnten.

Der Regierungsrat hält an der Liegenschaftsübertragung fest, legt sich aber noch nicht auf deren detaillierte Ausgestaltung fest. Dazu fehlen die Grundlagen, weil die Rahmenbedingungen des Bundes zur Finanzierung unter Swiss-DRG ab 2012 bisher offen sind und die Bewertung der Liegenschaften, welche die öffentliche Hand bisher mitfinanziert hat, vorgenommen wurde, aber noch nicht festgelegt ist. Der Regierungsrat hat das Departement Finanzen und Ressourcen beauftragt, ein Konzept dazu vorzulegen, welches auch die Regionalspitäler angemessen berücksichtigt. Die verschiedenen Varianten müssen darin aufgezeigt und der Grosse Rat in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Für die Übertragung braucht es schliesslich ein Dekret des Grossen Rats, damit das Spitalgesetz entsprechend geändert werden kann.

Bekannt ist bislang der finanzielle Bedarf für den Werterhalt und das mutmassliche Investitionsaufkommen der drei Kantonsspitäler und der Regionalspitäler. Die im Raum stehende Frage nach dem Bau eines Zentralspitals ist derzeit in Prüfung.

### **3.8 Strategie 6: Spitalversorgungskonzept und Strategie 7: Spitalliste**

Die Antworten zu den Strategien 6 (Versorgungskonzept) und 7 (Spitalliste) überschneiden sich teilweise. Es wurde bemängelt, dass kein Spitalversorgungskonzept, keine Spitalplanung und kein Konzept hinsichtlich der Finanzierung der Akutsomatik vorliegen. Für eine Mehrzahl der Antwortenden fehlte eine Definition der spezialisierten beziehungsweise hochspezialisierten Medizin. Damit verbunden wurden Fragen hinsichtlich der Abgrenzung zwischen den Zentral- und den Regionalspitälern. Angesprochen wurden auch Abgrenzungs-

probleme zwischen dem Kantonsspital Aarau (KSA) und dem Kantonsspital Baden. Unklarheiten waren auch hinsichtlich des Begriffs der "integrierten Versorgung" auszumachen. Diesen Umständen wird mit der Neuformulierung des Kapitels 5.3.1.1 Rechnung getragen, welches auf verschiedene Definitionen eingeht und den Leistungsfinanzierung nach Leistungsgruppen umschreibt. Wie bereits andernorts erwähnt, ist es die Absicht des Regierungsrats, eine regionale Spitalversorgung beizubehalten. Er beabsichtigt aber mit der Vergabe der Leistungsaufträge nach Leistungsgruppen eine gewisse Zentralisierung bestimmter Leistungen in Abhängigkeit von deren Komplexität und Bedarf an Infrastruktur für Behandlung und Nachbehandlung. Diese Vergabe wird im Rahmen eines speziellen Bewerbungsverfahrens nach klaren Kriterien im Frühjahr 2011 durchgeführt. Zur Kriteriendefinition sollen im Bedarfsfall mit dem Ziel, praktikable Lösungen zu erarbeiten, Spezialisten beigezogen werden. Eine Vergabe der Leistungsaufträge auf mindestens 4 Jahre ist aus Gründen der Planungssicherheit vorgesehen. Unverändert bleibt die interkantonale Abstimmung bestehen, welche auf dem Auftrag von Art. 39 Abs.2 KVG (Die Kantone koordinieren ihre Planung) gründet.

Der Regierungsrat formuliert die Strategie 7 aufgrund der Vernehmlassungsantworten wie folgt neu:

#### **Strategie 7: Spitalliste**

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

Die Kriterien gelten für alle Anbieter in gleicher Weise.

Für die Aufnahme auf die Spitalliste wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt.

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

### **3.9 Strategie 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung**

Von einer Mehrzahl der Antwortenden wurde darauf hingewiesen, dass der Kanton nicht mehr die Rolle des Leistungseinkäufers habe, sondern zukünftig Leistungsfinanzierer sei. Das ist zwar weitgehend zutreffend, gleichwohl wurde von vielen Antwortenden verlangt, dass der Kanton auch im Rahmen seiner neuen Rolle Einfluss auf den Leistungsfinanzierung nehmen soll. Diese Absicht hat der Kanton weiterhin und will sich als Mehrheitszahler aktiv in die Gestaltung der aargauischen Spitallandschaft einbringen.

Von Bedeutung war für viele Vernehmlassende insbesondere der Wunsch nach einer einheitlichen Baserate für den ganzen Kanton (keine Differenzierung nach Spital beziehungsweise Spitaltyp). Der Regierungsrat versteht dieses Anliegen und strebt eine kantonal einheitliche Baserate an.

Kritische Bemerkungen gab es zum Wettbewerb und damit verbundene Befürchtungen in Bezug auf Rationierungen. Der Kanton setzt jedoch bewusst auf wettbewerbliche Elemente, um im interkantonalen Vergleich weiterhin zu den günstigeren Anbietern zu gehören. Zur Verdeutlichung der Absicht des Kantons wird die Strategie 8 neu formuliert.

### **Strategie 8: Leistungsfinanzierung in der stationären Akutversorgung**

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

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

### **3.10 Strategie 9: Spezialisierung und interkantonale Zusammenarbeit**

Viele Antwortende waren in Bezug auf diese Strategie skeptisch und befürchteten eine Schwächung der Spitäler des Kantons Aargau. Vorbehalte bestanden auch wegen der fehlenden Definition der Abgrenzung zwischen Grund- und Spezialversorgung und gegenüber Mindestmengen. Aufgrund der fehlenden Definitionen konnten die Antwortenden die Auswirkungen dieser Strategie nicht nachvollziehen und waren ablehnend oder skeptisch. In der adaptierten Fassung der GGpl sind die Definitionen nachgeführt und finden sich in Kapitel 5.3.1.1. Auch bezüglich der Bedeutung von Mindestmengen werden Aussagen gemacht, welche den Schluss zulassen, dass diese ein wichtiges Steuerungsinstrument werden, jedoch nicht die regionale Grundversorgung gefährden (vgl. auch oben "Übergeordnete Strategie"). Beim geplanten Modus der Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen des oben erwähnten Bewerbungsverfahrens werden alle Bewerber gleich behandelt. Mit dem Übergang zum zweistufigen Versorgungsprinzip der Grund- und Zentrumsversorgung wird zudem auf eine Unterscheidung zwischen KSA und KSB bewusst verzichtet.

### **3.11 Strategie 12: Notfallversorgung**

Aufgrund der Anhörungsergebnisse sowie des in Zukunft zunehmenden Mangels an Grundversorger verzichtet der Kanton darauf, die steigenden Frequenzen in den Notfallstationen eindämmen zu wollen. Selbstverständlich sind kosten senkende Massnahmen notwendig, jedoch sollen diese bezüglich Ausgestaltung den Leistungserbringern überlassen bleiben.

Die Strategie 12 wird deshalb wie folgt neu formuliert:

#### **Strategie 12: Notfallversorgung**

Die Notfallversorgung ist durch die niedergelassene Ärzteschaft, Apotheken, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die Spitäler gewährleistet. Für letztere gilt die Notfallversorgung als integraler Bestandteil des Leistungsauftrags.

Die Notfallversorgung ist zwischen den verschiedenen Leistungserbringern koordiniert.

### **3.12 Strategie 14: Unterstützung im Bereich der Langzeitversorgung**

Die Strategie 14 wurde gesamthaft mit 25 % ohne Vorbehalt und mit 42 % inklusive Vorbehalt unterstützt. Alle wesentlichen Gruppen unterstützten die Strategie vollumfänglich oder mit Vorbehalt, wobei insbesondere Alters- und Pflegeheime (100 %), Spitäler (63 %), Ge-

meinden (64 %), Parteien (66 %), Regionalplanungsverbände (80 %) und Gemeindeinstitutionen (67 %) deutlich zustimmten. Neben wenigen allgemeinen Vorbehalten stand in den Bemerkungen zu dieser Strategie die Frage der ungedeckten Kosten in der Langzeitversorgung und die Schaffung einer Clearingstelle im Vordergrund. Wie bereits in der Anhörung der Teilrevision Pflegegesetz, Neuordnung Pflegefinanzierung, lehnten die Gemeinden die Übernahme der Restkostenfinanzierung klar ab. Die Ausführungen standen auch in Kontext mit der Strategie 1 (Lastenverteilung).

Der vor allem seitens der Gemeinden wiederholten Forderung, dass der Kanton die Kosten ganz beziehungsweise zumindest für das Jahr 2011 übernehmen solle, kann nicht entsprochen werden. Die Sicherstellung der Langzeitversorgung ist gemäss geltendem Pflegegesetz Aufgabe der Gemeinden. Diese Aufgabenzuteilung entspricht anerkannten aufgabenteilungsspezifischen Grundsätzen. Auch liegen die Möglichkeiten zur Steuerung im Langzeitpflegebereich primär bei den Gemeinden. In den vergangenen Jahren haben die Gemeinden durchschnittlich eine positive finanzielle Entwicklung und eine tiefe Verschuldung pro Kopf realisieren können. Die Mehrbelastung durch die Pflegefinanzierung ist für die Gemeinden grundsätzlich verkraftbar, demografische Risiken werden durch den Finanz- und Lastenausgleich aufgefangen. Vor diesem Hintergrund ist es – auch wenn dieser Vorschlag in der Anhörung seitens der Gemeinden mehrheitlich abgelehnt wird – folgerichtig, dass die zusätzlichen Kosten der Pflegefinanzierung (Restkosten<sup>1</sup>) durch die Gemeinden übernommen werden. Mit der vorgeschlagenen Anpassung in Strategie 1 Lastenverteilung akzentuiert der Regierungsrat die Zuständigkeiten sowohl für den Kanton als auch für die Gemeinden.

### **3.13 Strategie 16: Übergangspflege**

Trotz mehrheitlich positiven Rückmeldungen wurden deutliche Vorbehalte aufgrund der ungenügend konkreten Ausgestaltung des Angebots und Fragen der Finanzierung angemeldet. Die Ablehnung gegenüber der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch die Gemeinden war bereits in der Anhörung Pflegefinanzierung deutlich. Der Argumentation der Anhörungspartner wurde in der Teilrevision Pflegegesetz, Neuordnung Pflegefinanzierung, entsprochen und eine neue Lösung aufgezeigt. Es wird vorgeschlagen, im Rahmen eines Pilotprojekts für die Akut- und Übergangspflege einen kantonalen Leistungsauftrag an stationäre Leistungserbringer zu vergeben. Das Pilotprojekt wird zeitlich befristet und für die Ausgestaltung einer definitiven Lösung ausgewertet. Die Anrechnung im Lastenverteilungsmodell wird im Grundsatz wegen der Nähe zur Akutmedizin folgerichtig im Verhältnis 60/40 vorgenommen.

In der Anhörung zur GGpl wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Akut- und Übergangspflege nicht auf ältere Menschen beschränkt sein soll. Dieser Hinweis ist zutreffend. Die Strategie wird entsprechend angepasst. Grundsätzlich steht die Akut- und Übergangspflege sowohl jüngeren als auch älteren Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern offen. Mit Blick auf die potenziellen künftigen Leistungserbringer und die Angebote, die für jüngere Patientinnen und Patienten bestehen, wird der Bedarf und entsprechende Gebrauch der Angebote vor allem durch geriatrische Patientinnen und Patienten angenommen.

---

<sup>1</sup> Die Restkosten ergeben sich aus den Gesamtkosten der Pflege abzüglich dem OKP Beitrag der Versicherer und der Eigenleistung der Bewohnerinnen und Bewohner von Fr. 21.60

### **Strategie 16: Übergangspflege**

Der Kanton setzt die Akut- und Übergangspflege gemäss KVG um und prüft ein ergänzendes, bedarfsgerechtes Angebot, um die Selbstständigkeit nach einem Spitalaufenthalt zu erhalten und die Rückkehr nach Hause wenn möglich zu gewährleisten.

#### **3.14 Strategie 17: Hilfe und Pflege zu Hause**

Die Strategie wurde von insgesamt 80 % der Vernehmlassenden befürwortet, 45 % mit Vorbehalt. Keine Vernehmlassungsgruppe hat sich abschlägig geäußert. Die Vorbehalte bezogen sich auf eine konkretere Umschreibung des Leistungsumfangs. Zudem wurde die Frage betreffend Finanzierung von Angehörigenpflege gestellt.

Der Leistungskatalog ist bereits im Krankenversicherungsgesetz definiert. Die Unterscheidung zu hauswirtschaftlichen Leistungen ist problemlos vorzunehmen. Auf kantonaler Ebene ist in der Pflegeverordnung (§§ 9, 10) und im Spitexleitbild das Mindestangebot der Pflege (und Hilfe) zu Hause inhaltlich und im zeitlichen Umfang definiert. Zudem ist im Spitex-Leitbild (S. 11) formuliert, dass die Leistungen auf den Bedarf der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger auszurichten sind und damit einer potentiellen Konsumhaltung entgegen gewirkt werden kann.

Betreffend Förderung der Pflege von Chronischkranken und betagten Menschen durch Angehörige mittels Anreizsystemen wurde im Mai 2010 ein Postulat von Grossrat Urs Leuenberger eingereicht. Der Regierungsrat wird dieses im September beantworten.

#### **3.15 Strategie 19: Palliative Care**

Die Strategie 19 "Palliative Care" wurde von 78 % der Vernehmlassenden befürwortet, davon 47 % vorbehaltlos. Von keiner Vernehmlassungsgruppe wurde die Strategie abgelehnt. Hinsichtlich der Definition bestanden aber teilweise Unsicherheiten. So wollte die CVP nicht, dass Palliative Care auf spezialisierte Angebote (Sterbestationen) reduziert, sondern als Teil des Grundangebots jeder Institution verankert wird. Dies entspricht der in Strategie 19 abgebildeten Absicht. Palliative Care soll im Kanton Aargau als Konzept, angelehnt an die Kriterien der WHO und des BAG, etabliert werden. Es wurde auch gefordert, dass in Bezug auf die Finanzierung von Palliative Care Klarheit geschaffen werde (CVP, Gemeinden, VAKA und KSB). Die wesentlichen Elemente (Pflege und medizinische Leistungen) können im Rahmen der KVG-Leistungen abgerechnet werden. Auch die weiteren wichtigen Elemente wie seelsorgerische und psychologische Betreuung werden bereits heute angeboten und im Rahmen bestehender Tarife abgerechnet. Der Umsetzungsplan der "Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012" sieht vor, dass die Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen geklärt werden. Resultate dieser eidgenössischen Arbeitsgruppe werden in der kantonalen Konzeption berücksichtigt.

#### **3.16 Strategie 20: Psychiatrie**

Die Strategie wurde insgesamt von 80 % der Vernehmlassenden unterstützt, davon 53 % vorbehaltlos. Vorbehalte sind hinsichtlich einer möglichen Erbringung von psychiatrischen Leistungen an Akutspitälern geäußert worden. Dabei ist zu präzisieren, dass ambulante und teilstationäre Angebote sowie der Aufbau von Akutbetten im Sinne von Kriseninterventionen

wohnortsnah beziehungsweise sektorisiert angeboten werden. Diese Leistungen werden aber nicht von den Akutkliniken selber erbracht, sondern sind Teil des Angebots des Externen psychiatrischen Diensts der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG). Nach der professionellen Abklärung (Triage) sollen diese Leistungen zukünftig durch geeignete Leistungserbringer bedarfsgerecht ambulant, tagesklinisch oder auch zu Hause erbracht werden. Dies korrespondiert mit den Aussagen in der GGpl.

### **3.17 Strategie 22: Rehabilitation**

Die neue GGpl bildet in der Rehabilitation zwei Schwergewichte. Zum einen betont sie die Bedeutung der Kooperation aller Partner in der Behandlungskette, zum anderen soll die ambulante Behandlung gefördert werden. Die Vernehmlassenden äusserten gewisse Vorbehalte gegenüber den ambulanten Kapazitäten und relativierten wie in Aussagen zu anderen Themen die absolute Forderung nach der Bevorzugung ambulanter Behandlungen vor den stationären. Gerade mit Blick auf den letzten Punkt ist der Hinweis wichtig, dass der Grundsatz "ambulant vor stationär" sowohl wirtschaftlich als auch medizinisch Sinn machen muss und deshalb keine absolutistische Formulierung sein darf. Es ist nicht die Absicht des Kantons, eine Behandlung nur aus rein wirtschaftlichen Überlegungen ambulant oder stationär durchführen zu lassen. Die Idee hinter der Forderung des Kantons ist es vielmehr, Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an rehabilitativen Massnahmen möglichst in ihrem gewohnten sozialen Umfeld zu belassen und ihnen bei entsprechender Indikation die schrittweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess parallel zu den therapeutischen Massnahmen möglich zu machen. Dies bedeutet auch eine Dezentralisierung der entsprechenden Angebote.

Die Strategie 22 wird zum besseren Verständnis deshalb wie folgt neu formuliert:

#### **Strategie 22: Rehabilitation**

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

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

Der Kanton anerkennt die wirtschaftliche Bedeutung des aargauischen Rehabilitationsangebots und setzt sich für eine interkantonale Bedarfsplanung und Zusammenarbeit ein.

### **3.18 Strategie 23: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in Gesundheitsberufen**

Die Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen war unbestritten. 84 % der Vernehmlassenden unterstützten die Strategie 23, 38 % davon ohne Vorbehalte. Vorbehalte beziehungsweise Ergänzungen wurden betreffend einer umfassenden Bedarfserhebung, (VKA, Verband des Personals Öffentlicher Dienste [VPOD], verschiedene Leistungserbringer), des Miteinbezugs von Spitexdiensten und der Psychiatrie (Spitexverband Aargau, VPOD, FDP, KSA, KSB) sowie betreffend der Frage der Finanzierung beziehungsweise eines Anreizsystems (CVP, EVP, SVP, Spitexverband) gemacht.

Die Ausbildungspflicht wurde bereits in der Anhörung Pflegefinanzierung begrüsst. Dabei wurden ähnliche Ergänzungen beziehungsweise Vorbehalte angebracht. Die Ausbildungs- verpflichtung wird unter Einbezug mehrerer Vernehmlassungsinhalte in § 5a Abs. 1, 2 und 3 PflG präzisiert. In der GGpl wird die Ergänzung der ambulanten Leistungserbringer im Pflegebereich aufgenommen (Kapitel 5.6.1). Die Umsetzung der Strategie wird zudem im Rahmen der Revision des Pflegegesetzes erfolgen; weitere Konkretisierungen werden auf Verordnungsebene geschehen. Insbesondere ist die Finanzierung beziehungsweise das Anreizsystem zu definieren.

### **Strategie 23: Sicherstellung von Ausbildungsplätzen in den Gesundheitsberufen**

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

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

### **3.19 Strategie 24: eHealth (Electronic Healthcare)**

Die Strategie wurde von über 80 % der Vernehmlassenden befürwortet, wobei 68 % ohne Vorbehalte. Bei allen Antwortenden nahmen Fragen des Datenschutzes eine zentrale Stellung ein. Dies entspricht der Meinung und dem Verständnis in der GGpl. Die Sicherstellung des Datenschutzes ist zu gewährleisten. Dies erfolgt in erste Linie durch das Bundesrecht und bei Bedarf ergänzend in der kantonalen Anschlussgesetzgebung. In der GGpl werden entsprechende Ergänzungen gemacht.

### **3.20 Strategie 25: Qualität**

Die Qualitätssicherung folgt heute nationalen Bestrebungen und wird landesweit koordiniert. Die neue Strategie 25 berücksichtigt diesen Umstand. Einige Antworten in der Anhörung bemängelten den fehlenden Konkretisierungsrad, was nicht ganz nachvollziehbar ist. Der Kanton kann sich in einer Gesamtschau wie der vorliegenden GGpl nicht weiter auf Details einlassen, weil die Gestaltung gemeinsam mit anderen Kantonen und Instanzen geplant wird. Hingegen ist der Hinweis darauf, dass nicht der Kanton, sondern die Leistungserbringer die Qualität sichern, berechtigt. Der Text wird deshalb angepasst und die Strategie wie folgt neu formuliert:

### **Strategie 25: Qualität**

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

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

#### 4. Weiteres Vorgehen; Zeitplan

| Geschäft  | Termine                    |
|---|----------------------------|
| Beratung Kommission Gesundheit und Sozialwesen                  | 20. und 27. September 2010 |
| Beratung im Grossen Rat   | 26. Oktober 2010           |
| Überarbeitung gemäss Beratung im Grossen Rat, Druck, Verteilung | November/Dezember 2010     |

#### **A n t r a g :**

1.

Der vorliegende Entwurf für eine Teilrevision der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010 wird zum Beschluss erhoben.

2.

Die folgenden parlamentarischen Vorstösse werden abgeschrieben:

- (06.97) Postulat der CVP-Fraktion vom 30. Mai 2006 betreffend Schaffung eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz und Einfluss auf die gesundheitspolitische Gesamtplanung, Spitalkonzeption, Gesundheitsgesetz, Spitalgesetz, Spitalliste
- (06.98) Postulat der FDP-Fraktion vom 30. Mai 2006 betreffend Schaffung eines überregionalen Spitalraums Nordwestschweiz
- (08.193) Auftrag Theres Lepori vom 24. Juni 2008 betreffend Förderung von Ausbildungsplätzen für Gesundheitsberufe in allen stationären oder ambulanten Institutionen durch den Kanton
- (09.212) Postulat Dr. Peter Schuhmacher vom 30. Juni 2009 betreffend Monitoring der Finanzströme im Gesundheitswesen
- (09.222) Motion der FDP-Fraktion vom 18. August 2009 betreffend Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung und Schaffung des Gesundheitsraums Nordschweiz mit Spitzenmedizinstandort Aargau; Neuvorlage der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung

Aarau, 1. September 2010

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatschreiber:

Peter C. Beyeler

Dr. Peter Grünenfelder

Beilagen:

- Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010
- Synopse Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010