

Gesundheitsamt des Kantons Solothurn

Entflechtung der Kosten- und Angebotssteuerung im Bereich Alter und Pflege zwischen dem Kanton und den Einwohnergemeinden des Kantons Solothurn

Schlussbericht

Zürich, 4. Februar 2026

Judith Trageser, Anna Vettori, Martina Gebhardt, Thomas von Stokar

Inhalt

Das Wichtigste in Kürze	5
Management Summary	8
Ausgangslage, Ziele und Vorgehen des Berichts	8
Beurteilung der heutigen (finanziellen) Zuständigkeitsregelungen	9
Beurteilung der inhaltlichen Regelungen im finanziellen Bereich	11
Modelle in anderen Kantonen mit kommunaler Zuständigkeit	13
Optionen für die Regelung der Zuständigkeiten im finanziellen Bereich	15
Empfehlungen für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegefinanzierung	18
A) Empfehlungen zur Angebotssteuerung	18
B) Empfehlungen zur Kostensteuerung	19
C) Empfehlungen zu inhaltlichen Finanzierungsregelungen	20
1. Einleitung	23
1.1. Hintergrund	23
1.2. Ziel und Fragestellungen	23
1.3. Methodisches Vorgehen	25
2. Zielbild des Kantons im Bereich Alter und Pflege	27
2.1. Versorgungsziele	27
2.2. Entflechtung der Zuständigkeiten	29
2.3. Beurteilungskriterien	29
Teil I: Systemgestaltung Bereich Alter und Pflege	32
3. Aktuelle Zuständigkeitsregelungen	32
4. Angebotsplanung und -steuerung	34
4.1. Beurteilung der Ist-Situation	34
4.2. Regelungen und Erfahrungen in anderen Kantonen	36
4.3. Empfehlungen	39
5. Zuständigkeiten im finanziellen Bereich	41
5.1. Beurteilung Ist-Situation	41

5.2.	Regelungen und Erfahrungen in anderen Kantonen	42
5.3.	Optionen und Empfehlungen	45
5.3.1.	Mögliche Optionen	45
5.3.2.	Empfehlungen an den Kanton	49

Teil II Inhaltliche Finanzierungsregelungen 50

6. Tarifsysteem stationärer Bereich 50

6.1.	Aktuelle Finanzierungsregelungen	50
6.2.	Beurteilung Ist-Situation	51
6.3.	Regelungen in anderen Kantonen	54
6.4.	Mögliche Optionen zum Tarifsysteem	56
6.5.	Empfehlungen	59

7. Tarifsysteem ambulante Restkostenfinanzierung 60

7.1.	Aktuelle Finanzierungsregelungen	60
7.2.	Beurteilung Ist-Situation	61
7.3.	Regelungen in anderen Kantonen	63
7.4.	Mögliche Optionen	65
7.5.	Empfehlungen	67

8. Vergütung der Ausbildung 68

8.1.	Aktuelle Finanzierungsregelungen	68
8.2.	Beurteilung Ist-Situation	69
8.3.	Regelungen in anderen Kantonen	70
8.4.	Mögliche Optionen	70
8.5.	Empfehlung	71

9. Finanzielle Regelungen im intermediären Bereich 71

9.1.	Aktuelle Finanzierungsregelungen	71
9.2.	Beurteilung Ist-Situation	73
9.3.	Regelungen in anderen Kantonen	77
9.4.	Mögliche Optionen	78
9.5.	Empfehlungen	82

Anhang 84

A1.	Interviews _____	84
A2.	Beurteilungskriterien_____	86
A3.	Vorschlag Auswertungen für Gemeinden _____	88
Abkürzungsverzeichnis _____		89
Literatur _____		90

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Der Kanton Solothurn steht vor erheblichen Herausforderungen im Bereich Alter und Pflege. Bis 2042 wird die Bevölkerung über 65 Jahre voraussichtlich um rund 60 % wachsen. Bereits heute belasten steigende Pflegekosten und Ergänzungsleistungen (EL) die Einwohnergemeinden stark. Die «Versorgungsplanung Alter und Langzeitpflege 2030» sieht eine strategische Verlagerung hin zu ambulanten, intermediären und integrierten Angeboten vor. Prinzipiell sind seit dem 1. Januar 1999 die Gemeinden für die Versorgung und Finanzierung im Bereich Alter und Pflege zuständig. Gleichzeitig sind die Aufgaben bei der Angebotssteuerung und Kostensteuerung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden stark verflochten. Ziel des Berichts ist eine systematische Analyse des bestehenden Systems der Pflegefinanzierung im Kanton Solothurn, die Entwicklung von Handlungsoptionen sowie die Formulierung von Empfehlungen. Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Zuständigkeiten für die Kosten- und Angebotssteuerung zwischen Kanton und Gemeinden konsequent zu entflechten, die Steuerung durch die Einwohnergemeinden zu stärken und die Umsetzung der Empfehlungen aus der «Versorgungsplanung Alters- und Langzeitpflege 2030» zu unterstützen.

Verflochtene Aufgaben führen zu unzureichender Steuerung

Die Verantwortlichkeiten zwischen Kanton und Gemeinden überschneiden sich im Bereich Alter und Pflege. Die kommunale Zuständigkeit für die Steuerung und Bereitstellung des Angebots ist als zweckmässig zu beurteilen. Grundsätzlich könnten die Gemeinden durch eine gezielte Bereitstellung von Angeboten eine bedarfsgerechte und kosteneffiziente Versorgung sicherstellen – insbesondere durch Nutzung von Synergien in den geplanten Versorgungsregionen. Der Ausbau ambulanter und intermediärer Angebote schreitet jedoch nur langsam voran. Die Gemeinden schöpfen bisher ihre Möglichkeiten bei der Angebotssteuerung nicht aus und haben wenige Anstrengungen zur Entwicklung der Versorgungsregionen unternommen. Gründe dafür sind fehlende gesetzliche Grundlagen zu Versorgungsregionen, ein mangelnder Lastenausgleich sowie geteilte Zuständigkeiten bei der Taxgestaltung. Diese erschweren eine wirksame Steuerung und die Kostenkontrolle durch die Gemeinden.

Finanzierungsregelungen setzen Fehlanreize

Die meisten Regelungen sind im Grundsatz zwar akzeptiert und zielführend, die konkrete Ausgestaltung könnte jedoch optimiert werden. Mehrere aktuelle Finanzierungsregelungen im ambulanten, intermediären und stationären Bereich stehen den Zielen der Versorgungsplanung entgegen. Aufgrund der Struktur und Berechnungssystematik der Taxen ist ein Ausbau an

intermediären und spezialisierten ambulanten Angeboten wenig attraktiv. Ähnlich verhält es sich bei stationären Angeboten für Menschen mit einem ausserordentlich hohem Pflege- und Betreuungsbedarf.

Modelle anderer Kantone zeigen Alternativen

Ein Vergleich mit anderen Kantonen und Städten zeigt, dass viele mit ähnlichen Herausforderungen beschäftigt sind, etwa bei der Steuerung von Angebot und Kosten oder der Festlegung von sachgerechten Taxen. Gleichzeitig existieren Regelungen, die für den Kanton Solothurn als Vorbild dienen können.

Empfehlungen für eine effektive Angebots- und Kostensteuerung

Damit die Angebots- und Kostensteuerung zukünftig besser wahrgenommen werden kann, empfehlen sich folgende Massnahmen für den Kanton und die Gemeinden:

- **Stärkung der Versorgungsregionen** durch rechtliche Verankerung von Aufgaben, Rechten und Kompetenzen sowie durch die Einrichtung eines umfassenden Lastenausgleichs innerhalb der Versorgungsregionen.
- **Weiterentwicklung von spezialisierten, überregionalen Angeboten**, koordiniert über den Verband Solothurner Einwohnergemeinden.
- Prüfung einer **Verschiebung der Tariffestlegungskompetenzen zu den Gemeinden**. Dabei sind die Implikationen der Gesetzesrevision zur einheitlichen Finanzierung auf Bundesebene (EFAS) ab 2032 zu berücksichtigen.
- **Mehr Datentransparenz** für die Gemeinden bezüglich Leistungsabrechnungen und betriebswirtschaftlicher Kennzahlen.

Empfehlungen für eine zukunftstaugliche Finanzierung der Angebote

Um bestehende Fehlanreize bei den Finanzierungsregeln zu beheben, empfehlen sich folgende Anpassungen:

- **Stationärer Bereich:** Abschaffung der individuellen Taxen zugunsten von Normkosten und differenzierten pauschalen Sonderabgeltungen bei ausserordentlichem Pflege- und Betreuungsbedarf. Anpassungen bei der Berechnungssystematik von Teuerung und Investitionskosten.
- **Ambulanter Bereich:** Abschaffung der ambulanten Höchsttaxen zugunsten individueller Tarife für Anbieter mit Grundversorgungsauftrag und Normkosten für Anbieter ohne Grunderversorgungsauftrag. Anpassungen beim Umgang mit der Patientenbeteiligung zur Ermittlung der Restkostenfinanzierung.

- **Ausbildung:** Neuausrichtung der Ausbildungspauschalen nach effektiver Ausbildungsleistung für Pflegefachpersonen auf Sekundarstufe II.
- **Intermediärer Bereich:** Bessere Berücksichtigung von Vorhalteleistungen und Mehrkosten bei Kurzaufenthalten in Heimen und bei Passerellebetten. Prüfung eines schlankeren Systems für Betreuungsbeiträge in Tagesstätten.

Management Summary

Ausgangslage, Ziele und Vorgehen des Berichts

Ausgangslage

Der Kanton Solothurn steht aufgrund der beschleunigten demografischen Alterung vor erheblichen strukturellen und finanziellen Herausforderungen im Bereich Alter und Pflege. Bis 2042 wird die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen um rund 60% anwachsen, was bereits heute zu stark steigenden kommunalen Ausgaben für Pflegeleistungen und Ergänzungsleistungen (EL) bei Pflegeheimaufenthalten führt. Um den Herausforderungen zu begegnen, strebt die «Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege 2030» eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich und den Ausbau intermediärer und integrierter Strukturen an.

Prinzipiell sind seit dem 1. Januar 1999 die Gemeinden für die Versorgung und Finanzierung im Bereich Alter und Pflege zuständig. Gleichzeitig sind die Aufgaben bei der Angebotssteuerung und Kostensteuerung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden (EWG) stark verflochten. Dies erschwert eine wirksame Steuerung.

Zusätzlich bestehen im Sozialgesetz (SG) des Kantons SO verschiedene inhaltliche Regelungen zur Finanzierung von Leistungen im Bereich Alter und Pflege, die unpräzise oder umstritten sind.

Ziele und Vorgehen

Vor diesem Hintergrund hat das Gesundheitsamt des Kantons SO den vorliegenden Expertenbericht in Auftrag gegeben. Ziel des Berichts ist eine systematische Analyse des bestehenden Systems der Pflegefinanzierung im Kanton SO, die Entwicklung von Handlungsoptionen sowie die Formulierung von Empfehlungen. Die Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Zuständigkeiten für die Kosten- und Angebotssteuerung zwischen Kanton und Gemeinden konsequent zu entflechten, die Steuerung durch die EWG zu stärken und die Umsetzung der Empfehlungen aus der «Versorgungsplanung Alters- und Langzeitpflege 2030» zu unterstützen. Die Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und EWG ist nicht Gegenstand dieses Berichts, diese soll nicht verändert werden.

Für die Analyse der aktuellen und alternativen Zuständigkeiten und Instrumente wurden insgesamt 20 Interviews mit Akteuren des Kantons SO, den Gemeinden, den Leistungserbringern, anderen Kantonen und ausserkantonalen Städten sowie Expert:innen geführt. Ergänzend wurden Grundlagendokumente zum Kanton SO und anderen Kantonen sowie zu wichtigen Kontextinformationen herangezogen.

Nachfolgend sind die Ergebnisse entlang der Hauptfragen des Mandats zusammengefasst:

Beurteilung der heutigen (finanziellen) Zuständigkeitsregelungen

Frage 1: Wie wird die heutige Zuständigkeitsregelung im finanziellen Bereich im Kanton Solothurn beurteilt?

Aufgaben im Bereich Alter und Pflege sind im Kanton Solothurn eng verflochten

Die Aufgaben von Kanton und Gemeinden sind folgendermassen verteilt:

- Der Kanton erstellt eine Versorgungsplanung für die Alters- und Langzeitpflege und legt damit den Rahmen und die Ziele für das Angebot im ambulanten und stationären Bereich fest. Die Gemeinden wirken bei der Versorgungsplanung mit und sind vollumfänglich für die Bereitstellung der Angebote verantwortlich. Sie steuern das Angebot auf ihrem Versorgungsgelände. Die Bewilligung und Aufsicht über die Leistungserbringer erfolgen durch den Kanton.
- Die KVG-Restkosten für die Pflege sowie die EL zur AHV für Hotellerie, Betreuung und Patientenbeteiligung (Pflege) im stationären Bereich werden durch die Gemeinden getragen. Dabei legt der Kanton die geltenden Höchsttaxen für die Pflege (ambulanter und stationärer Bereich), EL-Höchsttaxen für Hotellerie und Betreuung (stationärer Bereich) sowie individuelle Taxen im stationären Bereich fest.

Zuständigkeit der Gemeinden für die Angebotssteuerung zweckmässig

Die kommunale Zuständigkeit für die Steuerung und Bereitstellung des Angebots ist als zweckmässig zu beurteilen. Die Gemeinden sind am besten dazu in der Lage, gemeinsam mit den Leistungserbringern für eine bedarfsgerechte Versorgung zu sorgen. Über die Angebotsgestaltung verfügen die Gemeinden zugleich über ein zentrales Instrument zur Kostensteuerung, indem sie Patientenwege in Richtung einer volkswirtschaftlich effizienten Versorgung lenken. Zudem sind sie häufig Träger von Institutionen und können darüber Einfluss auf die betriebliche Kosteneffizienz nehmen.

Gemeinden schöpfen ihre Möglichkeiten bei der Angebotssteuerung nicht aus

Bis jetzt schöpfen die Gemeinden ihre Möglichkeiten bei der Angebotssteuerung noch nicht voll aus. Dies zeigt sich u.a. darin, dass ambulante und intermediäre Angebote noch nicht sehr stark ausgebaut sind und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich optimierungsfähig ist.

Die in der Versorgungsplanung vorgesehenen Versorgungsregionen würden die Steuermöglichkeiten für die Gemeinden zusätzlich verbessern. Sie ermöglichen erstens, bestehende Versorgungsstrukturen auf betriebswirtschaftlich effiziente Weise zusammenzulegen.

Zweitens können die Angebote in grösseren Versorgungsräumen bedarfsgerechter und volkswirtschaftlich effizienter gestaltet werden. Bisher haben die Gemeinden jedoch wenige Anstrengungen zur Entwicklung der Versorgungsregionen unternommen. Mit ein Grund dafür dürfte sein, dass die Aufgaben und Kompetenzen der Versorgungsregionen gesetzlich nicht definiert sind. Dies zeigen Aussagen von Akteuren und Beispiele anderer Kantone.

Einseitiger Lastenausgleich setzt Fehlanreize bzgl. ambulante und intermediäre Strukturen

Ein Grund für die langsamen Fortschritte beim Ausbau der ambulanten Pflege und intermediären Strukturen dürfte der einseitige Lastenausgleich sein. Während die durch die Gemeinden zu tragenden Kosten der stationären Pflege auf alle Gemeinden verteilt werden, besteht in der ambulanten Pflege kein Lastenausgleich. Dadurch haben die Gemeinden wenig Anreize, gemeinsam in ihrer Versorgungsregion, ambulante und intermediäre Angebote auszubauen. Von einem solchen Ausbau würden alle Regionen durch Kosteneinsparungen im stationären Bereich profitieren, während die investierende Gemeinde bzw. Region die Kosten alleine trägt.

Eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinden bei der Tarifgestaltung

Die Tarifgestaltung bietet (neben der Angebotsgestaltung) weitere Möglichkeiten, die Kosten im Bereich der Pflege zu steuern. Hier haben die Gemeinden im ambulanten Bereich punktuelle Steuerungsmöglichkeiten, indem sie im Rahmen der kantonalen Höchsttaxen individuelle Taxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag festlegen. Sie können die betriebswirtschaftliche Effizienz mit der Taxgestaltung beeinflussen, z.B. indem sie Benchmarks beziehen.

Im stationären Bereich ist der Einfluss der Gemeinden auf die Tarife begrenzt, weil der Kanton die Höchsttaxen (nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer und Gemeinden) und die individuellen Taxen festlegt. In den vergangenen Jahren konnten sich die Gemeinden und Leistungserbringer in den Verhandlungen nicht immer einigen, so dass der Kanton die Höchsttaxen hoheitlich festsetzen musste, was zu Unzufriedenheit bei den Gemeinden und/oder den Leistungserbringern führte.

Daten der kantonalen Clearingstelle stehen den Gemeinden nur beschränkt zur Verfügung

Hinzu kommt, dass die Gemeinden wenig Einblicke in Daten haben, um das Angebot zu steuern sowie Kostenentwicklungen nachzuvollziehen. Denn die Kontrolle und Auszahlung der Abrechnungen der Restkosten erfolgen gemäss SG durch die kantonale Clearingstelle. Bisher fehlt eine gesetzliche Grundlage, welche eine umfassende Datenweitergabe vom Kanton an die Gemeinden zulässt.

Aufgabenverflechtungen insgesamt nicht zielführend

Die Verflechtungen der Zuständigkeitsregelungen im finanziellen Bereich sind insgesamt als nicht zielführend zu beurteilen. Aus Governance-Sicht sollte für eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz erfüllt sein. Danach sollte derjenige Akteur, welcher die Kosten trägt, entsprechende Steuerungsmöglichkeiten haben (inkl. Transparenz über Daten). Dies ist, wie ausgeführt, mit der heutigen Aufgabenverteilung nicht vollständig gegeben. Der Umstand, dass der Kanton den Gemeinden Aufgaben im finanziellen Bereich abnimmt, dürfte dazu beitragen, dass die Gemeinden ihre Steuerungsaufgabe nur begrenzt wahrnehmen und die Mehrheit der Gemeinden ungenügende Kompetenzen zu Versorgungs- und Finanzierungsfragen im Bereich Alter und Pflege aufgebaut hat. Denn durch die Aufgabenverflechtung werden die Verantwortlichkeiten verwässert. Viele Gemeinden nutzen deshalb auch ihre Möglichkeiten bei der Tarifgestaltung im ambulanten Bereich nur wenig.

Beurteilung der inhaltlichen Regelungen im finanziellen Bereich

Frage 2: Wie werden die aktuellen inhaltlichen Regelungen im finanziellen Bereich generell und im Hinblick auf Anreize zur Förderung der Umsetzung der Massnahmen zur Versorgungsplanung Alters- und Langzeitpflege 2030 und der Förderung einer integrierten Versorgung beurteilt?

Die Analyse der inhaltlichen Finanzierungsregelungen zeigt, dass die meisten Regelungen im Grundsatz zwar akzeptiert und zielführend sind, die konkrete Ausgestaltung jedoch optimiert werden könnte:

Fehlanreize in Bezug auf die Ziele der Versorgungsplanung

Mehrere Finanzierungsregelungen sind mit Fehlanreizen in Bezug auf die Ziele der Versorgungsplanung verbunden, namentlich beim Ausbau der ambulanten, intermediären und integrierten Versorgung.

Ambulanter Bereich

Die Systematik bei der Berechnung der Höchsttaxen im ambulanten Bereich birgt Fehlanreize in Bezug auf die Ziele der Versorgungsplanung. Die Höchsttaxen werden basierend auf den Kostenrechnungen von Organisationen mit mehr oder weniger stark ausgebauten Leistungen im Rahmen des Grundversorgungsauftrags ermittelt. Das kann zu Finanzierungslücken bei Organisationen mit gut ausgebauten Angeboten (z.B. solchen mit erweiterten Betriebszeiten, einem hohen Anteil an tertiär gebildetem Personal etc.) führen.

Für private Anbieter kommt hinzu, dass pauschale Abzüge an den individuell ausgehandelten Tarifen vorgenommen werden. Mit dieser Systematik werden bei privaten Anbietern im Ergebnis gleiche Leistungen ungleich finanziert. Bei tiefen individuellen Tarifen in Gemeinden kann dies den Zugang von privaten Anbietern erschweren, welche potenziell notwendige ergänzende, auch spezialisierte Pflege, erbringen könnten.

Weiter benachteiligt die Abstützung der Restkostenfinanzierung auf die durchschnittliche Patientenbeteiligung aller Leistungserbringer diejenigen Leistungen, die ausgebaut werden sollten. Dies sind namentlich komplexere Pflegeleistungen mit längeren Einsatzzeiten pro Tag.

Stationärer Bereich

Im stationären Bereich beschneiden die kantonalen EL-Höchsttaxen potenziell einen Ausbau an Angeboten für Menschen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf. Dies ist der Fall, wenn ein hoher Betreuungsschlüssel dazu führt, dass die kantonale EL-Höchsttaxe selbst bei effizienter Leistungserbringung überschritten wird.

Mit der bestehenden Berechnungsmethode entsteht ausserdem eine systemimmanente «Zweijahres-Lücke», mit der gestiegene Kosten erst zeitverzögert entschädigt werden. Daraus resultieren temporäre Unterdeckungen. Darüber hinaus ist die Investitionskostenpauschale gemäss Aussagen der Leistungserbringer heute zu tief bemessen. Beides kann zur Konsequenz haben, dass Investitionen in ein bedarfsgerechtes Angebot nicht getätigt werden.

Intermediärer Bereich

Im intermediären Bereich sind gemäss Aussagen der Akteure die Aufwendungen der Pflegeheime nicht vollständig gedeckt. Das mindert Anreize, Betten für Kurzaufenthalte (sogenannte Ferienbetten) anzubieten. Auch bei der Finanzierung von Passerellebetten, die als Puffer zwischen Akutspital und Nachfolgelösung dienen, sind die Vorhalteleistungen nicht ausreichend finanziert. Betreutes Wohnen wird aktuell nicht durch die EL berücksichtigt. Das führt dazu, dass EL-Bezüger:innen direkt in ein Heim wechseln müssen, obwohl betreutes Wohnen eine kostengünstigere Alternative wäre. Eine anstehende Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen (ELG) dürfte dies beheben. Die Änderung sieht pauschalisierte EL-Beiträge für betreutes Wohnen vor.

Als zweckmässig mit Blick auf die Ziele der Versorgungsplanung erachten wir hingegen die Finanzierungsregelungen zu den Tagesstätten, mit denen Betreuungskosten staatlich subventioniert werden – dies insbesondere bei tiefen bis mittleren Pflegebedarfsstufen.

Fehlanreize für eine effiziente und wirtschaftliche Leistungserbringung

Die Systeme im ambulanten und im stationären Bereich sind auch hinsichtlich einer effizienten Leistungserbringung nicht optimal ausgestaltet. In beiden Bereichen werden im Rahmen der Höchsttaxen individuelle Taxen basierend auf den Kostenrechnungen festgelegt (im stationären Bereich durch den Kanton, im ambulanten Bereich durch die Gemeinden). Im Unterschied zu sogenannten Normkosten, die für alle Leistungserbringer gleich gelten, haben Leistungserbringer mit individuellen Taxen unterhalb der Höchsttaxen keinen Anreiz, ihre Kosten durch eine effiziente Leistungserbringung zu senken. Im ambulanten Bereich kommt hinzu, dass die Gemeinden häufig nicht über die Ressourcen und das fachliche Know-how verfügen, angemessene individuelle Taxen festzulegen. Deshalb werden in der Realität oft die Höchsttaxen abgegolten, auch wenn die effektiven Kosten darunter liegen.

Modelle in anderen Kantonen mit kommunaler Zuständigkeit

Frage 3: Welche Modelle gibt es in anderen Kantonen mit kommunaler Zuständigkeit?

Modelle bei den Zuständigkeitsregelungen

Bei den befragten Kantonen (AG, BL, GR, SH, TG, LU) handelt es sich um Kantone mit grundsätzlich kommunaler Zuständigkeit im Bereich Alter und Pflege. Der Kanton übernimmt jedoch ebenfalls gewisse Aufgaben:

- **Versorgungsplanung und -steuerung:** Wie im Kanton SO erfolgt die Bedarfs- und Angebotsplanung in allen befragten Kantonen auf kantonaler Ebene, während die konkrete Bereitstellung der Angebote grundsätzlich Aufgabe der Gemeinden ist. In einzelnen Kantonen (BL, SH, TG) übernimmt der Kanton darüber hinaus eine direkte Steuerungsfunktion bei spezialisierten, überregionalen Angeboten, z.B. im Bereich Kinderspitex oder Palliativpflege in Sterbehospizen.
- **Versorgungsregionen:** Von den befragten Kantonen kennen fünf Kantone (BL, GR, LU, SH, TG) Versorgungsregionen. In einem Kanton sind Versorgungsregionen in Planung (AG). In allen Kantonen mit Versorgungsregionen definiert der Kanton im Rahmen der Versorgungsplanung den Bedarf für die einzelnen Versorgungsregionen. In den meisten Kantonen beschränkt sich dies auf den Bettenbedarf. Eine aktivere Rolle haben die Versorgungsregionen in den Kantonen GR und BL. Im Kanton BL ist gesetzlich definiert, dass sie Leistungsverträge abschliessen, die Aufsicht übernehmen und im stationären Bereich die Tarife festlegen.
- **Finanzierung der Kosten:** In allen befragten Kantonen tragen die Gemeinden die Restkosten der Pflege. In zwei Kantonen (GR und SH) beteiligt sich der Kanton anteilig an den

Restkosten. In den meisten anderen befragten Kantonen finanziert im Unterschied zum Kanton SO der Kanton die EL zur AHV für Hotellerie- und Betreuungskosten.

- **Tarifgestaltung:** In fast allen befragten Kantonen übernimmt der Kanton Aufgaben bei der Tarifgestaltung, indem er Höchsttaxen oder Normkosten für die Restkostenfinanzierung der Pflege festlegt. Eine Ausnahme ist der Kanton LU, wo die Gemeinden voll für die Tarifgestaltung zuständig sind. In drei Kantonen (AG, BL, SH) sind die Gemeinden für die Tarifgestaltung im ambulanten Bereich zuständig, in AG und SH jedoch nur für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag.

Modelle bei den inhaltlichen Zuständigkeitsregelungen

- Im **stationären** Bereich gelten für die **Pflegekosten** in den meisten anderen befragten Kantonen Normkosten. Einige wenige legen wie der Kanton SO Höchsttaxen fest. Darunter geltende individuelle Tarife werden – im Unterschied zum Kanton SO – durch die Gemeinden bestimmt oder es werden die effektiven Kosten abgegolten.
- Für die EL zu den Kosten im Bereich der **Hotellerie** und **Betreuung** existieren in allen Kantonen kantonale EL-Höchsttaxen. Individuell festgelegte EL-Steuer wie im Kanton SO kennt keiner der befragten Kantone.
- Das Problem der «**Zweijahres-Lücke**» kennen auch die anderen Kantone. Die meisten Kantone haben Mechanismen etabliert, um die negativen Folgen für die Heime zu lindern. Diese bestehen meist darin, die laufende und prognostizierte Teuerung einzubeziehen, wobei einzelne Städte eine Nachkalkulation durchführen.
- Separate Abgeltungen bei **erhöhten Anforderungen** an die **Pflege** oder **Betreuung** kennen mehrere befragte Kantone. Fast alle befragten Kantone haben Einzelfalllösungen bei erhöhtem Pflegebedarf vorgesehen. Für einen erhöhten Betreuungsbedarf, z.B. in den Bereichen Palliative Care, Demenz oder Gerontopsychiatrie, werden in mehreren Kantonen (AG, BS, GL, SG, TG) Zuschläge für spezialisierte Angebote vergütet.
- Im **ambulanten** Bereich gelten in den befragten Kantonen sehr unterschiedliche Tarifsyste-me. Sie lassen sich grob zu drei Modellen kategorisieren:
 - 1) Abgestufte Höchsttaxen für Leistungserbringer mit und ohne Grundversorgungsauftrag;
 - 2) Individuelle, durch die Gemeinden festgelegte Taxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag (teilweise mit kantonalen Höchstgrenzen) und Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag;
 - 3) Modulares Normkostenmodell, bei dem für zusätzliche oder kostenintensive Leistungen Zusatzabgeltungen definiert sind.
- Im **intermediären** Bereich kennen die befragten Kantone ebenfalls unterschiedliche Regelungen. Für Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen haben die Kantone entweder keine

spezifische Vergütung vorgesehen oder es werden Zuschläge für Kost und Logis bei den Betroffenen erhoben. In Bezug auf die Passerelle vom Spital in das Pflegeheim bestehen Vereinbarungen zwischen Heimen und Spitälern oder Heimen und Gemeinden. Für Aufenthalte in Tagesstrukturen oder beim betreuten Wohnen werden in einzelnen Kantonen Subjekthilfen ausbezahlt.

Optionen für die Regelung der Zuständigkeiten im finanziellen Bereich

Frage 4: Welche heutigen kantonalen Zuständigkeiten im finanziellen Bereich können gestrichen werden und welche ergänzenden Regelungen braucht es, damit die Einwohnergemeinden die finanzielle Steuerung wahrnehmen können?

Damit die Gemeinden die finanzielle Steuerung besser wahrnehmen können, bieten sich zwei Optionen an, bei denen die finanziellen Aufgaben mehr oder weniger stark entflochten werden. Als wichtiger Kontextfaktor ist bei den Optionen die im Jahr 2032 anstehende **Reform EFAS**¹ auf nationaler Ebene zu berücksichtigen. Mit EFAS wird im Bereich Pflege das System der kantonalen Restkostenfinanzierung abgelöst. Es wird eine nationale bzw. ggf. kantonale Tarifstruktur für die KVG-Leistungen geben. Die Leistungserbringer- und Krankenversicherungsverbände handeln die Tarife aus und die Kantonsregierung genehmigt den Tarif resp. legt diesen bei Scheitern der Tarifverhandlungen hoheitlich fest. Das bedeutet, dass die Aufgabe der Taxgestaltung für die KVG-Restkosten für Kanton und Gemeinden wegfällt. Auch die Aufgabe der Abrechnungen über die kantonale Clearingstelle wird hinfällig, da diese neu über die Versicherungen abgewickelt werden.² Die öffentliche Hand hat sich neu mit einem fixen Prozentsatz von 26,9% an den KVG-Leistungen zu beteiligen, die Verrechnung dieser Kostenbeteiligung an die einzelnen Gemeinden wird weiterhin über den Kanton erfolgen. Die Kantone bzw. die Gemeinden werden auch weiterhin für die Taxgestaltung im Bereich der EL für Hotellerie und Betreuung zuständig sein. EFAS ändert hingegen nichts an den kommunalen Zuständigkeiten im Bereich der Pflege bezüglich Bereitstellung des Angebots und Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Pflegeleistungen und EL AHV.

¹ EFAS = Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär. Die Reform wurde am 24. November 2024 von der Stimmbevölkerung angenommen. Sie sieht vor, dass alle Leistungen (inkl. Pflegeleistungen) nach einem einheitlichen Verteilschlüssel von Kantonen und Versicherern finanziert werden. Am 1.1.2028 tritt der Hauptteil in Kraft (ambulante und stationäre Leistungen), ab 1.1.2032 der Teil Pflegeleistungen.

² Die Kantone werden aber weiterhin Rechnungen überprüfen.

Option 1: Transfer der finanziellen Aufgaben zu den Gemeinden

Bei Option 1 würden die Zuständigkeit vollständig den Gemeinden übertragen. Das umfasst die Tarifgestaltung bei den Restkosten der Pflege, bei den EL für Hotellerie und Betreuung und die Abrechnung der Leistungen. Die Gemeinden sind bei der Organisation prinzipiell frei. Sie können dies als Versorgungsregionen oder – zentralisiert für den ganzen Kanton – z.B. durch eine vom Gemeindeverband geführte, koordinierend tätige Fachstelle umsetzen. Ab 2032 müsste beim Kanton die Verteilung des Kostenanteils der öffentlichen Hand auf die einzelnen Gemeinden angesiedelt sein.

Option 2: Punktuelle Anpassungen zur Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinden

Bei Option 2 würden die finanziellen Aufgaben nur teilweise zu den Gemeinden verlagert. Aufgaben, bei denen ein Wechsel der Zuständigkeiten mit einem grösseren Aufwand für die Gemeinden verbunden wäre, würden beim Kanton verbleiben. Diese Option wird insbesondere mit Blick auf die Integration der Pflege in die neue einheitliche Finanzierung EFAS im Jahr 2032 zur Diskussion gestellt. Der Kanton würde bei dieser Option keine Höchsttaxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag im ambulanten Bereich festlegen und die Gemeinden würden neu die Taxen für die EL zu den Hotellerie- und Betreuungskosten im stationären Bereich selber regeln. Beim Kanton verbliebe die Abrechnung, die Tarifgestaltung für Pflegeleistungen in Pflegeheimen und für Pflegeleistungen durch ambulante Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag.

Option 3: Beibehalten der finanziellen Aufgabenregelung

Als dritte Option werden – ebenfalls mit Blick auf EFAS – die Zuständigkeiten wie bisher belassen.

Beurteilung der Optionen

Folgende Tabelle fasst die Vor- und Nachteile der drei Optionen zusammen. Dabei werden Governance-Kriterien und weitere ökonomische Kriterien zugrunde gelegt.

Tabelle 1: Beurteilung der Optionen

Kriterien	O1 Transfer	O2 Punktuell	O3 Beibehalten
Governance: Klare Verantwortlichkeiten	++ ++	++	-- --
Governance: Steuerungsmöglichkeiten für Gemeinden	++ ++	++	--
Tiefe Ressourcenbelastung Gemeinden	-- --	--	++ ++
Ressourceneffizienz (Nachhaltigkeit der neuen Aufgaben für EWG bei O1/O2) (EFAS)	-- --	(--) Neue Aufgaben nur teilweise durch EFAS beeinflusst	- Keine neuen Aufgaben für EWG

+/- = Mässige Vorteile/Nachteile

++/-- = Starke Vorteile/Nachteile

Tabelle INFRAS.

Option 1 ist in Bezug auf die Governance-Kriterien (klare Verantwortlichkeiten und Steuerungsmöglichkeiten für Gemeinden) sehr positiv zu beurteilen. Die Gemeinden könnten mit einer gezielten Tariffestlegung das Angebot und die Kosten besser steuern, z.B. indem sie Anreize für den Ausbau des ambulanten oder intermediären Angebots setzen. Die Gemeinden müssten jedoch viele Ressourcen mobilisieren, um die neuen Aufgaben wahrzunehmen. Die aufgebauten Ressourcen für die Tarifgestaltung in der KVG-Pflege sowie für die Abrechnung der Leistungen würden mit Inkrafttreten von EFAS im Jahr 2032 nicht mehr benötigt.

Option 2 stellt eine stark abgeschwächte Variante von Option 1 dar mit entsprechend etwas verbesserten Steuerungsmöglichkeiten, klareren Verantwortlichkeiten und etwas tieferer Ressourcenbelastung der Gemeinden. Dennoch müssten die Gemeinden neue administrative Aufgaben übernehmen. Ein Teil dieser neuen Aufgaben würde mit EFAS nicht wegfallen.

Bei Option 3 bzw. bei Beibehaltung der heutigen Zuständigkeiten bleiben die heutigen Schwierigkeiten durch die verflochtenen Verantwortlichkeiten und die eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten bestehen. Dafür kommen auf die Gemeinden auch keine neuen administrativen Aufwände zu, die mit EFAS wieder hinfällig werden.

Fazit: Optionen abhängig von der politischen Gewichtung

Ein abschliessendes Fazit zu den Zuständigkeiten im finanziellen Bereich lässt sich aus den Vor- und Nachteilen der Varianten nicht ableiten. Welche Option zu favorisieren ist, ist letztlich ein politischer Entscheid und hängt von der Gewichtung der oben aufgeführten Vor- und Nachteile ab.

Verbesserung der finanziellen Steuerung durch mehr Datentransparenz

Unabhängig von der gewählten Option empfehlen wir, gesetzliche Regelungen zur Datenweitergabe an die Gemeinden zu schaffen. Mit einem besseren Einblick in die Daten der Leistungserbringer (Betriebsrechnungen) und der kantonalen Clearingstelle (verrechnete Leistungen) könnten die Gemeinden Entwicklungen besser nachvollziehen, die betriebswirtschaftliche Effizienz beurteilen und Angebot und Kosten besser steuern.

Empfehlungen für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegefinanzierung

Frage 5: Wie sollte die Pflegefinanzierung im Kanton Solothurn idealerweise künftig konkret ausgestaltet werden, damit die Ziele der Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung (AFE) und der Versorgungsplanung Alter- und Langzeitpflege 2030 erreicht werden?

Aus der Analyse der heutigen Situation und Regelungen in anderen Kantonen lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten. Diese sind nachfolgend nach den Bereichen Versorgungssteuerung, finanzielle Zuständigkeitsregelungen und inhaltliche Finanzierungsregelungen gegliedert.

A) Empfehlungen zur Angebotssteuerung

a) Empfehlungen an den Kanton

Empfehlung 1: Aufgaben, Kompetenzen und Rechte der Versorgungsregionen definieren und rechtlich verankern

Die Gemeinden im Kanton SO haben bislang wenig zur Entwicklung der Versorgungsregionen unternommen, was auch mit fehlenden gesetzlichen Grundlagen zusammenhängt. Der Kanton sollte daher Aufgaben, Kompetenzen und Rechte der Versorgungsregionen gemeinsam mit den Gemeinden rechtlich definieren und dabei ausreichend Gestaltungsspielräume für die Gemeinden belassen. Zudem ist zu klären, ob die sechs bestehenden Regionen vorgegeben bleiben oder von den Gemeinden selbst gebildet werden sollen.

Empfehlung 2: Umfassenden Lastenausgleich innerhalb der Versorgungsregionen einrichten

Der auf den stationären Bereich beschränkte Lastenausgleich setzt Fehlanreize und bietet Gemeinden kaum Anreize für den Ausbau ambulanter und intermediärer Strukturen. Eine Ausdehnung auf den ambulanten und intermediären Bereich würde Trittbrettfahrereffekte reduzieren und eine bessere finanzielle Äquivalenz schaffen. Damit die Effizienzgewinne innerhalb

der Versorgungsregionen verbleiben, empfiehlt es sich, den Lastenausgleich auf die Versorgungsregionen zu begrenzen. Dies bietet grösstmögliche Anreize für die Gemeinden, mit entsprechenden Angeboten die Versorgung in ihrer Versorgungsregion zu steuern.

b) Empfehlung an die Gemeinden

Empfehlung 3: Organisation von überregionalen Aufgaben prüfen und weiterentwickeln

In der Spezialversorgung gibt es Aufgaben, die wirtschaftlich nur überregional (über Versorgungsregionen hinaus) erbracht werden können. In einzelnen Bereichen bestehen bereits überregionale Versorgungsstrukturen, etwa die Kinderspitex, die via Gemeindeverband durch alle Gemeinden mitfinanziert wird, oder bei der palliativen Pflege. Der Gemeindeverband sollte prüfen, ob in weiteren Spezialversorgungsbereichen Koordinationsbedarf besteht und ein gemeinsames überregionales Angebot bereitgestellt werden sollte. Für diese Aufgaben empfiehlt sich die Schaffung einer vom VSEG koordinierten Organisation, etwa in Form einer Fachstelle.

B) Empfehlungen zur Kostensteuerung

a) Empfehlungen an den Kanton

Empfehlung 4: Verschiebung von Kompetenzen zu den Gemeinden prüfen (Optionen 1 und 2)

Für eine verstärkte finanzielle Steuerung durch die Gemeinden müssten diese mehr Aufgaben bei der Taxgestaltung übernehmen. Teilweise werden diese Aufgaben jedoch im Jahr 2032 mit EFAS wegfallen. Wir empfehlen dem Kanton, gemeinsam mit den Gemeinden zu klären, ob und in welchem Ausmass im Hinblick auf die Einführung von EFAS die Kompetenzen bei der Taxgestaltung zu den Gemeinden (vgl. oben die Option 1 und 2) verschoben werden sollen. Die Zuständigkeit für die Abrechnungen sollte auf jeden Fall bei der kantonalen Clearingstelle belassen werden, da ein Wechsel hin zu den Gemeinden administrativ sehr aufwändig und wegen EFAS nicht nachhaltig wäre.

Empfehlung 5: Transparenz für Gemeinden verbessern

Der Kanton sollte den Gemeinden Zugang zu den relevanten Daten im Bereich der Pflege geben und entsprechende gesetzliche Grundlagen schaffen. Zu den relevanten Daten gehören erstens Daten über die Art und Menge der abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen Kosten nach Leistungserbringer. Zweitens braucht es zur Beurteilung und Förderung der Effizienz der Leistungserbringer betriebswirtschaftliche Daten (aus den Kosten- und Leistungsrechnungen).

C) Empfehlungen zu inhaltlichen Finanzierungsregelungen

Nachfolgende Empfehlungen betreffen bestehende inhaltliche Finanzierungsregelungen. Wir schlagen in den verschiedenen Bereichen Anpassungen vor. Diese gelten unabhängig davon, welcher Akteur für die Taxgestaltung zuständig ist (vgl. Empfehlung 4).

a) Bereich stationäre Pflege, Betreuung und Hotellerie

Empfehlung 6: Systemwechsel hin zu differenzierten, einheitlichen Abgeltungen prüfen

Um kostengerechtere Taxen bei Institutionen mit einem unterschiedlichen Pflege- oder Betreuungsbedarf zu gewährleisten, sollte ein Systemwechsel hin zu differenzierteren Abgeltungen geprüft werden. Im Bereich der Pflegeleistungen empfehlen wir einheitliche Normkosten und pauschale Sonderabgeltungen bei ausserordentlichem Pflegebedarf. Im Bereich der EL für Hotellerie- und Betreuungskosten wäre eine Höchstattaxe mit pauschalen Sonderabgeltungen bei erhöhtem Betreuungsbedarf zielführend. Mit Blick auf die Einführung von EFAS ist jedoch fraglich, ob sich der Aufwand insbesondere im Bereich der Restkostenfinanzierung der Pflege lohnt. Dies sollte genauer geprüft werden.

Empfehlung 7: Berechnungssystematik betreffend Teuerung und Investitionskosten anpassen

Unabhängig davon, ob ein Systemwechsel vorgenommen wird, empfehlen wir, einzelne Anpassungen bei der Berechnungssystematik der Taxen vorzunehmen, um ungerechtfertigte Unterdeckungen zu bereinigen. Dies betrifft erstens die «Zweijahres-Lücke» bei der Taxberechnung. Hier empfiehlt sich die Einführung eines Teuerungszuschlags mit Nachkalkulation, um ein temporäres Defizit zu verhindern. Bei der Investitionskostenpauschale ist zweitens sicherzustellen, dass die Investitionskosten sowohl bei den Pflegekosten als auch den Hotelleriekosten berücksichtigt werden und die Höhe so festgesetzt ist, dass sie Rückstellungen für Investitionen zulässt.

b) Bereich ambulante Pflege

Empfehlung 8: Höchstattaxen im ambulanten Bereich abschaffen und Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag einführen

Aufgrund der geschilderten Probleme mit dem heutigen Finanzierungssystem empfehlen wir, die kantonalen Höchstattaxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag abzuschaffen und nur noch zwischen Gemeinden und Leistungserbringern individuelle Taxen zu vereinbaren. Für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag empfiehlt es sich, Normkosten auf Grundlage von Kostenrechnungen einzuführen. Bei der Festlegung der verschiedenen Taxen empfehlen wir, Benchmarks hinzuziehen und sie leistungsorientiert auszugestalten. Dabei sind

auch normative Festlegungen zu machen, beispielsweise über eine angemessene Höhe der Löhne der Geschäftsleitung.

Empfehlung 9: Restkostenfinanzierung im ambulanten Bereich auf die effektive Patientenbeteiligung abstützen

Anstelle der durchschnittlichen Patientenbeiträge empfehlen wir, die Restkostenfinanzierung an den effektiv verrechneten Patientenbeteiligungen auszurichten. Leistungserbringer mit durchschnittlich längeren Einsatzzeiten, z.B. bei vielen komplexen Pflegefällen, würden dadurch nicht mehr benachteiligt.

c) Vergütung der Ausbildung

Empfehlung 10: Bisherige Pauschalen mit Ausbildungspauschalen im Rahmen der Restkostenfinanzierung basierend auf der Ausbildungsleistung für Pflegefachpersonen auf Sekundarstufe II ersetzen

Die bisherigen an Pflegeleistungen gebundenen Ausbildungspauschalen (ambulant CHF 0.80/Stunde und stationär CHF 2/Tag) bieten keine Anreize für die Ausbildung von Pflegepersonal und sollten abgeschafft werden. Stattdessen sollten für Pflegefachpersonen auf Sekundarstufe II Pauschalen eingeführt werden, die sich direkt an den auszubildenden Personen bzw. an den Ausbildungstagen/-wochen orientieren. Solche Pauschalen existieren bereits auf Stufe HF/FH. Sie wurden mit der Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege im Juli 2024 eingeführt.

d) Intermediäre Angebote

Empfehlung 11 Finanzierung von Kurzeintaufenthalten in Heimen (Ferienbetten): Leistungsvereinbarungen zwischen EWG und Heimen mit Berücksichtigung Vorhalteleistung

Mit der heutigen Regelung haben die Heime keinen Anreiz, Ferienbetten anzubieten. Wir empfehlen deshalb den EWG, Leistungsvereinbarungen mit den Heimen abzuschliessen, um die Vorhalteleistung abzugelten (zu berücksichtigen sind dabei die Kosten einer effizienten Leistungserbringung). Eine Abgeltung der Vorhalteleistung gewährleistet ein bedarfsgerechtes Angebot und unterstützt damit auch die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung.

Empfehlung 12 Finanzierung von Passerellebetten: Tagespauschale neu berechnen, effektive Kosten berücksichtigen

Für Patient:innen, die nach abgeschlossener akutsomatischer Behandlung nicht nach Hause zurückkehren können, müssen die Gemeinden einen Heimplatz anbieten. Um ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen, sind die Vorhalteleistungen und die Mehrkosten der Heime für

Passerellebetten fair zu entschädigen. Wir empfehlen deshalb die Tagespauschale unter Berücksichtigung effektiver Kosten neu zu berechnen. Abzugelten sind dabei die Kosten einer effizienten Leistungserbringung.

Empfehlung 13 Tagesstätten: Schlankeres System für Betreuungsbeiträge prüfen

Die Tagesstätten kennen heute mit der Differenzierung von drei Personenkategorien ein eher komplexes System. Wir empfehlen deshalb, den Beitrag auf zwei Institutionstypen zu reduzieren und nur noch zwischen Gästen mit normalem und solchen mit erhöhtem Betreuungsaufwand zu unterscheiden.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Mit der beschleunigten demografischen Alterung stellen sich auch für den Kanton SO und seine Gemeinden grosse Herausforderungen im Bereich Alter und Pflege. Bis zum Jahr 2042 wird die Bevölkerungsgruppe 65+ um knapp 60% wachsen (Gesundheitsamt Kanton Solothurn 2023). Bereits jetzt stellen die Gemeinden ein starkes Wachstum ihrer Beiträge an Pflegeleistungen sowie Ergänzungsleistungen (EL) bei Pflegeheimaufenthalten fest. Vor diesem Hintergrund gewinnen intermediäre Strukturen wie Tagesstätten oder betreute Wohnformen, eine bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung mit integrierten Versorgungsmodellen und die Entlastung von betreuenden Angehörigen als wichtige ergänzende Ressource zur professionellen Pflege an Bedeutung (vgl. auch Ecoplan 2022).

Für die Bereitstellung des Angebots im Bereich Alter und Pflege sind im Kanton SO die Gemeinden zuständig. Eine wichtige Grundlage stellt die «Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege 2030» dar, die mit RRB Nr. 2023/1795 vom 21. Oktober 2023 in Kraft gesetzt wurde. Die Versorgungsplanung enthält u.a. die Empfehlung an die EWG und Leistungserbringer, zu prüfen, welche Anpassungen die künftigen Herausforderungen an den Versorgungsstrukturen erforderlich machen.

Gleichzeitig ist die Steuerung für die Gemeinden durch eine Verflechtung von Zuständigkeiten im Bereich der Versorgungssteuerung und Finanzierung erschwert. Die Aufgabenentflechtung (AFE) stellt so auch ein Legislaturziel dar und ist in den Legislaturplanungen 2021-2025 und 2025-2029 festgehalten.

Weiter enthält das SG des Kantons SO diverse inhaltliche Regelungen zur Finanzierung von Leistungen im Bereich Alter und Pflege, die unpräzise oder umstritten sind.

Vor diesem Hintergrund hat das Gesundheitsamt des Kantons SO vorliegenden Expertenbericht in Auftrag gegeben.

1.2. Ziel und Fragestellungen

Ziel

Ziel des Mandats war es, das heutige System der Pflegefinanzierung im Kanton SO zu analysieren, Optionen aufzuzeigen und Empfehlungen abzugeben. Dabei sind folgende Zielsetzungen zu berücksichtigen:

Die heutigen Zuständigkeiten und Regelungen im finanziellen Bereich sind so anzupassen, dass

- Aufgaben und Finanzierung zwischen Kanton und Einwohnergemeinden (EWG) konsequent entflochten werden;
- die finanzielle Steuerung durch die EWG verstärkt wird;
- die Umsetzung der in der Versorgungsplanung Alters- und Langzeitpflege 2030 gemachten Empfehlungen gestärkt wird, beispielsweise intermediäre Angebote und die integrierte Versorgung.

Fragestellungen

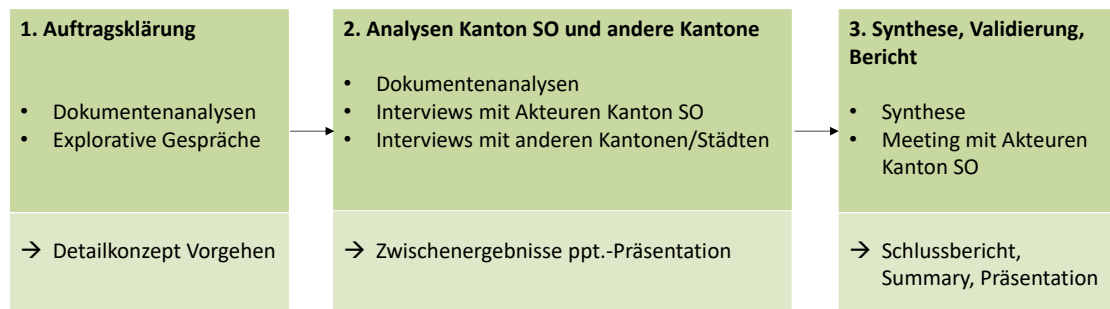
Im Vordergrund standen folgende Fragestellungen:

1. Wie wird die heutige Zuständigkeitsregelung im finanziellen Bereich im Kanton SO beurteilt?
2. Wie werden die aktuellen inhaltlichen Regelungen im finanziellen Bereich generell und im Hinblick auf Anreize zur Förderung der Umsetzung der Massnahmen zur Versorgungsplanung Alters- und Langzeitpflege 2030 und der Förderung einer integrierten Versorgung beurteilt?
3. Welche Modelle gibt es in anderen Kantonen mit kommunaler Zuständigkeit?
4. Welche heutigen kantonalen Zuständigkeiten im finanziellen Bereich können gestrichen werden und welche ergänzenden Regelungen braucht es, damit die Einwohnergemeinden die finanzielle Steuerung wahrnehmen können?
5. Wie sollte die Finanzierung von Leistungen im Bereich Alter und Pflege im Kanton SO idealerweise künftig konkret ausgestaltet werden, damit die Ziele der Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung (AFE) und der Versorgungsplanung Alter- und Langzeitpflege 2030 erreicht werden?

Die Frage 5 umfasst auch einzelne unklare oder umstrittene inhaltliche Finanzierungsregelungen zu ambulanten, stationären und intermediären Leistungen oder zur Ausbildung (vgl. Teil II).

1.3. Methodisches Vorgehen

Abbildung 1: Überblick Vorgehen



Grafik INFRAS.

Methodisch stützt sich der Bericht auf folgende Grundlagen ab:

Dokumentenanalyse

Es wurden verschiedene Dokumente herangezogen: Dazu gehören

- Berichte und Dokumente zum Hintergrund und Kontext im Kanton SO: z.B. Versorgungsplanung 2030 des Kantons SO, Bericht zur Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung (Ecoplan 2020), Legislaturplanungen (2017-2021 und 2021-2025), Botschaften zur Restkostenfinanzierung etc.
- Dokumente zur aktuellen Finanzierung und Tarifgestaltung: U.a. Regierungsratsbeschlüsse inkl. Beilagen (z.B. RRB Nr. 2024/1666, RRB Nr. 2024/1668; RRB Nr. 2023/1583, RRB Nr. 2023/1726), Berichte und interne Analysen der Verwaltung.
- Rechtsgrundlagen, Tarifordnungen, Berichte und interne Dokumente anderer Kantone
- Von den betroffenen Akteuren und Interviewpartner:innen zur Verfügung gestellte Berichte und Dokumente.
- Weitere Dokumente und Berichte zu Kontextentwicklungen, z.B. zur Reform der einheitlichen Finanzierung der Leistungen im KVG (EFAS), Umsetzung der Pflegeinitiative, Finanzierung Palliative Care³ ([Bundesratsbericht](#)), [Botschaft Änderung ELG](#) (inkl. für dieses Geschäft erstellte Berichte).

Qualitative Interviews

Für die Analyse der aktuellen und alternativen Finanzierungsmodelle wurden insgesamt 20 Interviews mit folgenden Akteursgruppen durchgeführt:

³ Vgl. [news.admin.ch/de/newnsb/kmu93lhO8bKtQuJf5r3z3](https://www.news.admin.ch/de/newnsb/kmu93lhO8bKtQuJf5r3z3)

- Kanton SO
- Gemeinden: Gemeindeverband VSEG und zwei einzelne Gemeinden
- Leistungserbringer: SVKS, GSA, Solothurner Spitäler, ASPS
- Andere Kantone und Städte ausserhalb des Kantons SO
- Expert:innen

Eine Liste der Interviewpartner:innen findet sich im Anhang A1). Die Auswahl erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber.

Abschlussmeeting mit Stakeholdern

Um die Empfehlungen breit abzustützen, wurden die provisorischen Ergebnisse des Schlussberichtes an einem Meeting mit den Auftraggebenden und weiteren relevanten Akteuren (VSEG, SVKS, GSA, SoH, ASPS) besprochen.

2. Zielbild des Kantons im Bereich Alter und Pflege

2.1. Versorgungsziele

Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich

Der Kanton hat gestützt auf § 20 Sozialgesetz (SG) und RRB Nr. 2021/615 vom 27. April 2021 gemeinsam mit den EWG und weiteren Akteuren eine «Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege 2030» erarbeitet. Diese wurde mit RRB Nr. 2023/1795 per 21. Oktober 2023 in Kraft gesetzt. Die Planung zeigt auf, wie das bestehende Angebot genutzt wird und welche Bedarfsentwicklung bis 2030 respektive bis 2042 zu erwarten ist (Gesundheitsamt Kanton SO, 2023). Sie umfasst ausserdem die gesamte Versorgungskette von ambulanten (u. a. Spitex), intermediären (u. a. Tagesstätten und betreute Wohnformen) und stationären Angeboten (Alters- und Pflegeheime).

Die neue Versorgungsplanung verfolgt eine **Strategie der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich⁴ (inkl. Ausbau intermediärer Strukturen)**. Ziel ist es, Menschen in den Pflegestufen 0-3 mit maximal 60 Minuten Pflege pro Tag möglichst zu Hause oder in betreuten Wohnformen zu versorgen. Dies entspricht einerseits dem Wunsch vieler Menschen, möglichst lange im eigenen Zuhause leben zu können. Andererseits hat dies auch Kostenvorteile für Gemeinden. Denn bei leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit kommt die ambulante Versorgung für die Gemeinden günstiger als ein Aufenthalt in Pflegeheimen.⁵

Empfehlungen aus der Versorgungsplanung 2030 an die Gemeinden

Um das Verlagerungspotenzial auszuschöpfen, braucht es gemäss der Versorgungsplanung eine Stärkung der ambulanten Angebote in Bezug auf die Betriebszeiten und die Angebotspalette von spezialisierten Pflegeleistungen sowie einen Ausbau von intermediären Angeboten (u.a. Tagesstätten, betreute Wohnformen) (Gesundheitsamt Kanton SO, 2023). Trotz dieser Verlagerung ist von einem Bedarf nach mehreren hundert zusätzlichen Heimplätzen bis ins Jahr 2042 auszugehen. Die Versorgungsplanung formuliert u.a. folgende Empfehlungen an die Gemeinden:

⁴ Ziel ist es, 40% der Personen mit einer niedrigen Pflegebedürftigkeit (Pflegebedarfsstufen 0-3, bis 60 Minuten Pflege pro Tag) in ihrem angestammten Zuhause oder in einer betreuten Wohnform (intermediär) zu versorgen.

⁵ Studien, die eine Gesamtkostenperspektive einnehmen, zeigen, dass die Gesamtkosten bis zu einem mittleren Pflegebedarf von 60-120 Minuten bei einer ambulanten Versorgung geringer sind (Wächter und Künzi, 2011, Jaccard-Ruedin et al., 2010). Aus Perspektive des Finanzierungsträgers der öffentlichen Hand ist der Kostenvorteil höher und sogar bis zu einem hohen Pflegebedarf gegeben – dies, weil die Gemeinden auch für die EL aufkommen, welche im Pflegeheim deutlich höher sind als EL bei der Pflege zu Hause (durchschnittlich CHF 3'000 pro Monat). Dies zeigt bspw. eine [Projektstudie der FHNW](#), nach der die Gemeinden bis Pflegebedarfsstufe 8 (von 12 Stufen, nach BESA) weniger Beiträge zahlen im Vergleich zu einem Aufenthalt im Pflegeheim.

- Stärkung ambulantes und intermediäres Angebot (Verlagerung stationär zu ambulant) durch:
 - Stärkere Suche nach ambulanten und intermediären Lösungen bevor ein Pflegeheimeintritt erfolgt;
 - Ausbau der ambulanten Versorgung mit einer Ausdehnung der Betriebszeiten, der Einrichtung eines 24-h-Pflegenotrufs und einer spezialisierten Angebotspalette;
 - Schaffung von intermediären Angeboten (Tagesstätten, betreute Wohnformen) und Sicherstellung der Verfügbarkeit von Kurzaufenthalten.
- Förderung der integrierten und koordinierten Versorgung durch:
 - Kooperationen zwischen Leistungserbringern;
 - Steuerung Patient:innen durch regionale Anlauf- und Beratungsstellen.
- Schliessung von Versorgungslücken durch eine interregionale Zusammenarbeit.

Stärkere regionalisierte Leistungserbringung

Die Legislaturplanungen 2021-2025 und 2025-2029 sehen eine Verstärkung der Regionalisierung u.a. in den Bereichen Alter und Pflege vor.⁶ Die Gemeinden und Leistungserbringer sollen zukünftig verstärkt in Versorgungsregionen zusammenarbeiten. Ziel ist ein Modell der regionalisierten Leistungserbringung. Eine Grundlage stellt dazu die Versorgungsplanung dar, in der sechs Versorgungsregionen definiert und differenzierte Prognosen erstellt wurden. Die Versorgungsplanung empfiehlt den Gemeinden dazu, regionale Austauschplattformen mit den Leistungserbringern ihrer Region zu schaffen.

Kohärente finanzielle Regelungen

In Bezug auf die Ziele der Versorgungsplanung spielen die Tarifgestaltungen zu den verschiedenen Angeboten eine wichtige Rolle. Das SG des Kantons SO enthält diverse Regelungen zur Finanzierung von Pflegekosten, die unpräzise oder umstritten sind. Die Tarifsysteme im ambulanten und stationären Bereich sind nicht deckungsgleich und können Fehlanreize in Bezug auf die Ziele der Versorgungsplanung beinhalten. Bedarf, die Angemessenheit und Kohärenz der Regelungen mit den Zielen zu überprüfen, besteht aus Sicht des Kantons auch bei den folgenden Themen: Taxberechnung sowie Finanzierung von Kurzaufenthalten, Passerellebetten, betreutem Wohnen und Spezialangeboten.

⁶ Legislaturplanung 2021-2025: Ziel B.3.1.2; Legislaturplanung 2025-2029: Ziel B.1.4.1.

2.2. Entflechtung der Zuständigkeiten

Aufgabenentflechtung und bessere Steuerungsmöglichkeiten im Bereich Alter und Pflege

Im Kanton SO sind im Bereich Alter und Pflege die Aufgaben und Zuständigkeiten des Kantons und der Gemeinden eng miteinander verflochten (vgl. Kap. 3). Gemäss SG sind die Gemeinden für die Bereitstellung des Angebots und die Finanzierung der Restkosten zuständig (§§ 26 Abs. 1 Bst. f und 142-144^{quinquies} SG). Der Kanton erstellt die Angebotsplanung, bewilligt und beaufichtigt das Erbringen von sozialen Aufgaben und den Betrieb sozialer Institutionen und legt für ambulante und stationäre Institutionen generelle Höchstattaxen sowie für stationäre Institutionen individuelle Taxen fest (§§ 20, 21, 52 und 144^{quater} SG). Damit ist das Prinzip der finanziellen Äquivalenz⁷ nicht umgesetzt. Zudem sind, wie in der Ausgangslage erwähnt, die finanziellen Steuerungsmöglichkeiten für die Gemeinden im Wesentlichen auf die Angebotsgestaltung Tarife für ambulante Leistungserbringer eingeschränkt. Der Kanton SO hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, die Aufgaben von Kanton und Gemeinden zu entflechten. Gemäss den Legislaturplanungen 2021-2025 (Legislaturziel B.1.2.6) und 2025-2029 (Legislaturziel B.1.4.1.) soll die Aufgabenreform u.a. für den Bereich Alter und Pflege konkretisiert werden.

2.3. Beurteilungskriterien

In den nachfolgenden Kapiteln werden Beurteilungen zu den aktuellen und alternativen Regelungen vorgenommen. Grundlagen für die Beurteilung sind das Zielbild des Kantons im Bereich Alter und Pflege und weitere grundsätzliche Prinzipien. Konkret werden folgende Beurteilungskriterien zugrundegelegt, die im Anhang A2 näher ausgeführt sind:

- **Systemgestaltung:** Diese wird danach beurteilt, welche Anreizwirkungen sie für Gemeinden und Leistungserbringer im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Angebots hat und inwiefern Governance-Prinzipien, wie die Steuerbarkeit und finanzielle Äquivalenz, Gerechtigkeit beim Zugang, die Effizienz, Transparenz und Verantwortlichkeit, eingehalten sind.
- **Finanzielle Regelungen:** Die Finanzierungsregelungen sollen erstens die Ziele der Strategie der Versorgungsplanung unterstützen und zweitens grundlegenden gesundheitsökonomischen Prinzipien folgen, die eine effiziente, faire und langfristig tragfähige Versorgung ermöglichen.

⁷ Dieses besagt, dass jene Gebietskörperschaft, die über eine Aufgabe entscheidet, auch die Kosten trägt und, dass deren Bevölkerung den Nutzen davonträgt.

Kontextfaktor Reform «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen gemäss KVG (EFAS)»

Bei Anpassungen an der Ausgestaltung des Systems und an den Finanzierungsregelungen ist als wichtiger Kontextfaktor zu berücksichtigen, dass es mit der Einführung von EFAS auch zu Veränderungen im Bereich der Pflegefinanzierung kommen wird (vgl. Box unten). Dieser Teil der Neuregelung wird im Jahr 2032 in Kraft treten. Derzeit bestehen noch gewisse Unklarheiten bezüglich Umsetzung, die Neuregelungen werden aber starke Auswirkungen auf die Rolle der Kantone und der Gemeinden und das Tarifsysteem der Pflegefinanzierung haben. Gewisse Aufgaben werden hinfällig werden, was insbesondere bei möglichen Anpassungen, die einen längeren Prozess erfordern, unter dem Gesichtspunkt Aufwand und Nutzen zu berücksichtigen ist.

Box 1: Veränderungen mit der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) im Bereich Pflege

- Am 24. November 2024 hat die Stimmbevölkerung die Reform zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen im Gesundheitswesen (EFAS) angenommen. Die Reform sieht vor, dass alle ambulanten und stationären Leistungen (inkl. Pflegeleistungen) nach einem einheitlichen Verteilschlüssel von der öffentlichen Hand und Versicherern finanziert werden. Die erste Etappe EFAS tritt am 1. Januar 2028 in Kraft, der Bereich Pflege wird erst ab 1. Januar 2032 umgesetzt.
- Die Einführung von EFAS wird im Bereich Pflege die heutige Restkostenfinanzierung durch einen prozentualen Beitrag der öffentlichen Hand an den Kosten ablösen.
- Klar ist, dass mit EFAS eine nationale Tarifstruktur für die Pflege eingeführt wird. Diese wird durch eine Tarifstrukturorganisation bestehend aus den Leistungserbringerverbänden, den Versichererverbänden und den Kantonen erarbeitet. Die Finanzierung mit der neuen Tarifstruktur erfolgt ab 1.1.2032. Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verhandeln die Tarife für Pflegeleistungen. Die Kantone bzw. die Gemeinden sind somit nicht mehr Vertragspartner der Leistungserbringer.
- Unklar ist, ob es einen nationalen Tarif oder kantonale Tarife geben wird. Sofern es kantonale Tarife geben wird, dürfte es an den Kantonen sein, die Tarife zu genehmigen bzw. bei Nichteinigung seitens der Tarifpartner hoheitlich festzusetzen. Die künftige Rolle der Gemeinden bei der Finanzierung ist kantonrechtlich zu regeln, d.h. ob und wie die Kantone den Anteil der öffentlichen Hand an den Pflegeleistungen an die Gemeinden weiterverrechnen. Voraussichtlich wird es eine separate Tarifstruktur für Tages- und Nachtstrukturen geben.
- Die Rechnungsstellung erfolgt künftig vollständig vom Leistungserbringer an den Krankenversicherer. Die Rechnungsstellung für die Restkosten an die kantonale Clearingstelle fällt

weg. Der Beitrag der öffentlichen Hand wird anschliessend von der Gemeinsamen Einrichtung KVG den Kantonen in Rechnung gestellt und gegebenenfalls den Gemeinden weiterverrechnet. Im Bereich der Rechnungsprüfung werden die Kantone künftig weiterhin Aufgaben haben.

- Noch unklar ist, welche Daten die Gemeinsame Einrichtung KVG den Kantonen zur Verfügung stellen muss.
- EFAS ändert hingegen nichts an den kommunalen Zuständigkeiten im Bereich der Pflege bezüglich Bereitstellung des Angebots und Finanzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Pflegeleistungen und EL AHV.

Teil I: Systemgestaltung Bereich Alter und Pflege

Teil I beschäftigt sich mit den Aspekten der grundsätzlichen Systemgestaltung, was vor allem die Zuständigkeiten für die verschiedenen Aufgaben der Kosten- und Versorgungssteuerung im Bereich Alter und Pflege umfasst. In den nachfolgenden drei Kapiteln sind zunächst die aktuellen Zuständigkeitsregelungen im Überblick dargestellt (Kap. 3). Anschliessend erfolgt separat nach den Bereichen Versorgungsplanung und -steuerung und Kostensteuerung eine Beurteilung der Ist-Situation sowie ein Überblick über Regelungen und Erfahrungen in anderen Kantonen. Davon abgeleitet werden jeweils mögliche Optionen und Empfehlungen für den Kanton SO.

3. Aktuelle Zuständigkeitsregelungen

Im Kanton SO sind seit dem Jahr 1999 grundsätzlich die EWG für die Versorgung⁸ und seit dem Jahr 2020 vollumfänglich für die Finanzierung⁹ zuständig. Der Kanton übernimmt jedoch ebenfalls Aufgaben in diesem Bereich. Die Aufgaben von Kanton und Gemeinden sind folgendermassen verteilt:

- Der Kanton erstellt eine Versorgungsplanung für die Alters- und Langzeitpflege und legt damit den Rahmen und die Ziele für das Angebot im ambulanten und stationären Bereich fest. Die Gemeinden wirken bei der Versorgungsplanung mit und sind vollumfänglich für die Bereitstellung der Angebote verantwortlich. Sie steuern das Angebot auf ihrem Versorgungsgebiet. Für den Minimalinhalt der ambulant zu erbringenden Grundversorgung existiert eine Mustervereinbarung, welche der Regierungsrat als verbindlich erklärt hat.¹⁰ Die Bewilligung und Aufsicht über die Leistungserbringer erfolgen durch den Kanton.
- Die KVG-Restkosten für die Pflege sowie die EL zur AHV für Hotellerie, Betreuung und Patientenbeteiligungen (Pflege) werden durch die Gemeinden getragen. Dabei legt der Kanton die geltenden Höchsttaxen für die Pflege, Hotellerie und Betreuung im ambulanten und stationären Bereich sowie individuelle Taxen im stationären Bereich fest. Die Gemeinden bestimmen die individuellen Taxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag im ambulanten Bereich.

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Zuständigkeiten.

⁸ Vgl. [Gesetz über die Aufgabenreform Soziale Sicherheit](#) vom 7. Juni 1999) sowie [RRB Nr. 2005/1617](#), S. 10.

⁹ Vgl. § 26 Abs. 1 Bst. f SG. Bis dahin bestand in § 179 SG eine Übergangsregelung, wonach Kanton und EWG je hälftig die Pflegekostenbeiträge an stationäre Pflegeleistungen trugen.

¹⁰ [RRB Nr. 2022/1106](#)

Tabelle 2: Übersicht Zuständigkeiten im Bereich Alter und Pflege

Aufgabenbereich	Kanton	Einwohnergemeinden (EWG)
Versorgungsplanung und -steuerung	▪ Festlegung des Angebots (u.a. Bedarfswahlen, Grundangebot und Basisqualität) (§ 20 SG) ▪ Bewilligung und Aufsicht über die Leistungserbringer (§ 21 SG)	▪ Mitwirkung bei Sozialplanung (§ 20 SG) ▪ Bereitstellung der Angebote §§ 142-144 SG
Restkosten (teil-)stationäre und ambulante Pflege	▪ Tarifgestaltung bzw. Festlegung Taxen (§ 52 SG) nach Anhörung Gemeinden und Branchenorganisationen (§ 144^{quater} SG) ▪ Ambulanter Bereich: Höchstattaxen, Patientenbeteiligung, Taxzuschlag, Ausbildungsverpflichtung, Kürzungen LE ohne Grundversorgungsauftrag ambulanter Bereich ▪ Stationärer Bereich: Höchstattaxen, und individuelle Taxen Pflegeheime ▪ Tagesstätten: Bereuungsbeitrag ▪ Rechnungskontrolle und Auszahlung (§ 144^{quinquies} SG), Umsetzung durch Kantonale Clearingstelle	▪ Kostentragung (100%) (§§ 26, 54, 143^{ter} SG) ▪ Aushandlung der individuellen Taxen im ambulanten Bereich ▪ Leistungsvergütung (§ 51 SG) ▪ Finanzierung Kinderspitex
EL zur AHV (Hotellerie und Betreuung im Pflegeheim, Krankheits- und Behinderungskosten zu Hause)	▪ Festlegung der EL-Höchsttaxen für Hotellerie und Betreuung im Pflegeheim	▪ Kostentragung (100%)

LE = Leistungserbringer
Tabelle INFRAS.

4. Angebotsplanung und -steuerung

4.1. Beurteilung der Ist-Situation

Die nachfolgende Beurteilung der Ist-Situation basiert auf den definierten Beurteilungskriterien (vgl. Kap. 2.3) und bezieht Informationen aus den Gesprächen mit den Akteuren im Kanton SO ein.

Die Zuständigkeit der Gemeinden für die Angebotssteuerung ist zweckmässig

Die kommunale Zuständigkeit für die Steuerung und Bereitstellung des Angebots ist aus Sicht der Autor:innen als zweckmässig zu beurteilen. Die Gemeinden sind grundsätzlich am besten in der Lage, zusammen mit den Leistungserbringern für ein bedarfsgerechtes Angebot zu sorgen. Sie kennen die lokalen Verhältnisse und Leistungserbringer. Mit der Bereitstellung des Angebots haben die Gemeinden auch ein Instrument in der Hand, die durch sie getragenen Kosten im Bereich Alter und Pflege zu steuern. Denn mit den Angeboten (ambulant, intermediär, stationär) und integrierten Versorgungsformen können sie die Patientenwege in Richtung einer volkswirtschaftlich effizienten Versorgung lenken. Darüber hinaus können die Gemeinden prinzipiell auch auf die betriebliche Kosteneffizienz Einfluss nehmen, weil sie oftmals Träger der Institutionen und somit in den Leitungsgremien vertreten sind.

Umsetzung der Strategie zur Versorgungsplanung schreitet nur langsam voran

Die kantonale Versorgungsplanung sieht vor, ambulante und intermediäre Strukturen auszubauen und die integrierte Versorgung zu stärken. Auch die verschiedenen befragten Akteure sind sich darin einig, dass dies einem Bedarf entspricht. In den vergangenen Jahren hat sich die Versorgungslandschaft im ambulanten Bereich mit Spitex-Fusionen verändert und es wurden verschiedenste Spitexorganisationen in stationäre Leistungserbringer integriert. Die Leistungserbringer führen aber aus, dass derzeit kaum eine systematische Zusammenarbeit zwischen den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen bestehe. Der Übergang von ambulant zu stationär verlaufe bisher meist eindimensional. Von einem Aufenthalt im Pflegeheim gehe der Weg fast nie wieder zurück nach Hause, auch wenn dies bei tiefen Pflegebedarfsstufen teilweise möglich wäre. Dies hänge mit einer mangelnden Zusammenarbeit und zu wenigen intermediären Strukturen zusammen. Die Akteure orten mit einer flexibleren und stärker integrierten Versorgung auch ein Sparpotenzial für die Gemeinden. Derzeit scheinen jedoch wenig Investitionen in ambulante und intermediäre Strukturen getätigt zu werden. Der VSEG ist der Ansicht, dass die aktuellen Klagen und Beschwerden der Alters- und Pflegeheime ein rascheres Vorwärtsgen in der Umsetzung der Versorgungsplanung behindern, bis die entsprechenden Gerichtsentscheide Klarheit schaffen oder die Institutionen ihre Klagen und Beschwerden zurückziehen.

Einseitiger Lastenausgleich setzt Fehlanreize bzgl. ambulante und intermediäre Strukturen

Ein Grund für die langsamen Fortschritte beim Ausbau der ambulanten Pflege und intermediären Strukturen dürfte der einseitige Lastenausgleich sein. Ein solcher besteht für den stationären Bereich, indem die durch die Gemeinden zu tragenden Kosten der stationären Pflege auf alle Gemeinden gemäss den Einwohnerzahlen verteilt werden. In der ambulanten Pflege existiert hingegen kein Lastenausgleich. Mehrere Gesprächspartner:innen weisen darauf hin, dass die Gemeinden dadurch wenig Anreize haben, ihr ambulantes oder intermediäres Angebot auszubauen. Während die investierende Gemeinde die höheren Kosten im ambulanten und intermediären Bereich alleine trägt, profitieren von den Kosteneinsparungen im stationären Bereich alle Gemeinden gleichermassen. Bei einem Auf- oder Ausbau von intermediären Angeboten, wie z.B. Tagesstrukturen oder betreuten Wohnformen, befürchten die Gemeinden zusätzlich, Pflegebedürftige aus anderen Gemeinden anzuziehen, für die sie in der Folge die Pflegerestkosten und allfällige EL zur AHV zahlen müssen. Der VSEG ist der Ansicht, dass die Kosteneffizienz entfalle, wenn sämtliche durch die Alters- und Pflegeheime in der Kostenrechnung ausgewiesenen Kosten in den Lastenausgleich unter den Gemeinden fallen. Der VSEG ist deshalb der Überzeugung, dass neben einem transparenten und leistungsorientierten Lastenausgleichssystem neue Anreize für eine Kosteneffizienz geschaffen werden müssten.

Bessere Steuerungsmöglichkeiten durch Zusammenarbeit in Versorgungsregionen

Die durch die kantonale Versorgungsplanung vorgesehene Zusammenarbeit in Versorgungsregionen bietet aus Sicht der Autor:innen zusätzliche Chancen für die Steuerung einer bedarfsgerechten und effizienten Versorgung. In grösseren Versorgungsräumen lassen sich in der Zusammenarbeit Synergien aus bestehenden Versorgungsstrukturen besser nutzen. Zudem lassen sich die Angebote bedarfsgerechter und volkswirtschaftlich effizienter gestalten.

Auch bei den befragten Akteuren besteht Konsens darüber, dass eine Zusammenarbeit in Regionen grundsätzlich zweckmässig ist. Einzelne Gemeinden seien zu kleinräumig, wenn es darum gehe, ambulante und intermediäre Versorgungsstrukturen wie auch spezialisierte stationäre Angebote auszubauen. Die Versorgungsregionen könnten zudem auch dazu beitragen, die Versorgung flexibler und integrierter zu gestalten.

Die bereits konkret vorgesehenen sechs Versorgungsregionen werden von den Akteuren unterschiedlich beurteilt. Der SVKS ist der Ansicht, dass die Leistungserbringer bei der Planung zu wenig einbezogen wurden und die sechs Regionen zu wenig auf die Realitäten abgestimmt seien. Eine befragte Gemeinde erachtet «ihre» Versorgungsregion hingegen als sinnvoll. Sie würde bereits bestehende Kooperationen abbilden.

Unklarheiten in Bezug auf die Versorgungsregionen

Bisher haben die Gemeinden noch kaum Aktivitäten zur Entwicklung der Versorgungsregionen in Angriff genommen. Die Gespräche zeigten, dass in Bezug auf den Auftrag und die Organisation der Versorgungsregionen bei den Akteuren viele Fragezeichen bestehen. Unklar sei beispielsweise, welche Organisationsform diese haben und aus welchen Akteuren sich die Gremien zusammensetzen. Damit die Versorgungsregionen verbindlich werden und funktionieren können, braucht es aus Sicht des VSEG noch eine Reihe von gesetzlichen Grundlagen, Rechtsformen, Organe und Steuerungsinstrumente. Eine Herausforderung bestehe zudem darin, die verschiedenen Interessen der Gemeinden und der weiteren Akteure auf einen Nenner zu bringen. Der VSEG rechnet, wie dies auch in anderen Kantonen der Fall ist bzw. war, mit einem längeren Prozess, bis funktionsfähige Versorgungsregionen etabliert sind. Aufgrund der verschiedenen ungeklärten Fragen sollte aus Sicht des VSEG der Kanton auch bei dem Prozess involviert sein. Eine befragte Gemeinde ist der Meinung, dass die Gemeinden (mit Lead VSEG) am Zug seien und Lösungen erarbeiten sollten.

4.2. Regelungen und Erfahrungen in anderen Kantonen

Bei den befragten Kantonen (AG, BL, GR, SH, TG, LU) handelt es sich um Kantone mit grundsätzlich kommunaler Zuständigkeit für den Bereich Alter und Pflege. Bei allen Kantonen übernimmt der Kanton ebenfalls gewisse Aufgaben. Folgende Zuständigkeitsregelungen bestehen in diesen Kantonen:

Versorgungsplanung und -steuerung

Bei allen befragten Kantonen erstellt – wie im Kanton SO – der Kanton eine Bedarfs- und Angebotsplanung. Die Bereitstellung der Angebote liegt prinzipiell bei den Gemeinden. Einige dieser Kantone sind auch für die konkrete Angebotssteuerung bei gewissen spezialisierten, überregionalen Angeboten zuständig, indem sie Leistungsvereinbarungen schliessen und/oder die Angebote (mit-)finanzieren. Das betrifft beispielsweise die Kinderspitem, Pflege und Betreuung im Bereich Gerontopsychiatrie oder Palliativpflege in Sterbehospizen (vgl. Kap. 5.2).

Bewilligung und Aufsicht

In fast allen befragten Kantonen hat – ebenfalls wie im Kanton SO – der Kanton die Aufsicht über die Leistungserbringer inne. Eine Ausnahme bildet der Kanton LU, wo die Gemeinden für die Bewilligung und Aufsicht im ambulanten Bereich zuständig sind. Die Erfahrungen im Kanton LU sind diesbezüglich gemäss Auskunft des Kantonsvertreters eher negativ. Dies führe zu unterschiedlichen Massstäben in den Gemeinden. Spitem-Organisationen würden sich dort

ansiedeln, wo die geringsten Anforderungen zu erfüllen seien. Die Stadt Luzern bietet deshalb den anderen Gemeinden Dienstleistungen an, z.B. zur Beurteilung von Bewilligungen. Indem Spitexorganisationen teilweise in mehreren Gemeinden tätig seien, führt diese Regelung bei den Gemeinden weiter zu Doppelspurigkeiten und einem hohen administrativen Aufwand.

Versorgungsregionen

Von den befragten Kantonen kennen fünf Kantone (BL, GR, LU, SH, TG) Versorgungsregionen, in einem Kanton sind Versorgungsregionen in Planung (AG). In allen Kantonen mit Versorgungsregionen definiert der Kanton im Rahmen der Versorgungsplanung den Bedarf für die einzelnen Versorgungsregionen. In den meisten Kantonen beschränkt sich dies auf den Bettenbedarf.

Rolle, Kompetenzen und Organisation der Versorgungsregionen

Die Versorgungsregionen spielen in den Kantonen eine unterschiedlich starke Rolle und haben unterschiedliche Kompetenzen.

- Im Kanton TG sind die Versorgungsregionen z.B. nicht als eigene Organisationen aktiv, sondern dienen lediglich als Planungsregionen.¹¹
- Im Kanton LU fungieren die Versorgungsregionen lediglich als eine Art «Echogremium» für den Kanton. Ihr Fokus liegt vor allem auf dem Bereich der stationären Pflege. Es handelt sich bei den Versorgungsregionen vor allem um Arbeitsgruppen ohne Entscheidungskompetenz, bestehend aus Sozialvorstehenden der Gemeinden. Ähnliche Rollen und Kompetenzen haben die Versorgungsregionen im Kanton SH.
- Eine aktivere Rolle haben die Versorgungsregionen in den Kantonen GR und BL. Im Kanton BL ist gesetzlich definiert, dass sie Leistungsverträge abschliessen, die Aufsicht übernehmen und im stationären Bereich die Tarife festlegen. In beiden Kantonen haben sich unterschiedliche Organisationsformen etabliert, von losen Gemeinschaften bis hin zu rechtlichen Träger-schaften wie Zweckverbänden oder Stiftungen mit Entscheidungskompetenzen.

Definition der Versorgungsregionen

In den meisten Kantonen waren die Versorgungsregionen bereits aufgrund von kantonalen Planungsregionen vorgegeben. In einem Kanton waren die Spitäler massgebend für die Bildung der Regionen. Im Kanton BL haben die Gemeinden die Regionen selbst definiert. Die gemachten Erfahrungen dazu sind gemischt: Die Idee des Kantons war, dass die Versorgungsregionen mindestens 30'000 Einwohnende umfassen. Im Ergebnis seien aber mehr Regionen

¹¹ Die Definition der Versorgungsregionen diene lediglich dazu, den Bettenbedarf nach Einzugsgebiet konkreter zu definieren, da mehrere Pflegeheime einen Ausbau planen.

entstanden, da die Gemeinden teilweise nicht zu viel Autonomie abgeben wollten. Andererseits seien die Versorgungsregionen gut akzeptiert.

Herausforderungen und Learnings in anderen Kantonen

Mehrere Kantone bezeichnen die Einführung der Regionen als harzigen Prozess. Drei Kantone sehen rückblickend als Problem, dass es an verbindlichen Vorgaben zur Umsetzung und Organisation fehlte. Der Kanton habe keine Handhabe, wenn die Gemeinden keine Initiative ergreifen. Ein Kanton berichtet, dass den Gemeinden unklar gewesen sei, in welcher Form sie in den Versorgungsregionen zusammenarbeiten sollen. Fehlende Vorgaben führten zu verschiedenen Organisationsformen und teils schlecht institutionalisierten Versorgungsregionen. Dies erschwere auch die Zusammenarbeit zwischen dem Kanton und den Versorgungsregionen. Mehrere Kantone halten als Lehre fest, dass die Aufgaben, Kompetenzen und die Finanzierung klar geregelt sein müssen, damit die Versorgungsregionen «in Gang kommen» und sich weiterentwickeln. Es brauche Verbindlichkeit und Organisationen mit Trägerschaften, die eine stärkere Rolle einnehmen können. Für den Kanton brauche es zudem klare Ansprechpartner. In einem Kanton hat sich kürzlich eine Präsidienkonferenz der Versorgungsregionen gebildet, in der Gemeindepräsident:innen aus den Regionen vertreten sind. Dies sei ein hilfreiches Gremium, um Probleme entgegenzunehmen und zurückzuspielen.

Good Practice Beispiel und Erfolgsfaktoren

Ein Beispiel für eine funktionierende und weiterentwickelte Versorgungsregion ist das Untereggadin, in dem Spitex, Pflegeheime und Spital gut und integriert zusammenarbeiten.¹² Dank dem Blick auf die Gesamtkosten ist es auch gelungen, ein Case Management für die Versorgungsregion einzurichten. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist gemäss dem Gesprächspartner die Organisationsform als Stiftung mit Vorstand, in dem die Gemeindevorstände vertreten sind. Es würden Mehrheitsentscheide getroffen bzw. so lange diskutiert, bis sich alle einig seien. Weitere wichtige Voraussetzungen, die auch von anderen Kantonen genannt werden, sind «weiche» Faktoren, d.h. engagierte und innovative Personen in der Steuerung und eine solidarische Haltung der Gemeinden (kein Konkurrenzdenken).

Weitere Faktoren, die gemäss verschiedener Gesprächspartner:innen ein gutes Funktionieren der Versorgungsregionen begünstigen (können), sind:

- Kompetenzaufbau in den Versorgungsregionen: Mit entsprechenden fachlichen Kompetenzen zu Versorgungsmodellen und Finanzierung können die Regionen geeignete Modelle für eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung entwickeln. Sind solche Kompetenzen in den

¹² Intermediäre Angebote (Tagesstätten, betreute Wohnungen) gibt es gemäss dem Gesprächspartner hingegen wenige. Diese würden auch wenig nachgefragt, weil die Nachbarschaftshilfe gut funktioniere.

Versorgungsregionen vorhanden, schaffe dies auch Vertrauen der Gemeinden in Vorschläge oder Entscheide der Versorgungsregionen.

- Einrichtung eines Lastenausgleichs auf Ebene der Versorgungsregionen (bisher noch nicht in den befragten Kantonen existierend): Ein solcher wäre eine Hilfe gerade auch für finanzschwache Gemeinden und schaffe Anreize für Gemeinden, Angebote bereitzustellen – z.B. beim betreuten Wohnen, wodurch die Gemeinden einen Steuerzufluss erhalten, die Kosten aber solidarisiert werden.
- Unterstützungsbeiträge des Kantons für innovative Projekte: Die Kantone können mit finanziellen Beiträgen an (innovative) Projekte Anreize bei den Versorgungsregionen schaffen. Die Kantone BL und GR kennen solche finanziellen Beiträge, die beispielsweise im Kanton GR rege genutzt würden.

Lastenausgleich

Einen Lastenausgleich im Bereich Alter und Pflege kennen wenige befragte Kantone. Einzelne Kantone (z.B. GR, LU) haben wie der Kanton SO einen Lastenausgleich im stationären Bereich eingerichtet, allerdings nur betreffend die EL für Hotellerie und Betreuung, nicht für die Restkostenfinanzierung der Pflege. Einzelne Kantone denken über einen Lastenausgleich im Bereich betreutes Wohnen nach, um bessere Anreize zu schaffen, entsprechende Angebote bereitzustellen. Im Kanton BL gelten spezielle Zuständigkeitsregelungen zu diesem Zweck: Für die Finanzierung der Kosten des betreuten Wohnens ist diejenige Wohngemeinde zuständig, in der die pflegebedürftige Person in den letzten fünf Jahren mehrheitlich gewohnt hat. Im Kanton LU gilt eine ähnliche Regelung für die Restkostenfinanzierung der stationären Pflege. Darüber hinaus sind Überlegungen im Gange, Spezialkosten von spezialisierten Pflegeheimen (mit Palliative Care, Demenz, Gerontopsychiatrie-Abteilungen) zu solidarisieren.

4.3. Empfehlungen

Empfehlungen an den Kanton

Empfehlung 1: Aufgaben, Kompetenzen und Rechte der Versorgungsregionen definieren und rechtlich verankern

Bisher haben die Gemeinden im Kanton SO noch wenig in Bezug auf die Entwicklung der Versorgungsregionen unternommen. Es bestehen jedoch auch keine gesetzlichen Grundlagen für die Versorgungsregionen, die Steuerung wahrzunehmen bzw. Massnahmen bei den Leistungserbringern (und Patient:innen) durchzusetzen. Erfahrungen aus anderen Kantonen zeigen

zudem, dass der Prozess besser vorankommen dürfte, wenn klare Rahmenbedingungen bestehen. Wir empfehlen daher dem Kanton, die Aufgaben, Kompetenzen und Rechte der Versorgungsregionen zu definieren und rechtlich zu verankern. Dies sollte in einem gemeinsamen Prozess mit den Gemeinden erfolgen. Insbesondere sollten die Vorgaben hinreichend Gestaltungsspielräume für die Gemeinden offenlassen. In Rahmen des Prozesses ist auch zu prüfen, ob die bereits definierten sechs Versorgungsregionen vorgegeben werden oder die Regionen selbst durch die Gemeinden gebildet werden sollen. Im letzteren Fall zeigen Beispiele aus anderen Kantonen, dass gewisse Kriterien und Vorgaben wie z.B. eine Mindestgrösse zielführend sind.

Empfehlung 2: Umfassenden Lastenausgleich innerhalb der Versorgungsregionen einrichten

Der auf den stationären Bereich beschränkte Lastenausgleich setzt Fehlanreize. Die einzelnen Gemeinden haben im ambulanten Bereich wenig finanzielle Anreize, gemeinsam in ihrer Versorgungsregion bedarfsgerechte und integrierte Versorgungsmodelle zu entwickeln, mit denen sie Kosten einsparen können. Wir empfehlen, den Lastenausgleich auf den ambulanten und intermediären Bereich auszudehnen. Der Vorteil eines umfassenden Lastenausgleichs ist, dass die «Trittbrettfahrerproblematik» umgangen wird. Zudem entsteht eine bessere finanzielle (ex-post) Äquivalenz, indem Steuerzahlende, die für die Investitionen aufkommen, auch von den daraus resultierenden Kosteneinsparungen profitieren. Ein genereller Nachteil beim Lastenausgleich ist, dass die Anreize zum Kosten sparen tiefer sind, da die Kosten solidarisiert werden. Beschränkt man den Lastenausgleich jedoch auf die Versorgungsregion, kann dieses Argument entkräftigt werden. Da die Benefits nur in der Versorgungsregion anfallen, lohnt es sich für die Versorgungsregion, auf eine möglichst effiziente Versorgung zu achten. Wir empfehlen deshalb, den Lastenausgleich innerhalb der Versorgungsregionen einzurichten.

b) Empfehlung an die Gemeinden

Empfehlung 3: Organisation von überregionalen Aufgaben prüfen und weiterentwickeln

Im Bereich der Spezialversorgung gibt es Aufgaben, die nicht durch die einzelnen Versorgungsregionen allein erbracht werden können, sondern in Kooperation gelöst werden müssen. Dies betrifft Bereiche, in denen das Angebot nur in grösseren Versorgungsräumen – über die Versorgungsregionen hinaus – wirtschaftlich bereitgestellt werden kann. In einzelnen Bereichen bestehen bereits überregionale Versorgungsstrukturen, etwa die Kinderspitex, die durch den Gemeindeverband mitfinanziert wird, oder bei der palliativen Pflege. Der Gemeindeverband sollte prüfen, ob in weiteren Spezialversorgungsbereichen Koordinationsbedarf besteht und ein gemeinsames überregionales Angebot bereitgestellt werden sollte. Für überregionale

Angebote (und weitere Aufgaben, die eine überregionale Koordination erfordern) empfiehlt sich die Schaffung einer vom VSEG koordinierten Organisation. Dies kann beispielsweise eine durch alle Gemeinden finanzierte Fachstelle mit einem definierten Pflichtenheft sein.

5. Zuständigkeiten im finanziellen Bereich

5.1. Beurteilung Ist-Situation

Eingeschränkte Steuerbarkeit der Gemeinden bei der Tarifgestaltung

Die Tarifgestaltung bietet (neben der Angebotsteuerung) weitere Möglichkeiten, die Kosten im Bereich der Pflege zu steuern. Erstens können mit entsprechenden Tarifen beispielsweise spezialisierte Leistungen im ambulanten Bereich gefördert werden, um Kosten im stationären Bereich zu sparen. Zweitens können die Tarife – z.B. basierend auf Benchmarks¹³ - gezielt auf dem Niveau festgelegt werden, wo eine effiziente Leistungserbringung erfolgt.

Mit den heutigen Zuständigkeitsregelungen im finanziellen Bereich sind die Steuermöglichkeiten für die Gemeinden jedoch eingeschränkt. Insbesondere im stationären Bereich ist der Einfluss der Gemeinden auf die Tarifgestaltung begrenzt, weil der Kanton (nach Anhörung der Leistungserbringer und Gemeinden) die individuellen Taxen festlegt. Im ambulanten Bereich haben die Gemeinden punktuelle Steuermöglichkeiten, indem sie die individuellen Taxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag im Rahmen der kantonalen Höchsttaxen festlegen. Die grosse Mehrheit der Gemeinden richtet jedoch gemäss Informationen der Interviewpartner:innen die Höchsttaxen aus und legt kaum darunter liegende Taxen fest. Aufgrund der Rückmeldungen ist davon auszugehen, dass dies zum Teil erfolgt, weil die Gemeinden teilweise über zu wenig Ressourcen und fachliche Kompetenzen verfügen, die effektiven Kosten zu beurteilen und die Taxen festzulegen. Bei einem nicht genau zu bestimmenden Teil der Gemeinden dürften daher zu hohe Tarife gezahlt werden, was volkswirtschaftliche Ineffizienzen zur Folge hat.

Fehlende Einsicht in Daten behindert Angebotssteuerung

Hinzu kommt, dass die Gemeinden wenig Einblicke in Daten haben, um Kostenentwicklungen nachzuvollziehen und den Ursachen auf den Grund zu gehen. Denn die Kontrolle und Auszahlung der Abrechnungen der Restkosten erfolgen gemäss SG durch die kantonale Clearingstelle. Von Seiten des VSEG und der befragten Gemeinden wird beklagt, dass sie nicht abschliessend

¹³ Dazu gibt es heute bereits Benchmarkvergleiche der Branchenverbände.

nachverfolgen können, wo die Kostensteigerungen konkret entstehen. Es würden Millionenbeiträge gezahlt, ohne zu wissen, an welche Institutionen diese fliessen. Gemäss Auskünften des Kantons fehlt eine entsprechende Grundlage im SG, um detailliertere Daten an die Gemeinden weiterzugeben.¹⁴ Soweit es der Datenschutz zulässt, erhalten die Gemeinden gewisse Daten zum Bereich der Spitexorganisationen.

Aufgabenverflechtung im finanziellen Bereich verletzt das Prinzip der finanziellen Äquivalenz

Es lässt sich festhalten, dass mit den bestehenden Zuständigkeitsregeln das Prinzip der finanziellen Äquivalenz («wer zahlt, entscheidet») verletzt ist. Dies hat in bei der Festlegung der stationären Höchsttaxen zu Unzufriedenheit bei den Gemeinden geführt. Die Gemeinden hatten aufgrund der starken Kostensteigerungen beim Kanton beantragt, die Höchsttaxen einzufrieren. Dem ist der Kanton nicht nachgekommen, da keine Einigung zwischen den Leistungserbringern und Gemeinden vorlag und dies der bestehenden Regelung, wonach die Kostenrechnungen des Referenzjahres berücksichtigt werden, widersprechen würde (vgl. RRB Nr. 2024/1668). Diese Klärungsprozesse verursachen laut Aussagen der Leistungserbringer operative Aufwände.

Die Aufgabenverflechtung geht zudem mit einer Verwässerung der Verantwortlichkeiten einher. Dies könnte aus Sicht der Autor:innen mit ein Grund dafür sein, dass die Gemeinden ihre Steuerrolle bei der Bereitstellung der Angebote und dem Aufbau der Regionen nur begrenzt wahrnehmen.

5.2. Regelungen und Erfahrungen in anderen Kantonen

Zuständigkeit für die Finanzierung (Kostentragung)

Restkostenfinanzierung der KVG-Pflege

In allen befragten Kantonen tragen die Gemeinden die Restkosten der Pflege. In zwei Kantonen (GR und SH) beteiligt sich der Kanton anteilig an den Restkosten. In drei Kantonen übernimmt der Kanton die Finanzierung von gewissen Spezialleistungen bzw. ist dies in Planung: Der Kanton BL beteiligt sich gemäss Gesetz mit Beiträgen an den Kosten von überregionalen ambulanten, intermediären und stationären Spezialangeboten. Dies umfasst beispielsweise den Bereich Kinderspitex oder die Pflege und Betreuung im Bereich Gerontopsychiatrie sowie

¹⁴ Dies wurde mit der kantonalen Datenschutzlerin abgeklärt bei einem Austausch zwischen dem Gesundheitsamt, dem VSEG und der kantonalen Datenschutzlerin. Gemäss Auskünften des Kantons wurde im Zuge der Anpassung des Sozialgesetzes mit den Gemeinden auch eine Variante diskutiert, bei der die Gemeinden die Abrechnungen übernehmen. Man habe sich letztlich nach dem Beispiel vom Kanton AG für eine kantonale Clearingstelle entschieden. Bei der Ausarbeitung der Gesetzesrevision sei die Datenweitergabe kein Thema gewesen.

überregionale, spezialisierte Beratungsangebote. Daneben finanziert der Kanton Kosten der ausserordentlichen Pflege, die über die maximale Pflegebedarfsstufe hinausgehen, nachdem der kantonsärztliche Dienst den Bedarf verifiziert hat. Eine ähnliche Regelung besteht in den Kantonen SH und TG. Der Kanton SG übernimmt im stationären Bereich die Finanzierung der Zusatzkosten für Palliativpflege in Sterbehospizen, die spezialisierte Pflege in den Bereichen Gerontopsychiatrie sowie Schwerst- und komplexe Pflege. Mit der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes ist zudem geplant, dass der Kanton auch im ambulanten Bereich überregionale spezialisierte Angebote fördert. Im Kanton SH sieht das Gesetz vor, dass der Kanton ergänzende, spezifische Angebote finanziert, die von den Gemeinden oder Versorgungsregionen nicht wirtschaftlich bereitgestellt werden können.¹⁵

EL zur AHV (Hotellerie und Betreuung)

In den meisten anderen befragten Kantonen finanziert im Unterschied zum Kanton SO der Kanton die EL zur AHV für Hotellerie- und Betreuungskosten.

Finanzierungsinstrumente zur Stärkung der ambulanten und intermediären Versorgung

Die anderen befragten Kantone/Städte nannten verschiedene Finanzierungsinstrumente, mit denen sie die ambulante und intermediäre Versorgung stärken. Einige Kantone/Städte finanzieren Triage- oder Beratungsstellen. Im Kanton GR wurden im Zuge der Einführung von Versorgungsregionen Case-Management-Stellen in den Versorgungsregionen etabliert. Der Kanton unterstützt dies in Form von Hilfsmitteln, die er zur Verfügung stellt.

Mehrere Kantone/Städte leisten Unterstützungsbeiträge bei einer Betreuung im ambulanten bzw. in intermediären Settings. Dazu zählen beispielsweise Betreuungsgutschriften (Stadt LU), die Übernahme von Mietkosten während eines Pflegeheimaufenthalts (Gemeinde in BL), ein Mietzuschlag für betreutes Wohnen (GR, SG), zusätzliche EL-Unterstützungsbeiträge bei Verbleib zu Hause (AG) oder die Finanzierung der Aufenthalte in Tagesstätten für Personen mit EL (TG, ZH).

Zuständigkeit für die Tarifgestaltung

In fast allen befragten Kantonen legt der Kanton Höchsttaxen oder Normkosten für die Restkostenfinanzierung mindestens in einem Bereich fest (zu Höchsttaxen und Normkosten vgl. Kap. 6.2). Eine Ausnahme ist der Kanton LU, wo die Gemeinden für die Tarifgestaltung zuständig sind. Die meisten Kantone (AG, SH, GR, TG) legen sowohl für Pflegeheime als auch die

¹⁵ Gemäss entsprechendem Gesetzesartikel: «Langzeitpflege von Personen, die aufgrund der Art und Schwere des Unterstützungsbedarfs (fachliche Anforderungen, medizinische Infrastruktur) in anderen Institutionen nicht angemessen betreut werden können.

ambulante Pflege Höchsttaxen oder Normkosten fest, wobei in zwei Kantonen dies im ambulanten Bereich nur für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag erfolgt (AG, SH). Der Kanton BL schliesslich ist nur im Bereich der Spitex für die Tarifgestaltung verantwortlich, nicht im Bereich der Pflegeheime.

Erfahrungen mit den Zuständigkeitsregelungen

In den meisten befragten Kantonen besteht somit eine dem Kanton SO ähnliche Aufgabenteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden. Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Verflechtungen auch in den anderen Kantonen Schwierigkeiten bereiten. Dies betrifft vor allem die Steuerung der Tarife durch den Kanton, während die Gemeinden die Kosten tragen. Dennoch wird gemäss den Gesprächspartnern nicht in Frage gestellt, dass der Kanton die Tarifgestaltung (mit-)bestimmt. Grund ist, dass die Gemeinden in der Einschätzung der Kantone mit der Tarifgestaltung stark gefordert oder zum Teil überfordert wären. Viele Gemeinden könnten die Kostenrechnungen schwer beurteilen und sind bei Tarifverhandlungen nicht auf gleicher Augenhöhe wie die Leistungserbringer. Als Resultat würden sie ohne Höchsttaxen oder Normkosten ggf. überhöhte Taxen vereinbaren oder Defizitgarantien zahlen.

Erfahrungen mit einer höheren Gemeindeautonomie

Ein interessantes Beispiel ist der Kanton LU, in dem im Vergleich zu den anderen Kantonen und dem Kanton SO eine stärkere Gemeindeautonomie besteht. Positive Erfahrungen damit sind, dass die Gemeinden mit finanzieller Regelung ihre Versorgung nah am lokalen Bedarf steuern (können). Die Stadt Luzern verfolgt beispielsweise seit Jahren eine Strategie zur Förderung der ambulanten und integrierten Versorgung. Sie finanziert dazu vorgelagerte Dienstleistungen und eine Anlaufstelle Alter und leistet finanzielle Unterstützungsbeiträge für den Verbleib zu Hause. Abgesehen von der Stadt Luzern werden nach Auskunft des Kantons jedoch eher negative Erfahrungen mit der hohen Gemeindeautonomie gemacht. Da die meisten anderen Gemeinden mit der Festlegung der Taxen überfordert sind, übernimmt die Stadt dies für andere Gemeinden. Sie hilft ihnen, Normkosten basierend auf den Kostenrechnungen der Leistungserbringer für die Restkosten festzulegen, um sicherzustellen, dass die effektiven Restkosten der Pflege finanziert und gewisse Anreize für eine effiziente Leistungserbringung gesetzt werden.

Mitwirkungsmöglichkeiten der Gemeinden und tripartite Zusammenarbeitsformen

Andere Kantone berichten nicht von vergleichbaren Situationen wie im Kanton SO, wo der Kanton Taxentscheide gegen den Antrag der Gemeinden gefällt hat. Wenn Leistungserbringer und

Gemeinden sich nicht einig seien, würde gemeinsam nach Lösungen gesucht.¹⁶ Einzelne Kantone berichten auch von etablierten tripartiten Arbeitsgruppen, in denen neben den politischen Vertretenden Fachpersonen aus dem Kanton, den Gemeinden und der Leistungserbringer vertreten seien. Beispielsweise ist man im Kanton ZH mit einer Kommission daran, eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem Kanton, Gemeinden und den Stakeholdern zu etablieren. Im Kanton BL existiert eine Qualitätskommission sowie eine Kommission für das Monitoring. In den Kantonen TG und SG wurden bzw. werden neue Finanzierungsmodelle erarbeitet, wozu ebenfalls grössere Arbeitsgruppen etabliert wurden. Mit solchen Gremien kann gegenseitiges Verständnis geschaffen werden, was die Lösungsfindung erleichtert.

5.3. Optionen und Empfehlungen

5.3.1. Mögliche Optionen

Die Beurteilung der Ist-Analyse zeigt, dass die Aufgabenverflechtungen verschiedene Nachteile mit sich bringen. Zur Entflechtung bietet sich ein Transfer von finanziellen Zuständigkeiten an die Gemeinden an.¹⁷ Dazu werden im Folgenden zwei mögliche Optionen beschrieben. Die Optionen werden anhand der in Kap. 2.3 genannten Kriterien beurteilt und einer dritten Option, dem Beibehalten der heutigen Zuständigkeiten, gegenübergestellt.

Als wichtiger Kontextfaktor ist bei den Optionen die im Jahr 2032 anstehende **Reform EFAS** auf nationaler Ebene zu berücksichtigen. Wie in Kap. 2.3 ausgeführt, wird das bisherige System der Restkostenfinanzierung durch EFAS abgelöst. Es wird eine nationale bzw. kantonale Tarifstruktur für die KVG-Restkosten geben. Das bedeutet, dass die Aufgabe der Taxgestaltung für die KVG-Restkosten für Kanton und Gemeinden wegfallen. Auch die Aufgabe der kantonalen Clearingstelle im Bereich Abrechnungen wird wegfallen, da diese neu ausschliesslich über die Versicherungen abgewickelt werden. Die Kantone bzw. die Gemeinden werden jedoch weiterhin für die Taxgestaltung im Bereich der EL zur AHV für Hotellerie und Betreuung zuständig sein.

Option 1: Vollständiger Transfer der finanziellen Aufgaben zu den Gemeinden

Bei Option 1 würden die Zuständigkeit vollständig den Gemeinden übertragen. Das umfasst die folgenden Bereiche:

¹⁶ Die Frage, inwiefern die Gemeinden Einblick in Daten der Pflegefinanzierung und auf diese Weise Kontrollmöglichkeiten haben, wurde mit anderen Kantonen nicht vertieft. Im Kanton AG besteht mit der kantonalen Clearingstelle eine ähnliche Konstellation wie im Kanton SO. Dort werden die kantonalen Normkosten jedoch tripartit verhandelt. Es ist gut denkbar, dass im Zuge dieser Verhandlungen, gewisse Daten, z.B. zu den privaten Spitex-Organisationen offengelegt werden.

¹⁷ Eine Kantonalisierung der Finanzierung sollte im Rahmen dieses Mandats nicht zur Diskussion gestellt werden.

- **Tarifgestaltung Restkosten der Pflege:** Der Kanton würde keine Höchsttaxen (und individuellen Taxen im stationären Bereich) für die Restkosten der Pflege mehr festlegen, sondern die Gemeinden würden diese selbst bestimmen oder ein eigenes System definieren.
- **Tarifgestaltung Ergänzungsleistung für Hotellerie und Betreuung:** Auch hier könnten die Gemeinden die individuellen Taxen selbst festlegen. Aufgrund der Bundesgesetzgebung würde die Festlegung der EL-Höchsttaxen jedoch weiterhin durch den Kanton erfolgen.¹⁸
- **Abrechnung:** Soll die finanzielle Äquivalenz in aller Konsequenz umgesetzt werden, müssten die Gemeinden auch die Rechnungsstellung und das finanzielle Controlling übernehmen.

Die Gemeinden würden die Aufgaben idealerweise als Versorgungsregionen oder – zentralisiert für den ganzen Kanton – durch z.B. eine vom Gemeindeverband geführten, koordinierend tätige Fachstelle organisieren, um eine einheitliche Tarifstruktur und eine effiziente Steuerung sicherzustellen.

Option 2: Punktuelle Anpassungen zur Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinden

Bei Option 2 würden die finanziellen Aufgaben teilweise zu den Gemeinden verlagert. Aufgaben, bei denen ein Wechsel der Zuständigkeiten mit einem grösseren Aufwand für die Gemeinden verbunden wäre, würden beim Kanton verbleiben. Folgende punktuelle Anpassungen sind denkbar:

- **Ambulanter Bereich: Abschaffung kantonale Höchsttaxe** für Grundversorger mit Versorgungsauftrag: Im ambulanten Bereich könnten die kantonalen Höchsttaxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag abgeschafft werden, so dass die Gemeinden mehr Gestaltungsmöglichkeiten haben. Gemeinden, welche die Strategie verfolgen, das ambulante Angebot auszubauen (und damit Kosten im stationären Bereich zu senken), wären damit nicht mehr durch die Höchsttaxen eingeschränkt. Der Kanton würde nur noch die Taxen für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag festlegen (Private Spitexorganisationen, Selbstständige Pflegefachpersonen, Pflegende Angehörige). Um diese Aufgabe selbst wahrzunehmen müssten sich die Gemeinden kantonsweit organisieren, da die Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag meist in mehreren Gemeinden und Versorgungsregionen tätig sind.
- **Stationärer Bereich:** Im stationären Bereich könnte sich der Kanton auf die Festlegung der Taxen für die KVG-Restkosten beschränken und die **Festlegung der übrigen Taxen (Hotellerie, Betreuung) den Gemeinden/Versorgungsregionen** überlassen. Der Kanton würde

¹⁸ Gemäss Art. 10 Abs. 2 Bst. a des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) sind die Kantone hier zuständig.

jedoch weiterhin eine einheitliche Höchsttaxe für die EL zur AHV für Hotellerie und Betreuung festlegen, da ihm diese Aufgabe gemäss Bundesgesetz (ELG) obliegt. Dass der Kanton weiterhin die Taxen für die KVG-Restkosten bei dieser Option festlegt, hat zwei Gründe: Erstens haben die Gemeinden im Unterschied zum ambulanten Bereich bisher keine Taxen mit den Pflegeheimen verhandelt. Zweitens bietet es sich bei den Pflegeheimen aus ökonomischen Gründen an, kantonal einheitliche Taxen (Normkosten) festzulegen (vgl. Kap. 6.4). Der Kanton dürfte hierzu aufgrund seiner bisherigen Zuständigkeit schneller und mit weniger Aufwand in der Lage sein.

Option 3: Beibehalten der finanziellen Aufgabenregelung

Als dritte Option werden – ebenfalls mit Blick auf EFAS – die Zuständigkeiten wie bisher belassen und keine Änderungen umgesetzt.

Beurteilung der Optionen

Nachfolgend sind die drei Varianten entlang von Governance-Kriterien und weiteren ökonomischen Kriterien beurteilt.

Tabelle 3: Beurteilung der Varianten

Kriterien	O1 Transfer	O2 Punktuell	O3 Beibehalten
Klare Verantwortlichkeiten	++ ++	+	-- --
Steuerungsmöglichkeiten für Gemeinden	++ ++	+	--
Tiefe Ressourcenbelastung Gemeinden	-- --	--	++ ++
Ressourceneffizienz (Nachhaltigkeit der neuen Aufgaben für EWG bei V1/V2) (EFAS)	-- --	(--) Neue Aufgaben nur teilweise durch EFAS beeinflusst	- Keine neuen Aufgaben für EWG

+/- = Mässige Vorteile/Nachteile
++/- = Starke Vorteile/Nachteile

Tabelle INFRAS.

Beurteilung Option 1

Option 1 ist Bezug auf die Governance-Kriterien (klare Verantwortlichkeiten und Steuerungsmöglichkeiten für Gemeinden) sehr positiv zu beurteilen. Die Gemeinden könnten mit einer gezielten Tariffestlegung das Angebot und die Kosten besser steuern, z.B. indem sie Anreize für den Ausbau des ambulanten oder intermediären Angebots setzen. Sie könnten die Kosten besser kontrollieren, indem sie das Kostencontrolling selbst wahrnehmen. Klare

Verantwortlichkeiten würden die Motivation und den Druck der Gemeinden erhöhen, ihre Aufgaben aktiv wahrzunehmen. Dies dürfte der Entwicklung von bedarfsgerechten und effizienten Versorgungsstrukturen in den Versorgungsregionen einen Schub verleihen. Die Gemeinden müssten jedoch viele Ressourcen mobilisieren, um die neuen Aufgaben wahrzunehmen. Sie müssen sich dazu mit den Leistungserbringern auseinandersetzen, die Kostenrechnungen verstehen und entsprechende Kompetenzen aufbauen. In der heutigen Situation wären viele Gemeinden gemäss Rückmeldungen von Gesprächspartner:innen mit der Tarifgestaltung sehr stark gefordert bzw. überfordert. Sie könnten sich jedoch innerkantonally organisieren¹⁹, was auch Doppelspurigkeiten bei der Administration verhindern würde. Für den Aufbau einer solchen Organisation bräuchte es eine gewisse Übergangsfrist. Die aufgebauten Ressourcen für die Tarifgestaltung in der KVG-Pflege sowie für die Abrechnung der Leistungen würden mit Inkrafttreten von EFAS im Bereich Pflege im Jahr 2032 nicht mehr benötigt.

Beurteilung Option 2

Option 2 schafft ebenfalls klarere Verantwortlichkeiten und bessere Steuerungsmöglichkeiten, jedoch in geringerem Ausmass als bei Variante 1, da die Taxgestaltung und die Abrechnungen teilweise beim Kanton verbleiben. Entsprechend hätten die Gemeinden auch weniger neue administrative Aufwände als bei Variante 1. Die neuen Aufgaben wären durch EFAS nur teilweise beeinflusst. Die Gemeinden müssten auch nach der Einführung von EFAS-Abgeltungen für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen bzw. die Versorgungspflicht im ambulanten Bereich sowie Hotellerie- und Betreuungstaxen festlegen. Einzig die Festlegung der KVG-Pflegetaxen für ambulante Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag fällt mit EFAS weg.

Beurteilung Option 3

Bei Option 3 bzw. der Beibehaltung der heutigen Zuständigkeiten bleiben die heutigen Schwierigkeiten durch die verflochtenen Verantwortlichkeiten und die eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten bestehen. Hingegen kommen für die Gemeinden keine neuen administrativen Aufwände zu, die mit EFAS wieder hinfällig werden.

¹⁹ Die Gemeinden können sich innerhalb der in den §§ 164 ff. des Gemeindegesetzes ([GG](#)) vorgesehenen Möglichkeiten zusammenarbeiten und beispielsweise ein gemeinsames Organ mit Verfügungskompetenz schaffen.

5.3.2. Empfehlungen an den Kanton

Empfehlung 4: Verschiebung von Kompetenzen zu den Gemeinden prüfen (Optionen 1 und 2)

Eine abschliessende Empfehlung zu den im vorherigen Kapitel skizzierten Optionen lässt sich aus der Beurteilung nicht ableiten. Dies hängt u.E. von der politischen Gewichtung der Vor- und Nachteile ab. Wir empfehlen dem Kanton, gemeinsam mit den Gemeinden zu klären, ob und in welchem Ausmass unter den Rahmenbedingungen mit EFAS die Kompetenzen bei der Taxgestaltung und der Abrechnung zu den Gemeinden (O1, O2) verschoben werden sollen.

Angesichts des hohen Verwaltungsaufwands für Gemeinden und Leistungserbringer bei einer Verschiebung der Zuständigkeit für die Abrechnungen empfehlen wir, diese bei der kantonalen Clearingstelle zu belassen.

Empfehlung 5: Transparenz für Gemeinden verbessern

Wie in Kap. 5.1 ausgeführt, haben die Gemeinden in der heutigen Situation wenig Einblick in die Daten zu den Kosten und Leistungen der Anbieter. Aus den verschiedenen Gesprächen geht hervor, dass diese Intransparenz mit ein Grund für die Unzufriedenheit der Gemeinden mit der Kostenentwicklung ist. Denn die einzelnen Gemeinden können die Ursachen für die Kostensteigerungen bei den Leistungserbringern nicht nachvollziehen. Die höhere Transparenz dürfte die Nachvollziehbarkeit für Gemeinden und Leistungserbringern stärken. Sie dürfte auch zu einem stärkeren Engagement der Gemeinden/Versorgungsregionen bei der Umsetzung der Strategie der Versorgungsplanung beitragen.

Der Kanton sollten den Gemeinden Zugang zu den relevanten Daten im Bereich der Pflege mit entsprechenden Anpassungen der Datenschutzregelungen verschaffen. Zu den relevanten Daten gehören erstens Daten über die Art und Menge der erbrachten Leistungen und die damit verbundenen Kosten nach Leistungserbringer. Der Kanton könnte dem Gemeindeverband hierzu Auswertungen auf Ebene Gemeinde gemäss dem Vorschlag in Anhang A2 zur Verfügung stellen.^{20 21} Zweitens braucht es zur Beurteilung und Förderung der Effizienz der Leistungserbringer betriebswirtschaftliche Daten (aus den Kosten- und Leistungsrechnungen). Diese können die Gemeinden heute von ihren beauftragten Organisationen einsehen, nicht jedoch von den privaten Leistungserbringern.

²⁰ Diese könnten gemäss unseren Abklärungen durch die kantonale Clearingstelle erstellt werden.

²¹ Zu erwähnen ist, dass mit EFAS ab 2032 die Rolle der Clearingstelle wegfällt und die Daten neu von der gemeinsamen Einrichtung KVG zur Verfügung gestellt werden. In welchem Detaillierungsgrad das der Fall sein wird, ist heute unklar.

Teil II Inhaltliche Finanzierungsregelungen

Nachfolgend werden die Finanzierungsregelungen in den verschiedenen Bereichen (stationär, ambulant, Ausbildung und intermediär) in inhaltlicher Hinsicht beleuchtet. Dazu erfolgt je Bereich zunächst eine Übersicht über die geltenden Regelungen, die Beurteilung der Ist-Situation, eine Übersicht über Regelungen in anderen Kantonen. Zudem werden jeweils mögliche Optionen aufgezeigt und Empfehlungen abgeleitet.

6. Tarfsystem stationärer Bereich

6.1. Aktuelle Finanzierungsregelungen

Folgende Tabelle zeigt die relevanten Finanzierungsregelungen im stationären Bereich im Überblick:

Tabelle 4: Finanzierungsregelungen stationärer Bereich

Regelungs- bereich	Heutige Regelungen im stationären Bereich
Taxsystem stationär	▪ Generelle Höchsttaxe zusammengesetzt aus KVG-Pflegekosten, Hotelleriekosten, Betreuungskosten, für anerkannte Institutionen. ▪ Festlegung durch RR (§ 52 Abs. 1 SG) nach Anhörung der Gemeinden und Branchenorganisationen (§ 144 ^{quater} Abs. 3 SG). ▪ Basis sind die Kostenrechnungen aller LE. Für die Höchsttaxe gilt das 70. Perzentil (RRB Nr. 2024/1668). Taxen werden basierend auf Kosten-/ Leistungsrechnungen des Vorjahres berechnet («Zweijahres-Lücke») (RRB Nr. 2023/1726 inkl. Anhänge, RRB Nr. 2023/1583 inkl. Anhänge) ▪ Bewilligung individuelle Taxen durch das Departement (§ 52 Abs. 2 SG) auf Antrag Leistungserbringer.
Abgeltung bei erhöhten Anforderungen an Pflege- und Betreuung	▪ Es gelten die generellen Höchsttaxen. Kosten für Bewohnende mit deutlich höherem Pflegeaufwand fliessen in Kostenrechnung ein. ▪ Abgeltung im Bereich Betreuung durch EL-Höchsttaxe abgeriegelt ▪ Sonderregel beatmete Patient:innen: Die Platzierung von beatmeten Patient:innen erfolgt grundsätzlich innerkantonal. Das Gesundheitsamt kann ausgewählten Alters- und Pflegeheimen eine Bewilligung für die Aufnahme von solchen Patient/-innen erteilen. (§ 21 Abs. 3 SG Sonderregelungen 2025– Anhang 2 Alters - und Pflegeheime

SG = Sozialgesetz; LE = Leistungserbringer, EWG = Einwohnergemeinden.

Tabelle INFRAS.

6.2. Beurteilung Ist-Situation

Die im stationären Bereich jeweils festgelegten Höchsttaxen setzen sich zusammen aus Höchsttaxen zum Bereich Pflege (Tagespauschale abgestuft nach Pflegebedarf), Höchsttaxen zur Hotellerie und Betreuung sowie einer Investitionskosten- und einer Ausbildungspauschale²². Letztere drei Elemente sind Tagespauschalen unabhängig von der Pflegebedarfsstufe und bilden zusammen das Maximum für die EL (EL-Maximum). Im Rahmen der kantonal geltenden Höchsttaxen schlagen die Leistungserbringer und Gemeinden individuelle Taxen vor, die vom Departement bewilligt werden.

System der Höchsttaxen akzeptiert

Das System mit Höchsttaxen im stationären Bereich²³ ist gemäss den geführten Gesprächen bei den Akteuren im Grundsatz akzeptiert. Aus Sicht von Gemeindevertretenden stellen sie einen «Schutz» für die Bewohnenden dar. Sie ermöglichen es zudem, Anreize für eine effiziente Leistungserbringung zu setzen – dies, indem sie auf Basis eines Durchschnitts bzw. Perzentils festgelegt werden. Leistungserbringer mit Kosten oberhalb der Höchsttaxen müssen Wege finden, um ihre Kosten zu senken und sich anderen Leistungserbringer anzugleichen.

Höchsttaxen aus Sicht der Leistungserbringer nicht mehr kostengerecht

Die Herausforderung bei kantonal geltenden Höchsttaxen ist es, das «richtige Mass» zu finden. Sie sollten kostengerecht, d.h. an der Stelle angelegt sein, wo die Kosten bei einer effizienten Leistungserbringung gerade gedeckt sind²⁴ und nötige Investitionen getätigt werden können. Inwieweit dieses Mass mit dem geltenden 70. Perzentil getroffen wird, ist schwer zu beurteilen. Gemäss Aussagen der GSA und einer GSA-internen Umfrage bei den Leistungserbringern sind die Heime derzeit im Bereich der Hotellerie und Betreuung unterfinanziert. Das 70. Perzentil sei plafoniert, während die Pflegeheime via Audits zu Erneuerungen und Anpassungen gedrängt würden. Die Heime hätten auch eine unterschiedliche Gebäudealters- und Ausbaustruktur. Auswertungen der Finanzdaten durch die GSA zeigten, dass in den Jahren 2020 bis 2023 nur eine Minderheit der Heime (fünf Heime) mit positivem Saldo abgeschlossen haben (vgl. RRB Nr. 2024/1668). Forderungen der GSA, das Perzentil für die Höchsttaxe in diesen

²² Zur Ausbildungspauschale vgl. auch Kap. 8

²³ Zum generellen System von Höchsttaxen und Unterschied zu Normkosten vgl. Box 2 unten.

²⁴ Das Bundesgericht hat sich in seinem Urteil vom 20. Juli 2018 (BGer 9C_446/2017) mit der Frage der Restfinanzierung durch kantonale Höchstansätze auseinandergesetzt. Es ist zum Schluss gekommen, dass die Kantone grundsätzlich ihrer Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten mittels Festlegung von Höchstansätzen nachkommen können. Sollten diese im Einzelfall jedoch nicht kostendeckend sein, erwiesen sie sich als mit der Regelung von Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG nicht vereinbar. Zudem seien die Kantone verpflichtet, die Einhaltung der Vorgaben zur transparenten Ausweis der Kosten für die Erbringung der Pflege nach KVG sicherzustellen. Erst auf dieser Basis seien sie in der Lage, gestützt auf Betriebsvergleiche zu überprüfen, ob die Leistungen wirtschaftlich erbracht worden sind. Geschehe dies nicht, seien die Kantone (oder ihre Gemeinden) verpflichtet, vollständig für die ungedeckten Restkosten aufzukommen, auch wenn das kantonale Recht dafür Höchstansätze vorsieht.

Bereichen (EL-Maximum) zu erhöhen, wurden vom Kanton abgelehnt, da dies nicht einvernehmlich zwischen den Leistungserbringern und den Gemeinden verhandelt werden konnte (ebenda).

Investitionskostenpauschale nicht kostendeckend

Gemäss Aussagen der GSA und einzelner Heime sei insbesondere die Investitionskostenpauschale²⁵ zu tief angesetzt, so dass sich die Heime ohne Sonderfinanzierung durch ihre Gemeinde kaum Investitionen leisten könnten. Die Pauschale reiche nur für Unterhalt, nicht für Neubauten oder grössere Sanierungen. Gemäss dem Kanton liegen die durchschnittlichen Anlagenutzungskosten gemäss den Kostenrechnungen 2024 bei CHF 35 für Hotellerie und Betreuung und für Pflege bei CHF 5 pro Tag. Die Investitionskostenpauschale beträgt CHF 26 pro Tag.

«Zweijahres-Lücke» führt zu temporären Unterdeckungen

Eine weitere Ursache für die Unterdeckung seien stark angestiegene Kosten (Lohnkosten durch Fachkräftemangel und Teuerung), die aufgrund der systemimmanenten «Zweijahres-Lücke» nicht in den Taxen abgebildet seien. Die Lücke ergibt sich, weil sich die Taxen für das Folgejahr gestützt auf den Kostenrechnungen des Vorjahres berechnen. Da die gesetzlichen Grundlagen im Kanton SO keinen Automatismus vorsehen, ist die Berücksichtigung einer Teuerung Verhandlungssache.

Problematisch ist die heutige Regelung vor allem aus Sicht der Heime. Gemäss der Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime (GSA) führt die Zweijahreslücke dazu, dass sich die Verluste aufgrund der stetigen Kostensteigerung über die Jahre aufsummieren. Die folgende Tabelle illustriert dies beispielhaft:

Tabelle 5: Defizitentwicklung bei Pflegeheim infolge Zweijahreslücke (hypothetisches Zahlenbeispiel)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Kosten Pflege und Hotellerie	50	51	52	53	54	55	55	55
Taxerlös			50	51	52	53	54	55
Ergebnis			-2	-2	-2	-2	-1	0
Ergebnis kumuliert			-2	-4	-6	-8	-9	-9

Tabelle INFRAS. Quelle: Hypothetisches Beispiel, in Anlehnung an Aussagen von GSA.

²⁵ Die Investitionskostenpauschale beträgt derzeit CHF 26 pro Tag (vgl. Weisung Höchstattaxen Langzeitpflege 2025, Anhang 1 zum Höchstattax-RRB 2025). Mit der Pauschale sind in erster Linie allfällige noch bestehende Hypothekarschulden zurückzuzahlen, Schulden abzubauen, Abschreibungen vorzunehmen und/oder Rückstellung zu tätigen sowie für den werterhaltenden Unterhalt zu sorgen.

Mit der aktuellen Regelung würden die Kosten nicht gedeckt, es entstünde eine strukturelle Unterdeckung (kumuliertes Defizit). Dies könne zu Liquiditätsproblemen führen, welche ihrerseits notwendige Reinvestitionen gefährdeten. Der Kanton hält hier entgegen, dass es sich nur um eine temporäre Unterdeckung handle. Mit der Abstützung auf Kostenrechnungen werden sämtliche Kostenentwicklungen abgedeckt, wenn auch mit zwei Jahren Verzögerung. Im Übrigen stünde es den Gemeinden frei, den Heimen bei Liquiditätsengpässen zinslose Darlehen zu gewähren (so wie es die Kantone bei den Spitälern handhaben würden).

Individuelle Taxen bergen wenig Anreize für Effizienzverbesserungen

Die durch den Kanton festgelegten individuellen Taxen wurden von den Gesprächspartnern kaum kommentiert. Die Idee von individuellen Taxen (im Rahmen der Höchstgrenze) ist es, begründeten Kostenunterschieden zwischen den Institutionen gerecht zu werden. Mit individuellen Taxen, die auf den Kostenrechnungen beruhen, werden jedoch grundsätzlich effizientere Heime nicht belohnt, da die Taxen im Folgejahr entsprechend tiefer angesetzt werden, wenn die Heime ihre Kosten reduzieren. Dies birgt Fehlanreize hinsichtlich der Kosteneffizienz. Andere Kantone sehen deshalb im Bereich der Pflege statt kantonalen Höchsttaxen kantonale *Normkosten* vor (zum Unterschied zwischen Höchsttaxen und Normkosten vgl. Box 2 unten). Dies lässt sich aus Sicht der Autor:innen insofern rechtfertigen, dass die Kosten im Bereich der Pflege ähnlich sein müssten. Denn die Anforderungen an die Leistungserbringung sind klar gesetzlich geregelt und die Taxen nach Pflegebedarf abgestuft. Einzig begründbar sind Kostenunterschiede, wenn Pflegeheime viele Pflegebedürftige mit sehr komplexem Pflegebedarf haben, der die höchste Pflegebedarfsstufe überschreitet (vgl. dazu Abschnitt weiter unten).

Im Bereich der Hotellerie und Betreuung sind individuelle Taxen hingegen jedoch eher zu rechtfertigen. Hier bestehen stärker begründbare Kostenunterschiede zwischen den Pflegeheimen, z.B. durch komplexe Bewohnendenstrukturen (hohe Betreuungsaufwände) oder unterschiedliche Hotelleriekosten (Qualitäts- und Servicestandards, Mieten etc.).

Box 2: Unterschied Systeme mit Höchsttaxen und Normkosten

Eine kantonale Höchsttaxe ist ein maximaler Tarif, zu dem die angefallenen Kosten abgegolten werden. Unterhalb der Höchsttaxe können individuelle Tarife festgelegt werden oder die effektiven Kosten abgegolten werden. Im Unterschied zu kantonalen Höchsttaxen gelten kantonale Normkosten für alle gleich, es können keine individuellen Tarife vereinbart werden. Sie werden wie die kantonalen Höchsttaxen im Kanton SO in der Regel aufgrund der Kostenrechnungen und einem Durchschnitt oder Perzentil festgelegt. Teilweise fließen auch normative Festlegungen (z.B. über eine gerechtfertigte Höhe der Löhne) in die Berechnung ein.

Abgeltung bei erhöhten Anforderungen an die Pflege und Betreuung nicht ausreichend

Es gibt Menschen in Pflegeheimen, die einen erhöhten Bedarf an Pflege und/oder Betreuung aufweisen. Beatmete Patient:innen bspw. weisen einen deutlich höheren Pflegebedarf auf, während Bewohnende in der Geronto- und Langzeitpsychiatrie, Menschen mit dementiellen Erkrankungen, Patient:innen in palliativen Situationen und Menschen mit Behinderung (MmB)²⁶ intensivere Betreuung benötigen.

Die mit dem höheren Pflege- und Betreuungsaufwand entstehenden Kosten fliessen zwar in die Kostenrechnungen ein, welche die Grundlage für die Taxberechnung bilden. Eine vollständige Finanzierung ist aber in beiden Fällen nicht möglich: Bei der Betreuung ist die Abgeltung durch die EL-Höchsttaxe im Bereich Hotellerie/Betreuung abgeriegt. Der Pflegeaufwand ist ebenfalls begrenzt, und zwar bei einem stationären Aufenthalt durch die 12 Pflegestufen des RAI-RUG-Systems.²⁷

Praktisch alle Akteure sind sich einig, dass die bestehende Taxsystematik nicht ausreicht, um Spezialangebote mit erhöhten Anforderungen an Pflege und Betreuung bedarfsgerecht zu finanzieren.

6.3. Regelungen in anderen Kantonen

Abgeltungssystem

In den anderen Kantonen gelten unterschiedliche Regelungen zur Restkostenfinanzierung der **Pflegeleistungen**. Gemäss einer Erhebung aus dem Jahr 2021 (INFRAS 2021) hat die Mehrheit der Kantone (15) kantonale Normkosten definiert, darunter auch die von uns befragten Kantone AG, GR, SH und TG. Kantonale Höchstgrenzen, unterhalb derer individuelle Tarife aufgrund der Kostenrechnungen abgegolten werden, kennen drei Kantone. Die meisten übrigen Kantone (6) gelten die effektiven Restkosten ohne Höchstgrenzen ab. Dazu gehören auch die befragten Kantone BL, LU und ZG, wo die Gemeinden die Taxen aufgrund der Kostenrechnungen bestimmen.

In Bezug auf die Kosten der **Hotellerie und Betreuung** existieren in allen Kantonen für die Finanzierung mit EL zur AHV einheitliche kantonale EL-Höchsttaxen. Individuell festgelegte EL-Taxen wie im Kanton SO kennt keiner der befragten Kantone.

²⁶ Für Menschen mit Behinderungen (>65 Jahre) ist kein Eintritt in eine Behinderteneinrichtung mehr möglich. Menschen mit Behinderungen, welche älter als 65 Jahre alt sind und bereits vor dem Pensionsalter in einer Behinderteneinrichtung gelebt haben, dürfen dort bleiben (finanziert über die IV).

²⁷ Die durch den höheren Pflegeaufwand entstandenen höheren Kosten sind in der Kostenrechnung enthalten, werden aber zur Berechnung des Kostensatzes durch weniger Minuten geteilt (da Deckelung durch Pflegestufe 12). Daraus ergibt sich ein leicht höherer Kostensatz, der mit einer zweijährigen Verzögerung für alle Bewohnenden gilt.

Taxberechnung («Zweijahres-Lücke»)

Das Problem der «Zweijahres-Lücke» besteht praktisch in allen befragten Kantonen. Die meisten haben jedoch Mechanismen etabliert, um die negativen Folgen für die Heime zu lindern: Einige der befragten Kantone und Städte wenden auf die berechneten Tarife einen Zuschlag für die laufende oder prognostizierte Teuerung an (u.a. die Kantone SH, AG, BL, GR, Stadt Luzern). Beim Kanton AG bspw. basiert der Zuschlag auf Prognosen des KOF-Instituts der ETH Zürich. Die Kantone GR und BL berücksichtigen die Teuerung für das laufende Jahr.

Ähnliche, wenn auch leicht abweichende Mechanismen existieren in der Stadt Luzern und im Kt. Zug:

- Die Stadt Luzern bspw. führt zusätzlich zum Einbezug der Teuerung Nachkalkulationen durch. Liegen die Tarife über den effektiven Kosten, werden Nachzahlungen fällig oder die Differenz wird bei den neu berechneten Tarifen in Abzug gebracht.
- Im Gegensatz zu den anderen befragten Kantonen ermittelt der Kanton Zug die Taxen basierend auf den budgetierten Kosten (und nicht basierend auf Kostenrechnungen). Aktuelle und erwartete Veränderungen bei Löhnen, Teuerungen Personalentwicklungen etc. werden damit in den Taxen abgebildet. Leistungserbringer sind dadurch einem geringeren Risiko ausgesetzt, in ein Defizit zu geraten. Gleichzeitig birgt die Lösung das Risiko für Fehlanreize, da sie Anreize der Heime für Kosteneinsparungen unterdrückt. Auch für die Gemeinden sehen wir die Lösung eher kritisch, da sie den Gemeinden die Möglichkeit entzieht, die Kostenentwicklung zu steuern, da die Taxen basierend auf den Budgetangaben der Heime festgelegt werden.

Noch einen anderen Ansatz verfolgt der Kanton TG: er prüft zurzeit einen gewichteten Zuschlag (Lohnkostenindex Gesundheitswesen 85% gewichtet, LIK 15%) für die durchschnittlichen Unterdeckungen der letzten drei Jahre.

Abgeltungen bei erhöhten Anforderungen

Die meisten anderen Kantone kennen Einzelfalllösungen und/oder Zuschläge/Sondertarife für spezialisierte Angebote. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Regelungen in anderen Kantonen²⁸:

²⁸ Die Tabelle enthält zusätzliche Kantone zu den befragten Kantonen. Diese zusätzlichen Informationen wurden durch das Gesundheitsamt des Kantons SO zur Verfügung gestellt.

Tabelle 6: Regelung Sonderanforderungen in anderen Kantonen

Kanton	Zuschlag für				Finanzierung über	
	spezialisierte Leistungen im Bereich				erhöhten Pflegebedarf a)	
	Pflege- wohngrup- pen	Gerontopsychi- atrie	Palliative Care	Demenz		
AG		50 CHF b)	110 CHF b)	abgeschafft (im RAI adäquat ab- gebildet)	Einzelfallanerken- nung auf Antrag c)	Restkosten
AR		höherer Höchst- ansatz				
BL		Spezialfinanzie- rung durch Kan- ton			Einzelfallanerken- nung auf Antrag d)	Kanton
BS	15 CHF	25 CHF		23 CHF		Bewohnende/ EL
GL			für Hospiz			
GR					Einzelfallanerken- nung auf Antrag e)	Restkosten
LU					Einzelfalllösungen	Gemeinden
SG		Pauschale für Mehraufwand f)				
SH			Spezialfinan- zierung durch Kanton		Einzelfalllösungen	Kanton
TG			Zuschläge zu Restkosten g)			Restkosten

a) > Pflegestufe 12

b) für APH mit Leistungsauftrag

c) gemäss definierten Pflegestufen "12-I-b (...)" CHF 24.70 bis CHF 98.80 zusätzlich zu "12-I-a"

d) bei Mehraufwand > 240 Min./Tag und > 2 Monate

e) bei zusätzlichen Kosten > 300 Min./Tag (< 480) und > 1 Monat, gilt auch für Hospiz und Beatmete

f) für APH mit Leistungsvereinbarung

g) für zertifizierte Pflegeheime

Tabelle INFRAS. Quelle: Gesundheitsamt Kanton SO, Interviews mit anderen Kantonen.

6.4. Mögliche Optionen zum Tarifsysteem

Gemäss den Rückmeldungen der Akteure betreffen die Schwierigkeiten und Widerstände in Bezug auf die Finanzierungsregelungen vor allem die Bemessungsgrundlage (Zweijahres-Lücke, Investitionskostenpauschale) sowie die Festlegung der Höchsttaxen auf dem 70. Perzentil. Diese Themen sind in den Empfehlungen (vgl. Kap. 6.5) aufgegriffen.

Mit Blick auf die Regelungen in anderen Kantonen und ökonomische Überlegungen kann aus Sicht der Autor:innen auch das System der Höchstattaxen und individuellen Taxen zur Diskussion gestellt werden. Grundsätzlich sollten aus unserer Sicht die beiden Bereiche Pflege und Hotellerie/Betreuung separat betrachtet werden, da es sich prinzipiell um zwei verschiedene «Märkte» handelt. Während Pflegeleistungen und deren Finanzierung nach Pflegebedarfsstufe klar reguliert sind, können Heime im Bereich der Hotellerie/Betreuung ihr Leistungsportfolio frei gestalten, da sie privat durch die Bewohnenden abgegolten werden. Für EL-Empfänger:innen ist allerdings gesetzlich vorgesehen, dass die Kosten der Hotellerie und Betreuung nur für einen gewissen Standard finanziert werden. Deshalb können die Kantone Höchstattaxen für EL-Beziehende festlegen. Im Kanton SO sind für beide Bereiche gleichermassen sowohl kantonale als auch individuelle Höchstattaxen vorgesehen.

Folgende Tabelle führt mögliche Optionen zur Anpassung der Finanzierungsregelungen in diesen beiden Bereichen mit ihren Vor- und Nachteilen auf. Die folgenden Ausführungen beziehen sich lediglich auf systemische Aspekte. Sie sind unabhängig davon, ob der Kanton oder die Gemeinden/Regionen die Taxen festlegen.

Tabelle 7: Optionen zum Tarifsystemen im Bereich Pflege

Optionen	Vorteile	Nachteile
1) Restkosten Pflege		
1a. Festlegung individuelle Taxen (Abschaffung kantonal geltende Höchstattaxen)	▪ Kostengerechtigkeit (Heime mit vielen Pflegebedürftigen > Stufe 12 nicht benachteiligt)	▪ Gefahr steigender Taxen/Ineffizienzen ohne «Deckelung»
1b. Differenzierte pauschale Abgeltung: Kantonal geltende Normkosten und Zusatzpauschalen bei ausserordentlichem Pflegebedarf	▪ Anreize für effiziente Leistungserbringung ▪ Kostengerechtigkeit (durch Zusatzabgeltungen) ▪ Vereinfachung Prozess Festlegung Taxen (keine individuellen Taxen)	▪ Grössere Systemumstellung: Frage Aufwand/Nutzen vor dem Hintergrund Einführung EFAS
2) Hotellerie- und Betreuungskosten		
2a. Festlegung individuelle EL-Taxen (Abschaffung kantonal geltende Höchstattaxen)	▪ Kostengerechtigkeit (Heime mit vielen Bewohnenden mit hohem Betreuungsbedarf) nicht benachteiligt)	▪ Gefahr steigender Taxen/Ineffizienzen ohne «Deckelung»
2b. Differenzierte Abgeltung: Einheitliche kantonal geltende EL-Höchstattaxe und Zusatzpauschalen für erhöhten Betreuungsbedarf	▪ Kostengerechtigkeit (durch Zusatzpauschalen)	▪ Initialaufwand für die Neudefinition der EL-Höchstattaxe und der Zusatzpauschalen.

Tabelle INFRAS.

Die hier vorgeschlagenen Optionen greifen insbesondere die Problematik auf, dass die Abgeltung bei erhöhtem Pflege- oder Betreuungsbedarf nicht ausreichend ist bzw. die kantonale Höchsttaxe dies nicht berücksichtigt und danach differenziert. Bei den Optionen 1a und 2a wird dem mit der Abschaffung der Höchsttaxen Rechnung getragen, bei Optionen 1b und 2b mit pauschalen Abgeltungen von Sonderaufwendungen bei hohem Pflege- oder Betreuungsbedarf.

Optionen 1b und 2b sind aus unserer Sicht den Optionen mit individuellen Tarifen vorzuziehen, da sie bessere ökonomische Anreize setzen. Bei der Definition von Normkosten und Höchstgrenzen werden Benchmarks aufgrund aller Kostenrechnungen durchgeführt, was bei der Festlegung von individuellen Tarifen nicht zwingend erfolgt. Bei der Festlegung von individuellen Taxen basierend auf individuellen Kostenrechnungen besteht eher die Gefahr, dass die Kosten steigen.²⁹ Darüber hinaus würden Optionen 1b und 2b den jährlichen Prozess der Taxgestaltung vereinfachen, da keine individuellen Festlegungen der Taxen nötig sind.

Option 1b beinhaltet Normkosten zur Abgeltung des Pflegekosten, zur Abgeltung der Hotellerie und Betreuungskosten im Unterschied dazu Höchsttaxen (Option 2b). Wie in Kap. 6.2 ausgeführt, bringen Normkosten stärkere ökonomische Anreize mit sich als Höchsttaxen. Im Bereich der Hotellerie und Betreuung sind Normkosten jedoch weniger zweckmässig, da die Leistungen und Kosten weniger einheitlich sind.

Optionen 1b und 2b bedeuten grössere Veränderungen beim bisherigen System und dürften einen länger dauernden Prozess mit sich bringen. Mit der Einführung von EFAS im Bereich Pflege im Jahr 2032 könnte das neu geschaffene System im Bereich der Pflege nach wenigen Jahren wieder hinfällig werden. Es ist deshalb bei Option 1b fraglich, ob der potenzielle Nutzen im positiven Verhältnis zum Aufwand für die Einführung und Umsetzung des Systems steht.

Optionen in Bezug auf die Sonderabgeltungen

In Bezug auf die Sonderabgeltungen in den Optionen 1b und 2b sind mehrere Möglichkeiten denkbar:

- Bei der ersten Möglichkeit werden Zuschläge (im Sinne einer Objekthilfe) an spezialisierte (überregionale) Institutionen oder Heime mit spezialisierten Abteilungen ausbezahlt (z.B. Heime mit Demenzabteilung). Dadurch würden Anreize geschaffen, entsprechende Institutionen oder Abteilungen zu bilden. Diese Lösung ist vorteilhaft, wenn es sich abzeichnet, dass die Zahl der Betroffenen im Kanton SO über Einzelfälle hinausgeht. Die Zuschläge müssten so ausgestaltet sein, dass sie bei einer effizienten Leistungserbringung kostendeckend sind (inkl. Vorhalteleistung). Damit würde eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet und die Versorgungsqualität sichergestellt.

²⁹ Dies ist jedoch abhängig davon, wie sie verhandelt werden. Werden Benchmarks zugrunde gelegt und besteht auf beiden Verhandlungsseiten das gleiche Know-how, ist diese Gefahr als weniger gross einzustufen.

- Die zweite Möglichkeit ist eine subjektgebundene Einzelfalllösung für Pflegeheime, die in Ausnahmefällen Bewohnende mit erhöhtem Pflege- oder Betreuungsaufwand beherbergen müssen. Hier würde eine pauschale Abgeltung reichen.

6.5. Empfehlungen

Empfehlung 6: Systemwechsel hin zu differenzierten einheitlichen Abgeltungen prüfen

Unter ökonomischen Gesichtspunkten wäre u.E. ein Systemwechsel bei den stationären Taxen zielführend. Konkret sähen wir Vorteile bei einem System mit differenzierten, einheitlichen Abgeltungen:

- Für Pflegeleistungen: Einheitliche Normkosten, Sonderabgeltungen bei ausserordentlichem Pflegebedarf.
- Für Hotellerie und Betreuungsleistungen: Einheitliche EL-Höchsttaxen mit Sonderabgeltungen bei einem ausserordentlichen Betreuungsbedarf.

Das System würde das Prinzip «gleiche Abgeltung für gleiche Leistung» besser erfüllen. Mit den Normkosten im Bereich der KVG-Pflege ergäben sich stärkere Anreize für eine effiziente Leistungserbringung.

Der Systemwechsel im Bereich der Pflege dürfte einen längeren Prozess nach sich ziehen und ist mit einem grösseren administrativen Aufwand verbunden. Mit Blick auf die Einführung von EFAS ist fraglich, ob sich der Aufwand lohnt. Wir empfehlen deshalb, in einem ersten Schritt zu prüfen, welche gesetzlichen Anpassungen, welcher Zeitbedarf und welche administrativen Aufwände für die Umsetzung nötig wären. Der Bereich der Hotellerie- und Betreuungsleistungen ist von EFAS hingegen nicht betroffen.

Empfehlung 7: Berechnungssystematik betreffend Teuerung und Investitionskosten anpassen

Unabhängig davon, ob ein Systemwechsel vorgenommen wird, sollten einzelne Anpassungen bei der Berechnungssystematik der Taxen vorgenommen werden, um ungerechtfertigte Unterdeckungen zu bereinigen (vgl. Kap. 6.1).

7a. Berechnungssystematik betreffend Teuerung anpassen: Die Taxberechnung auf Basis des Vorvorjahres führt in Zeiten mit Teuerung zu temporären Defiziten. Um die Folgen dieser «Zweijahres-Lücke» zu mindern, sind die Kosten einer effizienten Leistungserbringung fair abzugelten. In Anlehnung an die Handhabung in anderen Kantonen empfehlen wir deshalb, die Einführung eines Teuerungszuschlags oder eines Zuschlags für die Lohnkostenentwicklung auf

den Taxen für das Folgejahr. Damit lässt sich die Spirale der sich kumulierenden Defizite durchbrechen.

Wichtig ist, dass basierend auf den Kostenrechnungen eine Nachkalkulation stattfindet und die Differenz zwischen den Tarifen und den effektiven Kosten ausgeglichen wird (entweder erfolgt eine Nachzahlung durch die Gemeinden oder die Differenz wird bei den neu berechneten Tarifen in Abzug gebracht).

7b. Berechnungssystematik und -grundlage zur Investitionskostenpauschale überprüfen: Es ist sicherzustellen, dass die Investitionskosten sowohl bei den Pflegekosten als auch den Hotelieriekosten berücksichtigt werden und die Höhe der Abgeltung Rückstellungen für Investitionen zulässt.

7. Tarifsysteem ambulante Restkostenfinanzierung

7.1. Aktuelle Finanzierungsregelungen

Die folgende Tabelle zeigt die aktuellen Regelungen zur Finanzierung der Kosten im ambulanten Bereich:

Tabelle 8: Finanzierungsregelungen ambulanter Bereich

Regelungs- bereich	Heutige Regelungen im ambulanten Bereich
Taxsystem Pflegekostenfinanzierung ambulant	▪ Kantonale Höchstattaxen für Leistungen der Grundversorgung (§ 144^{quater} Abs. 2 SG) ▪ Individuelle Aushandlung der Taxordnungen mit Leistungserbringern mit Grundversorgungsauftrag durch EWG unter Berücksichtigung der Höchstattaxen (§ 144^{bis} Abs. 4 SG) ▪ Pauschale Abzüge um maximal 40% von den ausgehandelten Restkosten der Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag (private Spitex und Freiberufliche) (§ 144^{bis} Abs. 6 SG); dabei gilt für Freiberufliche eine Taxuntergrenze (RRB Nr. 2022/1384) ▪ Beiträge der Gemeinde (Restkostenfinanzierung) berechnen sich aus den vereinbarten Taxen, abzüglich der Krankenkassenbeiträge und der <i>durchschnittlichen Patientenbeteiligung</i> (§ 144^{bis} Abs. 4 und 5 SG).
Patientenbeteiligung ambulant	▪ Aufteilung der Patientenbeteiligung bei mehreren involvierten Leistungserbringern an einem Tag nach einem Schlüssel erbrachten Leistungsvolumen. (RRB Nr. 2024/1666)

SG = Sozialgesetz; LE = Leistungserbringer, EWG = Einwohnergemeinden.

Tabelle INFRAS.

7.2. Beurteilung Ist-Situation

Zum Taxsystem im ambulanten Bereich gehören verschiedenen Elemente, die im Folgenden separat beurteilt werden.

Höchsttaxen bilden keinen einheitlichen Standard ab

Die im ambulanten Bereich geltenden Höchsttaxen werden basierend auf dem mit der Grösse gewichteten Durchschnitt der Vollkosten aller Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag ermittelt und festgelegt. Unterschiedliche Weg- und Ausbildungskosten werden dabei individuell berücksichtigt. Sie fördern prinzipiell eine wirtschaftliche Leistungserbringung, denn Leistungserbringer über dem Durchschnitt werden gezwungen, ihre Kosten zu senken. Allerdings erbringen die Leistungserbringer teils unterschiedliche Leistungen im Rahmen ihres Grundversorgungsauftrags.³⁰ Die Höchsttaxen bilden somit keinen einheitlichen Standard ab. Das kann dazu führen, dass die Höchsttaxen für Leistungserbringer, welche ein umfassendes Paket an Dienstleistungen im Rahmen ihres Grundversorgungsauftrags bieten³¹, trotz effizienter Leistungserbringung nicht kostendeckend sind. Leistungserbringer, die tiefere Standards bieten, aber nach Höchsttarifen abrechnen können, streichen hingegen eine Produzentenrente ein. Dies sind Fehlanreize, die im Widerspruch zur Strategie der Versorgungsplanung stehen, welche einen Ausbau des ambulanten Versorgungsangebots vorsieht.

Ungleiche Finanzierung gleicher Leistungen durch pauschale Abzüge bei Privaten und Freiberuflichen

Für private Spitexorganisationen und Freiberufliche wird von den *individuell in den Gemeinden ausgehandelten* Tarifen der Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag ein prozentualer Abzug³² vorgenommen. Dies resultiert für private Organisationen und Freiberufliche in unterschiedlichen Tarifen je nach Gemeinde, obwohl sie jeweils die gleichen Pflegeleistungen erbringen. Sie haben dadurch auch einen erhöhten administrativen Aufwand, da sie je nach Gemeinde unterschiedliche Taxen verrechnen müssen.

³⁰ Im Kanton SO existiert für den Grundversorgungsauftrag eine vom Regierungsrat für verbindlich erklärte «[Muster-Leistungsvereinbarung](#)» (RRB Nr. 2022/1106 vom 5. Juli 2022). Diese wird trotz Verbindlichkeit gemäss Auskünften von Gesprächspartner:innen jedoch nicht in allen Gemeinden angewendet.

³¹ Z.B. neben dem Zugang zu Spezialpflegeleistungen wie Psychiatriepflege, Palliativpflege erweiterte Betriebszeiten, einen Pikettdienst, Begleitung und Betreuung oder Entlastung und Vermittlung.

³² Gemäss RRB Nr. 2024/1666, Anhang 2 beträgt dieser im Jahr 2025 -12.8% für Freiberufliche und -40% für private Spitexorganisationen (nur bezogen auf die Restkosten).

Private Spitexorganisationen mit pflegenden Angehörigen

Seit einem Bundesgerichtsurteil vom 8. April 2019³³ können Spitex-Organisationen Angehörige ohne fachliche Pflegeausbildung anstellen und Leistungen der Grundpflege über die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP abrechnen. Wie in anderen Kantonen sind im Kanton SO seither verschiedene private Anbieter mit diesem Modell auf den Markt gekommen. Für die Leistungen der Angehörigen gelten bis jetzt dieselben Restkostentarife der Grundpflege wie für ausgebildete Pflegefachpersonen. Dies wird von Seiten der Gemeinden im Kanton SO wie auch von anderen Kantonen als nicht gerechtfertigt erachtet, da bei pflegenden Angehörigen die Wegkosten wegfallen und die Lohnkosten weniger hoch sind - auch wenn die pflegenden Angehörigen durch qualifizierte Fachpersonen fachlich begleitet werden müssen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass durch die Gemeinden überhöhte Restkosten bei diesen Leistungen gezahlt werden. Der Regierungsrat hat mit RRB Nr. 2025/1698 vom 21. Oktober 2025 u.a. deshalb eine neue Regelung mit einer separaten, deutlich tieferen Taxkategorie für Pflegeleistungen, die von pflegenden Angehörigen erbracht werden, beschlossen, die ab 2026 eingeführt wurde.

Abstützung Restkostenfinanzierung auf *durchschnittliche* Patientenbeteiligung benachteiligt Leistungserbringer mit länger dauernden Einsätzen

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages auf die PatientInnen überwältzt werden. Dies entspricht heute maximal CHF 15.35 (20% von CHF 76.90) pro Stunde, wobei max. eine Stunde pro Tag abgerechnet werden darf. Im Kanton SO gilt die Regelung, dass bei der Ausrichtung der Restkostenbeiträge die *durchschnittliche* Patientenbeteiligung (PaBe) von den für die Leistungserbringer geltenden Taxen in Abzug gebracht wird. Für das Jahr 2025 gilt eine durchschnittliche PaBe von CHF 12.44 pro geleistete Stunde, welche aus den Kostenrechnungen der Leistungserbringer (aus dem Jahr 2023) ermittelt wurde.³⁴ Vor der Einführung der durchschnittlichen PaBe wurde bei der Ausrichtung der Restkostenfinanzierung jeweils die maximal abrechenbare PaBe pro Tag in Abzug gebracht – dies auch bei Leistungen, die über eine Stunde hinausgingen, auch wenn hierfür keine PaBe abgerechnet werden konnte. Längere Einsätze waren somit unwirtschaftlicher als Einsätze von bis zu einer Stunde. Dies brachte erstens eine Ungleichbehandlung (ungleiche Finanzierung der gleichen Leistung) mit sich und zweitens Anreize für Leistungserbringer, bevorzugt weniger pflegeintensive Klient:innen aufzunehmen.

³³ Vgl. BGE 145 V161 / BGer 9C_187/2019

³⁴ Berechnung: Summe der Erträge aus allen verrechneten Patientenbeteiligungen aller Leistungserbringer geteilt durch Summe der geleisteten Stunden. Diese über alle Leistungen durchschnittlich abgerechnete Patientenbeteiligung liegt tiefer als die maximal abrechenbare von CHF 15.35. Dies bildet den Umstand ab, dass Klient:innen teilweise mehr als eine Stunde pro Tag Leistungen beziehen.

Mit der Verwendung der *durchschnittlichen* PaBe sollte eine entsprechende Korrektur geschaffen werden, indem diese die tieferen Einnahmen pro Stunde bei Leistungen von über einer Stunde pro Tag abbildet. Der SVKS bezeichnet diese Regelung so auch als eine Errungenschaft und fairere Lösung im Vergleich zu vorher. U.E. brachte die Regelung in Bezug auf die Fehlanreize und Ungleichbehandlungen zwar Verbesserungen, sie räumt diese jedoch noch nicht vollständig aus. Organisationen, die durchschnittlich längere Einsätze oder mehrere Einsätze pro Tag haben, sind gegenüber Organisationen, die kürzere Einsätze haben, immer noch benachteiligt, da ihnen mehr ungedeckte Kosten entstehen. Dies schränkt zwar im geringeren Ausmass, aber weiterhin Anreize ein, das ambulante Leistungsangebot für komplexe Patient:innen auszubauen, was im Widerspruch zur Strategie der Versorgungsplanung steht.

Schwierigkeiten bei Abrechnung der PaBe durch mehrere Leistungserbringer pro Tag

Eine weitere Schwierigkeit betrifft die Abrechnung der PaBe wenn verschiedene Leistungserbringer an einem Tag bei Klient:innen im Einsatz sind. In diesem Fall ist vorgesehen, dass die Leistungserbringer untereinander regeln, wer in welchem Umfang die PaBe in Rechnung stellt – d.h. im Verhältnis der geleisteten Pflegestunden im Monat (vgl. RRB Nr. 2024/1666). Gemäss dem SVKS ist eine korrekte Umsetzung der Teilung der PaBe schwierig, da die Softwareprogramme die Teilung nicht zulassen. Die Lösung sei häufig, dass private Leistungserbringer den Leistungserbringern mit Grundversorgungsauftrag eine Rechnung stellen. Der Aufwand sei vielen privaten Organisationen aber zu hoch. Es handelt sich somit um eine für die Leistungserbringer administrativ aufwändige Lösung, die im Ergebnis dazu führt, dass Organisationen ihre ihr zustehende Patientenbeteiligung teilweise nicht abrechnen.

7.3. Regelungen in anderen Kantonen

Umgang mit unterschiedlichen Kosten von Leistungserbringern mit und ohne Grundversorgungsauftrag

Andere Kantone, bei denen die Gemeinden die Pflege (mit-)finanzieren³⁵, kennen wie der Kanton SO unterschiedliche Tarife für Leistungserbringer mit und ohne Versorgungsauftrag, um die unterschiedlichen Kosten abzubilden. Einzig BL hat einheitliche Pflegenormkosten für alle

³⁵ Befragt wurden die Kantone AG, BL, GR, LU, SH und TG. Den Autor:innen sind jedoch auch aus anderen Kantonen teilweise Modelle bekannt (AR, SG, ZH), u.a. aus anderen Mandaten oder Berichten, wie z.B. ein Bericht des Kantons TG [2021.12 20 def. Grundlagenbericht Zukunft Spitexlandschaft Kanton Thurgau.pdf](#)

Leistungserbringer festgelegt, es seien jedoch abgestufte Tarife in Diskussion. Grob lassen sich die Lösungen der anderen Kantone durch zwei Modelle³⁶ unterscheiden:

- 1) Abgestufte einheitlich geltende Höchstattaxen für Leistungserbringer mit und ohne Grundversorgungsauftrag (GR, TG, AR). Dabei werden in TG die Höchstattaxen aufgrund der Kostenrechnungen der verschiedenen Leistungserbringer ermittelt, die Differenz ist somit nicht fix. In AR und GR gelten pauschale Abschläge von den einheitlichen Höchstattaxen der Leistungserbringer mit Versorgungsauftrag³⁷, welche aufgrund deren Kostenrechnungen festgelegt werden. Die pauschalen Abschläge für die Leistungserbringer ohne Versorgungsauftrag beruhen dabei (mangels Verfügbarkeit von Daten oder Modellen) weniger auf systematischen und umfassenden Auswertungen von verschiedenen Kostenrechnungen, sondern eher auf Samples von verfügbaren Kostenrechnungen, Schätzungen und Verhandlungen in Arbeitsgruppen.
- 2) Einheitlich geltende Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag und individuelle, durch Gemeinden festgelegte Taxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag (AG, SG, SH, ZH). Je nach Kanton sind die Normkosten für Leistungserbringer ohne Versorgungsauftrag je nach Verfügbarkeit mehr oder weniger gut auf effektive Kostenrechnungen abgestützt.³⁸
- 3) Modulares Modell (in Planung in SG im Zuge einer Gesamtrevision des Gesundheitsgesetzes). Zwecks Gleichbehandlung sollen für alle Leistungserbringer gleiche Normkostentarife für KLV a, b, und c-Leistungen gelten. Kostenunterschiede durch die Versorgungspflicht sowie weitere Zusatzleistungen werden durch separate Tarife abgegolten. Zu den Zusatzleistungen gehören spezialisierte Pflegeleistungen von Organisationen, welche definierte erweiterte Grade-Mix-Vorgaben erfüllen oder erweiterte Einsatzzeiten (Randzeiten und Nacht). Dieses modulartige Modell erlaubt auch Grundversorgern ohne Versorgungsauftrag, welche an Randzeiten im Einsatz sind oder aufwändigere spezialisierte Pflege erbringen, Zugang zu einer entsprechenden Abgeltung dieser Zusatzleistungen. Im Zusammenhang mit spezialisierten Pflegeleistungen kennt auch der Kanton SH Sondertarife bzw. erhöhte Restkostentarife für spezialisierte Spitex-Organisationen ohne Grundversorgungsauftrag, z.B. psychiatrische Spitex-Organisationen, spezialisierte Dienste für Onkologiepflege oder palliative Pflege.

³⁶ Ein anderes Modell kennt der Kanton LU, wo die Tarife für alle Leistungserbringer mit und ohne Grundversorgungsauftrag zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern aufgrund der Kostenrechnungen verhandelt bzw. festgelegt werden. Dabei gilt für private Leistungserbringer maximal der Tarif des Vertragsleistungserbringers. Der Kanton bezeichnet dieses Modell als sehr aufwändig für die Gemeinden. Letztere delegieren die jährlichen Tarifverhandlungen häufig an die Stadt LU, da sie selbst nicht über die nötigen Kompetenzen verfügen.

³⁷ AR: - 17.5% für Leistungserbringer ohne Versorgungsauftrag; GR: - 15% für private Spitexorganisationen und -10% für Freiberufliche.

³⁸ Der Kanton AG berichtet bspw., dass er seit vielen Jahren über entsprechende Daten der privaten Organisationen und Freischaffenden verfügt, da die Kostenrechnungen eingefordert würden.

Zugrunde gelegte Patientenbeteiligung bei der Restkostenfinanzierung:

Gemäss dem privaten Spitexverband ASPS richten die meisten anderen Kantone die Restkostenfinanzierung nach der *effektiv verrechneten Patientenbeteiligung* aus. Das bedeutet, dass die Restkostenfinanzierung ab der zweiten geleisteten Stunde an einem Tag entsprechend höher ausfällt. Bei den von uns befragten Kantonen ist dies in AG und BL mit entsprechend differenzierten Restkosten ab der zweiten Stunde der Fall. Bei den anderen Kantonen mit Normkosten (SH) oder Höchsttaxen (GR, TG) sind diese nicht differenziert. Es ist aber möglich, dass die entgehenden Beiträge durch die Leistungserbringer von den Gemeinden zurückgefordert werden können.³⁹

Mehrere Leistungserbringer pro Tag

Zur Problematik der Abrechnung der PaBe bei Involvierung mehrerer Leistungserbringer an einem Tag bestehen in anderen Kantonen verschiedene Lösungen:

- Rückzahlung doppelt verrechneter PaBe an Klient:innen: Dies wird in der Stadt LU so gehandhabt, setzt aber eine Datenbank mit Personendaten pro Tag voraus. Gemäss der Stadt LU handelt es sich um eine relativ aufwändige Lösung.
- Verzicht der Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag und Rückforderung bei Gemeinden: Diese pragmatische, administrativ schlanke Regelung gilt in der Stadt ZH.
- Vorrecht des Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrags (SH): Die involvierten Partner können gemäss dem Gesetz auch abweichende Regelungen vereinbaren.

In den anderen befragten Kantonen ist dies nicht explizit geregelt. In BL wird derzeit eine Lösung mit einem Verteilschlüssel diskutiert (ähnlich wie Kt SO).

7.4. Mögliche Optionen

Kap. 7.2 zeigt, dass Handlungsbedarf besteht, das Taxsystem kostengerechter auszugestalten. Ziel wäre es, Fehlanreize beim Ausbau von ambulanten Angeboten zu vermeiden und eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu fördern. Nachfolgende Tabelle zeigt dazu mögliche Optionen mit Vor- und Nachteilen auf. Die Ausführungen beziehen sich auf das System an sich, unabhängig davon welcher Akteur Taxen festlegt.

³⁹ Dies war nicht bekannt oder wurde nicht im Detail beim Gespräch thematisiert.

Tabelle 9: Optionen zum Tarifsysteem ambulante Pflege

Optionen	Vorteile	Nachteile
1) Anpassungen beim Tarifsysteem		
1a. Abschaffung von Höchsttaxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag Normkosten für LE ohne Grundversorgungsauftrag; Separate Taxen für Organisationen mit pflegenden Angehörigen	▪ Höhere Kostengerechtigkeit und Wettbewerbsneutralität ▪ Keine Benachteiligung von LE mit stark ausgebautem Angebot (Konformität mit Strategie Ausbau ambulante Versorgung) ▪ Tiefere administrative Aufwände der Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag	▪ Gefahr tendenziell überhöhter individueller Tarife Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag
1b. Differenziertes Normkostenmodell	▪ Höchste Kostengerechtigkeit ▪ Tiefste Fehlanreize Ausbau ambulante Versorgung	▪ Komplexität und Aufwand Festlegung Tarife ▪ Administrativer Aufwand Controlling
2) Anpassung der Berechnungsgrundlagen		
2a. Restkostenfinanzierung abgestützt auf <i>effektive</i> Patientenbeteiligung	▪ Weniger Fehlanreize betreffend komplexe, zeitintensive Pflege (Konformität mit Strategie Ausbau ambulante Versorgung)	▪ Tendenziell höherer administrativer Aufwand für LE und für das Controlling

LE = Leistungserbringer

Tabelle INFRAS.

Option 1a

- **Abschaffung der Höchsttaxen bei Leistungserbringern mit Grundversorgungsauftrag:** Wie erwähnt, basieren die Höchsttaxen auf einem teilweise unterschiedlichen Leistungsportfolio der Leistungserbringer im Bereich des Grundversorgungsauftrags (z.B. Pikettdienst, spezialisierte Pflegeleistungen). Gut ausgebaute Angebote können dadurch unterfinanziert sein. Um das System kostengerechter auszugestalten und Barrieren für den Ausbau von ambulanten Leistungen abzubauen, können die Höchsttaxen abgeschafft werden. Ein Nachteil ist, dass mit dem Wegfall der Höchsttaxen auch ein Instrument zur Förderung einer effizienten Leistungserbringung wegfällt.
- **Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag:** Die Tarife der Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag sollten nicht in Abhängigkeit der individuellen Taxen der Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag, sondern basierend auf den effektiven Kosten festgelegt werden. Da diese Leistungserbringer keine spezifischen Leistungen im Rahmen eines Grundversorgungsauftrags erfüllen, sind die Kosten untereinander vergleichbarer. Wie in anderen Kantonen könnten deshalb für diese Leistungserbringer Normkosten (unabhängig der Taxen der Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag) festgelegt werden. Die Normkosten sollten anhand der Kostenrechnungen einer repräsentativen

Auswahl der Leistungserbringer ermittelt werden (separat für Freiberufliche und private Spitexorganisationen).⁴⁰

Option 1b: Einführung eines einheitlichen und differenzierten Normkostenmodells

Als zweite Option könnte ein differenzierteres, modulares Normkostenmodell eingeführt werden. Dieses berücksichtigt spezielle Leistungen und Zusatzaufwände (z.B. für erweiterte Betriebszeiten, Nachteinsätze oder spezialisierte Pflegeleistungen) mit separaten Abgeltungen (vgl. Beispiele in Kap. 7.3). Ein solches Modell erlaubt noch kostengerechtere Tarife und eine stärkere Gleichbehandlung der Leistungserbringer gemäss dem Prinzip «gleiche Finanzierung für gleiche Leistung». Die Anreize für den Ausbau der ambulanten Versorgung wären in dem Modell am höchsten. Der Nachteil eines solchen Modells ist die Komplexität. Für die Abrechenbarkeit der Spezialmodule müssen klare, überprüfbare Kriterien definiert und deren Einhaltung kontrolliert werden. Die Herleitung der Höhe der jeweiligen Pauschalen ist herausfordernd. Auch das Rechnungscontrolling dürfte sich aufwändiger gestalten.

Option 2: Restkostenfinanzierung abgestützt auf effektive Patientenbeteiligung

Anstelle der durchschnittlichen PaBe könnte die effektive PaBe von den Taxen in Abzug gebracht werden. Dadurch werden Organisationen, die längere oder mehrere Einsätze pro Tag haben, nicht mehr benachteiligt. Dies wäre stärker im Einklang mit der Strategie der Versorgungsplanung, nach der die ambulante Versorgung für komplexere Pflegefälle ausgebaut werden sollte. Ein möglicher Nachteil ist ein ggf. höherer Aufwand für die Leistungserbringer und Kontrollaufwand für das Controlling, da die effektiven PaBe, die in Abzug gebracht werden müssen, mehr variieren als die durchschnittliche PaBe.

7.5. Empfehlungen

Empfehlung 8: Im ambulanten Bereich Höchsttaxen abschaffen und Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag einführen

Aufgrund der geschilderten Probleme mit dem heutigen Finanzierungssystem, empfehlen wir, die Höchsttaxen für Leistungserbringer mit Grundversorgungsauftrag abzuschaffen und Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag einzuführen (vgl. Option 1a).

⁴⁰ Sollte dies nicht möglich sein, weil keine genügend grosse Basis an Kostenrechnungen vorliegt, sind pauschalen Abzüge basierend auf den kantonalen Höchsttaxen (und nicht den individuellen Taxen) eine weitere Option. Die Höhe der Abzüge könnte durch die Fachgruppe auf Basis der verfügbaren Kostenrechnungen und normativen Kriterien hergeleitet werden.

unter Kap. 7.4). Ein differenziertes Normkostensystem (Option 1b) hätte zwar grössere Vorteile, ist aber aufwändig und wird mit EFAS wieder hinfällig.⁴¹

In Bezug auf die individuellen Taxen bei Leistungserbringern mit Grundversorgungsauftrag empfehlen wir (unabhängig davon, wer diese festlegt), Benchmarks hinzuziehen und sie auf Grundlage von Kostenrechnungen leistungsorientiert auszugestalten.

Die Normkosten für Leistungserbringer ohne Grundversorgungsauftrag sind anhand der Kostenrechnungen einer repräsentativen Auswahl solcher Leistungserbringer zu ermitteln. Dabei sind auch normative Festlegungen zu machen, beispielsweise über eine angemessene Höhe der Löhne der Geschäftsleitung.

Empfehlung 9: Restkostenfinanzierung im ambulanten Bereich auf die effektive Patientenbeteiligung abstützen

Anstelle der durchschnittlichen Patientenbeiträge empfehlen wir, die Restkostenfinanzierung an den effektiv verrechneten Patientenbeteiligungen auszurichten (vgl. Option 2 unter Kap. 7.4). Das bedeutet, dass die Restkostenfinanzierung ab der zweiten geleisteten Stunde an einem Tag entsprechend höher ausfällt, weil ab der zweiten Stunde keine Patientenbeteiligungen mehr abgerechnet werden können. Dadurch würden Leistungserbringer mit durchschnittlich längeren Einsatzzeiten, z.B. bei vielen komplexen Pflegefällen, nicht mehr benachteiligt. Ein ggf. erhöhter administrativer Aufwand für Leistungserbringer und Clearingstelle wäre dabei in Kauf zu nehmen.

8. Vergütung der Ausbildung

8.1. Aktuelle Finanzierungsregelungen

Tabelle 10: Regelungen zur Vergütung der Ausbildung

Regelungsbereich	Heutige Regelungen zur Vergütung der Ausbildung
Ambulant	▪ Taxzuschlag für Ausbildungspflicht (§ 144^{quater} SG) CHF 0.80/h, zugeordnet zu nicht-pflegerischen Leistungen (§ 144^{bis} Abs. 1 SG) ▪ plus Abbildung Ausbildungskosten in Höchstattaxen
Stationär:	▪ Ausbildungspauschale CHF 2/Tag, zugeordnet zu Hotelleriekosten (§ 144^{ter} Abs. 1 SG)

⁴¹ Gewisse Grundlagenarbeiten, die zur Abgeltung der Leistungen im Rahmen des Grundversorgungsauftrags (z.B. Versorgungspflicht) ermittelt erfolgen, könnten jedoch im Hinblick auf EFAS nützlich sein. Tarife für diese Leistungen sind ggf. nicht oder nicht differenziert in der Tarifstruktur EFAS vorgesehen und weiterhin durch den Kanton/die Gemeinden zu bestimmen.

8.2. Beurteilung Ist-Situation

Die Vergütung der Ausbildung erfolgt anhand von Pauschalen. Im ambulanten Bereich gilt für alle Organisationen ein Taxzuschlag von CHF 0.80/h. Im stationären Bereich besteht eine Ausbildungspauschale von CHF 2.00/Tag.

Für Pflegefachpersonen auf Sekundarstufe II (Grundbildung) und auf Tertiärstufe (Abschlüsse höhere Fachschule HF und Fachhochschule FH) gilt seit 1. Januar 2012 für die Leistungserbringer eine kantonale Ausbildungspflicht.⁴² Diese ist an ein Bonus-Malus-Punktsystem geknüpft: Leistungserbringer, die gar nicht oder weniger ausbilden, entschädigen Leistungserbringer, die mehr ausbilden als gemäss Ausbildungspflicht verlangt.⁴³

Mit dem Bundesgesetz über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsfördergesetz Pflege) zahlt der Kanton neu einen Beitrag für die Ausbildungsleistungen auf Tertiärstufe (HF/FH)⁴⁴. Bei den Beiträgen handelt es sich um Pauschalen, die an die effektive Ausbildungsleistung gebunden sind. Diese bundesrechtliche Ausbildungsverpflichtung ist insofern für den Kanton SO eine spezialgesetzliche Sonderlösung bzw. -finanzierung, dass der Kanton Kosten, welche der Pflege zuzuordnen sind, mitfinanziert. Er trägt drei Viertel der Kosten, die Gemeinden ein Viertel, wobei diese Beiträge grundsätzlich nicht über die Spital- und Pflegegerestkostenfinanzierung abgewickelt werden.

Die Regelungen zur Vergütung der Ausbildung sind mit folgenden Problemen verbunden:

- Die Abgeltungen der Ausbildung dürften die effektiven Kosten der Organisationen insgesamt nicht adäquat abbilden. Gemäss Rückmeldungen der Leistungserbringer reichen die Ausbildungspauschalen nicht aus, um die Kosten zu decken. Die Berechnungsgrundlagen seien unklar bzw. willkürlich. Organisationen, die viel ausbilden, werden somit gemäss Aussagen der Leistungserbringer benachteiligt. Es bestehe somit kein finanzieller Anreiz, Pflegende auszubilden. Im ambulanten Bereich werden die mit der Ausbildungspflicht geforderten Ausbildungsleistungen nicht erreicht.⁴⁵
- Die Ausbildungspauschale wird gemäss SG in beiden Bereichen (ambulant und stationär) den nicht-pflegerischen Leistungen zugeordnet. Die Ausbildungskosten können somit den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden, was gemäss Rückmeldungen teilweise erfolgt. Da

⁴² [VL Ausbildung Pflege 2023.pdf](#)

⁴³ Dieses System wurde gemäss Auskunft von Gesprächspartner:innen mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege (Ausbildungsfördergesetz Pflege) am 1. Juli 2024 vorübergehend ausgesetzt, da es zu Überschneidungen kam. Derzeit sind gemäss Auskunft von Gesprächspartner:innen beim Kanton Aktivitäten im Gange, ein einheitliches System für die Sekundarstufe II und Tertiärstufe zu schaffen.

⁴⁴ Die Beiträge betragen mindestens die Hälfte der durchschnittlichen ungedeckten Ausbildungskosten der Akteure im Bereich der praktischen Ausbildung von Pflegefachpersonen (Art. 5 Abs. 2 Ausbildungsfördergesetz Pflege, in Kraft seit 1. Juli 2024).

⁴⁵ Gemäss Informationen des SVKS bildete im Jahr 2023 eine von 22 Nonprofit-Organisationen gar nicht aus, 13 Organisationen unterdurchschnittlich. Von 13 privaten Organisationen bildeten 7 Organisationen gar nicht aus. Vgl. <https://www.spi-texso.ch/Aktuelles/Archiv/NL-202402-Ausbildung-Pflege-in-der-Spitex/oy9v7A5w/POkHU/>

es sich bei den Ausbildungen primär um Pflegeausbildungen handelt, müssten die Ausbildungskosten jedoch im Rahmen der Restkostenfinanzierung der Pflege finanziert werden. Es besteht damit auch ein hohes Prozessrisiko für den Kanton, welcher sicherstellen muss, dass der Tarifschutz⁴⁶ eingehalten wird.

8.3. Regelungen in anderen Kantonen

Mehrere Kantone richten neben Beiträgen an die Ausbildungskosten auf Tertiärstufe, zu denen sie gemäss der neuen bundesrechtlichen Regelung zur Förderung der Ausbildung verpflichtet sind, auch kantonale Beiträge für die Sekundärstufe aus (TG, GR). Mehrere Kantone haben oder hatten wie der Kanton SO eine kantonale Ausbildungsverpflichtung und einen Ausbildungsfonds mit einem Bonus-Malus-System (AG, BL, GR).

8.4. Mögliche Optionen

Als Option für die Abgeltung der Ausbildungsleistungen zu den bisherigen Ausbildungspauschalen sehen wir Pauschalen, die direkt an die Ausbildungsleistung geknüpft sind.

Tabelle 11: Optionen zur Ausbildungspauschalen

Optionen	Vorteile	Nachteile
Pflegefachpersonen Stufe Sek II: An die Ausbildungsleistung geknüpfte Pauschalen (nach auszubildender Person und Tag/Woche) im Rahmen der Restkostenfinanzierung.	▪ Bessere Kostengerechtigkeit ▪ Direkte Zweckbestimmung	

Für Pflegefachpersonen auf Stufe HF/FH existieren neu bereits an die Ausbildungsleistung geknüpfte Pauschalen. Für die Sekundärstufe II könnten anstelle der bisherigen, an die Pflegeleistungen geknüpften Pauschalen (CHF 0.80/h bzw. CHF 2/Tag) im Rahmen der Restkostenfinanzierung ebenfalls solche Pauschalen definiert werden. Sie sollen sich an der effektiven Ausbildungsleistung, d.h. die auszubildenden Personen, Ausbildungstage oder -wochen, ausrichten. Damit würden bessere Anreize für die Ausbildung von Pflegefachpersonen gesetzt.

⁴⁶ Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen Pflegeeinrichtungen keine Zusatzkosten für die pflegebezogenen Leistungen direkt den Patientinnen und Patienten belasten, die über den vereinbarten Tarif hinausgehen.

8.5. Empfehlung

Empfehlung 10: Bisherige Pauschalen mit Ausbildungspauschalen im Rahmen der Restkostenfinanzierung basierend auf der Ausbildungsleistung für Pflegefachpersonen Sek II ersetzen

Die bisherigen an Pflegeleistungen gebundenen Ausbildungspauschalen (CHF 0.80/Stunde und CHF 2/Tag) sollten abgeschafft werden. Stattdessen sollten für Pflegefachpersonen auf Sekundarstufe II Pauschalen eingeführt werden, die sich direkt an den auszubildenden Personen bzw. an den Ausbildungstagen/-wochen orientieren.

Sofern keine Sonderlösung wie bei der bundesrechtlichen Ausbildungsverpflichtung für die Stufe HF/FH angestrebt wird, müssen die Pauschalen im Langzeitpflegebereich im Rahmen der Restkostenfinanzierung der Pflege der kantonalrechtlichen Aus- und Weiterbildungsverpflichtung getragen werden. Die Ausbildungskosten müssen im SG entsprechend den pflegerischen Kosten zugeordnet werden.

9. Finanzielle Regelungen im intermediären Bereich

9.1. Aktuelle Finanzierungsregelungen

Im intermediären Bereich sind folgende Angebote zu unterscheiden: Finanzierung von Kurzaufenthalten, Finanzierung von Passerellebetten, Betreuungsbeiträge an Tagesstätten und Unterstützung von betreutem Wohnen. Die Angebote sind nachfolgend kurz ausgeführt:

- Mit **Kurzaufenthalten** sind Ferienzimmer oder eine vorübergehende Unterbringung nach einem Spitalaufenthalt in einem Pflegeheim gemeint.⁴⁷ Den Alters- und Pflegeheimen ist die Aufnahme von „Kurzaufenthalten“ erlaubt, falls sie temporär über freie Kapazitäten verfügen. Kurzaufenthalte werden wie Langzeitbetten entschädigt. Es dürfen für Kurzaufenthalte keine zusätzlichen Gebühren oder Pauschalen in Rechnung gestellt werden. Hingegen ist es zulässig, eine Ein- und Austrittsgebühr zu erheben, falls dies im rechtskräftig unterzeichneten Vertrag („Kurzaufenthaltervertrag“) vermerkt ist.
- Bei **Passerellebetten** handelt es sich um Plätze in einem Pflegeheim, in die Patient:innen aufgenommen, die nicht mehr akutspitalbedürftig sind und auf einen definitiven Platz in ihrem Wunschheim warten. In selteneren Fällen gehen die Patient:innen nach der Passerelle wieder nach Hause oder treten in eine stationäre Rehabilitation ein. Die Führung von Passerellebetten wird von den Solothurner Spitälern soH mit Leistungsaufträgen an Pflegeheime vergeben. Das Kontingent ist regional aufgeteilt und umfasst zurzeit 50 Passerellebetten in

⁴⁷ Siehe Reglement «Ausgestaltung der Taxordnung für Alters- und Pflegeheime im Kanton Solothurn» vom 01.01.2024.

sechs Pflegeheimen. Die Finanzierung der Passerellebetten erfolgt nach den Grundsätzen der Pflegefinanzierung im Bereich der Langzeitpflege. Zusätzlich wird die Einrichtung, welche Passerellebetten vorhält, von der soH mit einer Tagespauschale von 50 CHF für die erbrachte Vorhalteleistung abgegolten. Diese Kosten werden der soH im Rahmen des Leistungsauftrags durch den Kanton vergütet. Grundlagen zur Berechnung der Tagespauschale liegen nicht vor.

- Bei **Tagesstätten** handelt es sich um Einrichtungen für betagte Personen ab 65 Jahren mit Wohnsitz im Kanton SO, die in ihrer Selbsthilfe oder Autonomie eingeschränkt sind und entweder tagsüber oder über Nacht in die Tagesstätte aufgenommen werden. Die EWG haben entsprechende Plätze sicherzustellen. Sie beteiligen sich mit Betreuungshöchstbeiträgen an der Tagestaxe. Die Beiträge differenzieren dabei nach drei Personengruppen: Personen ohne besondere Auffälligkeiten, Personen mit psychischer Beeinträchtigung und Personen mit Demenz. Es gilt eine fixe Pauschale pro Tag/Nacht je Personengruppe, wobei Beiträge der Klient:innen auf max. CHF 90 gedeckelt sind, unabhängig von Personenkategorie und Pflegebedarfsstufe.
- Unter **betreutem Wohnen** wird im Allgemeinen eine auf altersbezogene Einschränkungen und Bedürfnisse ausgerichtete Privatwohnung verstanden, die mit spezifischen Hilfe- und Unterstützungsangeboten kombiniert ist.⁴⁸ Betreute Wohnungen sind in der Regel Teil eines altersgerecht gebauten Wohnkomplexes. Zusätzlich zur Miete bezahlen die Bewohnenden ein Basispaket an Unterstützungsleistungen (z.B. rasche Hilfe in Notfallsituationen, Ansprechpersonen vor Ort, Sprechstunden, Aufenthaltsräume und soziale Aktivitäten). Betreutes Wohnen wird aktuell in den EL nicht berücksichtigt. Empfänger:innen von EL können deshalb Angebote für betreutes Wohnen nicht in Anspruch nehmen, da die Mietkosten nicht (vollständig) über die EL abgedeckt werden. Dies führt dazu, dass Menschen, die EL beziehen und Pflegeleistungen benötigen, direkt in ein Heim gehen müssen. Beim betreuten Wohnen haben EL-Empfängerinnen im Unterschied zu einem Heimeintritt keinen Anspruch auf zusätzliche Beiträge. Betreute Wohnangeboten sind damit hauptsächlich für Selbstzahler:innen verfügbar.

Die folgende Tabelle zeigt die aktuellen Regelungen zur Finanzierung der Kosten im intermediären Bereich:

⁴⁸ Vgl. bspw. <https://sozialesicherheit.ch/de/in-die-alterswohnung-statt-ins-heim/>

Tabelle 12: Finanzierungsregelungen im intermediären Bereich

Finanzierungsregelung	Heutige Regelung	Grundlage
Finanzierung von Kurzzeitaufenthalten in Heimen (Ferienbetten)	▪ Gleiche Finanzierung wie bei Langzeitbetten ▪ Keine Abgeltung der Vorhalteleistung durch Gebühren oder Pauschalen	▪ Reglement «Ausgestaltung der Taxordnung für Alters- und Pflegeheime im Kanton SO»
Finanzierung von Passerellebetten	▪ Zusätzliche Entschädigung (Tagespauschale) von CHF 50 für APH als Abgeltung für Vorhalteleistung (finanziert durch Kanton via SoH)	▪ Vereinbarung zwischen Kt. SO und SoH ▪ Leistungsvereinbarungen zwischen SoH und APH
Betreuungsbeiträge Tagesstätten	▪ Betreuungsbeiträge EWG differenziert nach drei Personengruppen (Personen ohne besondere Auffälligkeiten, Personen mit psychischer Beeinträchtigung und Personen mit Demenz). ▪ Fixe Pauschale pro Tag/Nacht je Personen gruppe.	▪ § 143^{ter} SG ▪ RRB Nr. 2024/1668
Finanzielle Unterstützung von betreutem Wohnen	▪ Betreute Wohnangebote nur für Selbstzahler:innen verfügbar ▪ Empfänger:innen von EL müssen direkt ins Heim	Diverse Grundlagen, siehe EL zur AHV und IV

Tabelle INFRAS. Quelle: Interviews, Dokumentenanalysen.

9.2. Beurteilung Ist-Situation

Finanzierung von Kurzaufenthalten in Heimen (sog. Ferienbetten)

Aus Sicht der Heime liegt das Problem mit der aktuellen Finanzierung von Kurzaufenthalten darin, dass die damit verbundenen Aufwendungen nicht zu 100% gedeckt sind. Im Vergleich zu Langzeitbewohnenden verursachen Kurzaufenthalte Mehrkosten (Mehraufwand für Ein- und Austritte, erhöhter Pflegebedarf infolge hoher Komplexität, schlechtere Auslastung). Die Situation verschlechtert sich zunehmend, weil die Aufenthaltsdauer der Bewohnenden immer kürzer würde und sie immer mehr Kurzaufenthalte hätten. Aus Sicht Leistungserbringer ist es attraktiver, Ferienbetten zur Verfügung zu stellen.

Was das Angebot betrifft, bestehen unterschiedliche Einschätzungen bei den befragten Akteuren. Aus Sicht der Gemeinden ist die Notwendigkeit eines Angebotsausbaus nicht belegt. Es stelle sich generell die Frage, ob Angebote für Ferienbetten überhaupt genutzt werden, weil die Pflege zuhause deutlicher günstiger sei. Von Seiten Leistungserbringer besteht hingegen vermehrt Bedarf an Ferienbetten, vor allem auch um betreuende Angehörigen kurzfristig entlasten zu können.

Aus unserer Sicht könnte es zukünftig schwierig werden, den Bedarf zu decken. Die Bereitstellung von Ferienbetten ist abhängig von der Nachfrage nach regulären stationären Betten. Da bei den regulären Betten die Auslastung höher ist, können Pflegeheime damit mehr Einnahmen generieren. Mit der aktuellen Finanzierungsregelung wird die Vorhalteleistung nicht abgegolten. Die Heime haben keinen Anreiz, Ferienbetten anzubieten. Entsprechend bieten nur wenige Heime Ferienbetten an. Die Problematik dürfte sich noch verschärfen, wenn die Strategie der ambulanten Versorgung in Zukunft konsequent vorangetrieben wird und sich das prognostizierte Wachstum im Langzeitbereich materialisiert.

Finanzierung von Passerellebetten

Sowohl Pflegeheime als auch die soH sind der Ansicht, dass die Passerellebetten zurzeit sehr gut funktionieren. Das Instrument helfe, rasche Anschlusslösungen an einen Spitalaufenthalt zu finden und ermöglicht, die Zeit zu überbrücken, bis ein Platz im «Wunschheim» frei wird. Problematisch sind aus der Sicht der betroffenen Akteure vor allem drei Aspekte: die Verfügbarkeit, die Finanzierung und der Prozess der Kostengutsprache.

Die Anzahl der Passerellebetten wird als ausreichend bis ausbaufähig bezeichnet. Vereinzelte Gemeinden berichten von blutigen Entlassungen, weil in den Pflegeheimen keine Passerellebetten verfügbar waren.

Die Finanzierung stellt insbesondere für Pflegeheime und Gemeinden ein Problem dar. Die Heime bemängeln, dass die Pauschale nicht ausreicht, um die höheren Kosten und die Vorhalteleistung zu decken. Es gäbe deswegen auch wenig Anreize, die Zahl der Passerellebetten zu erhöhen. Gründe für die höheren Kosten seien ein erhöhter Pflegebedarf und zusätzlicher administrativer Aufwand⁴⁹ für Personen in Passerellebetten. Nach Ansicht der Heime müsste die Pauschale mindestens doppelt so hoch sein (entsprechende Berechnungsgrundlagen seien in Vorbereitung).

Die Gemeinden hingegen sehen das Problem bei der Finanzierung darin, dass Passerellebetten unter die Pflegefinanzierung fallen und dadurch von den Gemeinden finanziert werden müssten. Aus Sicht einzelner Heime handelt es sich bei den Passerellebetten um eine Leistung, die von den Spitälern bestellt wird und dementsprechend vom Kanton als Eigentümerin der Spitälern zu finanzieren ist. Sie bemängeln ebenfalls, dass Zuständigkeit und Finanzierung der Passerellebetten nicht geklärt sind. Sie sehen Passerellebetten als ein Instrument zur Entlastung der Spitälern von Überliegern. Entsprechend seien die Kosten über die DRG der Spitälern zu finanzieren (und nicht über einen zusätzlichen Tarif).

⁴⁹ Administrativ aufwendig seien u.a. die Abklärungen für eine Kostengutsprache bei der Ausgleichskasse, wenn EL-Berechtigte ein Passerellebett benötigen.

Demgegenüber stellt sich der Kanton auf den Standpunkt, dass die Passerellebetten nicht zur Entlastung des Spitals dienen, sondern zur Unterbringung von Personen dienen, deren medizinisch notwendiger Spitalaufenthalt abgeschlossen ist, aber noch nicht in ihr Wunschheim ziehen können. Entsprechend seien die Gemeinden zuständig. Nicht durch die Gemeinden zu finanzieren seien jedoch allfällige Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital gemeinsam von einem Arzt oder einer Ärztin und einer Pflegefachperson angeordnet werden. Die betreffenden Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton der versicherten Person während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG).

Für die soH schliesslich ist der Prozess der Kostengutsprache für Betreuung und Hotellerie das Hauptproblem. Sie können Patient:innen, die ihren Pflegeheimaufenthalt nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können, erst vom Spital in ein Passerellebett verlegen, wenn die Ausgleichskasse den Antrag auf EL genehmigt hat. Dies führt gemäss soH dazu, dass Patient:innen teilweise erst verzögert in Passerellebetten verlegt werden können. Da bei diesen Patient:innen eigentlich keine Akutpflege mehr nötig ist, werden aus Sicht Kanton in diesem Fall ungerechtfertigt Kosten auf den akutsomatischen Bereich überwält.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei den verschiedenen Akteuren zu den Passerellebetten unterschiedliche Ansichten bezüglich ausreichender Verfügbarkeit, Zuständigkeit und Finanzierung bestehen. Dies dürfte einen allfällig notwendigen Ausbau der Passerellebetten eher erschweren.

Betreuungsbeiträge Tagesstätten

Tagesstätten sind wichtige Angebote zur temporären Entlastung betreuenden Angehöriger. Die Abgeltung der Tagesstätten durch die Gemeinden folgt einer anderen Systematik als bei Pflegeheimen. Anstelle der Restkostenfinanzierung für Pflegeleistungen richten die Gemeinden Betreuungsbeiträge aus, die je nach Personengruppe und Betreuungsbedarf abgestuft sind. Bei tieferen Pflegebedarfsstufen (bis ca. Stufe 6) dürften diese Beiträge die aus den Pflegeheimen bekannten Restkosten der Pflege übersteigen. Ein Aufenthalt in einer Tagesstätte kommt Personen mit tiefem bis mittlerem Pflegebedarf also günstiger, als wenn sie dauerhaft in einem Pflegeheim wären, da sie im Pflegeheim allfällige Betreuungskosten selbst zahlen müssten. Das Finanzierungssystem unterstützt somit einen längeren Verbleib bei tiefer bis mittlerer Pflegebedürftigkeit zu Hause, was konform mit der Strategie der Altersversorgung ist. Eine stärkere Subventionierung der Betreuungskosten bei pflegeintensiven Fällen wäre auch aus Gesamtkostensicht wenig zweckmässig, da die pflegerische Versorgung zu Hause teurer ist als im Pflegeheim.

Die festgelegten differenzierten Tages-/Nachtpauschalen nach Personenkategorie bzw. Betreuungsaufwand entsprechen nicht § 143^{ter} Abs. 4 SG, wonach sich die Höhe und Abstufung an den Pflegekostenbeiträgen orientieren sollten, welche durch die Krankenversicherer vergütet werden (Beiträge abgestuft nach Pflegebedarfsstufe). Diese abweichende Umsetzung beurteilen wir grundsätzlich als gerechtfertigt. Denn der Betreuungsaufwand korreliert nicht immer mit der Pflegebedarfsstufe. Dies gilt beispielsweise bei Menschen mit Demenz, die vor allem einen hohen Betreuungsaufwand benötigen.

Die Tagesstätten scheinen gemäss den Rückmeldungen im Unterschied zu den Langzeitpflegeheimen nicht mit Unterdeckungen konfrontiert zu sein. In Bezug auf die drei Pauschalen stellt sich dennoch die Frage, ob es drei Kategorien benötigt, um kostengerechte Tarife zu gewährleisten. Denn mit der Differenzierung von drei Personenkategorien zusammen mit den Pflegebeiträgen der Krankenkassen nach 12 Pflegebedarfsstufen ergibt sich insgesamt ein eher komplexes System, was sich auf den Controllingaufwand auswirken dürfte. Zudem erfordert die Einteilung der Personen in eine jeweilige Kategorie (anhand von ärztlichen Zeugnissen) Kontrollen von behördlicher Seite – dies im Unterschied zu Pauschalen, die sich beispielsweise am Typ der Tagesstätte ausrichten.

Finanzielle Unterstützung von betreutem Wohnen

Betreutes Wohnen ist ein wichtiges Element der Versorgungsplanung 2030 (vgl. Kap. 2.1). Die Versorgungsplanung 2030 des Kantons SO sieht einen Mehrbedarf von über 50% an altersgerechten Wohnungen für betreutes Wohnen (Gesundheitsamt Kanton Solothurn, 2023). Der VSEG relativiert diesbezüglich, dass die Angebote im Bereich des Betreuten Wohnens bzw. von Alterswohnangeboten mit niederschwelligen freiwilligen Betreuungsangeboten im Kanton SO nicht systematisch erfasst werden. Es bestünden durchaus Angebote (Alterswohnungen mit Dienstleistungen). Nichtsdestotrotz fehlt es aus Sicht einzelner Gemeinden und der Heime (GSA) an betreuten Wohnformen. Ein Problem sei diesbezüglich die Wirtschaftlichkeit dieser Angebote und der fehlende Lastenausgleich zwischen den Gemeinden in diesem Bereich (siehe Kapitel 4.1).

Die aktuelle Finanzierungsregelung behindert ebenfalls das Ziel, leicht pflegebedürftige EL-Bezüger:innen aus dem stationären in den ambulanten Bereich bzw. intermediären Bereich zu verlagern. Der Umstand, dass das betreute Wohnen schlechter durch die EL abgedeckt ist als ein Pflegeheimaufenthalt, begünstigt Eintritte von leicht pflegebedürftigen EL-Bezüger:innen in Heime. Für die Gemeinden, welche die EL zur AHV zu 100% finanzieren, führt die aktuelle Regelung zu höheren Kosten, als wenn die EL-Bezüger:innen zuhause oder in betreuten Wohnformen versorgt würden.

9.3. Regelungen in anderen Kantonen

Finanzierung von Kurzeintaufenthalten in Heimen (sog. Ferienbetten)

Die Regelungen zu Ferienbetten in den anderen Kantonen lassen sich zwei unterschiedlichen Kategorien zuordnen: In einigen Kantonen erhalten die Heime einen **Zuschlag für Ferienbetten**:

- Im Kt. BS bspw. müssen Kurzeintaufenthalter:innen zusätzlich 30 CHF für Kost und Logis bezahlen. Bei EL-Bezüger:innen werden die gesamten Kosten übernommen.
- Im Kt. GR ist ein kleiner Zuschlag möglich, wenn der Aufenthalt kürzer als 4 Wochen ist. Für die Vorhalteleistung wird aber keine Entschädigung bezahlt. Grössere Heime würden zum Teil Dispozimmer für Kurzaufenthalte einsetzen (diese haben evtl. keine Nasszelle oder keinen Balkon).
- Die Stadt Zürich betreibt Entlastungsbetten im Rahmen von Pilotprojekten; deren Finanzierung ist jedoch noch nicht geklärt.

Die anderen befragten Kantone und Städte kennen **keine spezifische Vergütung** für Ferienbetten (Kt. AG, SH, TG, LU⁵⁰). Der Kanton TG prüft allerdings, ob Zusatzbeiträge zur Pflegefinanzierung für Kurzzeitplätze ausgerichtet werden können.⁵¹

Finanzierung von Passerellebetten

In anderen Kantonen und Gemeinden bestehen unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Aufnahme und die Finanzierung von Patient:innen, die aus einem Spital in die Pflege übertreten.

In verschiedenen Kantonen und Städten existieren Vereinbarungen zwischen Heimen und Spitälern oder Heimen und Gemeinden. In der Stadt Bülach bspw. bezahlt das Spital dem Heim die Differenz zwischen der Auslastung bei Übergangsbetten und normalen Pflegebetten. Im Kt. LU deckt eine Vereinbarung zwischen Heimen und Gemeinden die Vorhalteleistung bei Passerellebetten.

Andere Kantone schicken die Patient:innen direkt in die Reha. Damit habe sich das Finanzierungsproblem für die Pflegeheime erledigt, weil Reha-Aufenthalte über die Spitalfinanzierung abgedeckt seien.

Keine Alternative zu den Passerellebetten sei die AÜP, praktisch alle Kantone betrachten sie als gescheitert (u.a. Kantone AG, GR). Nur einer der befragten Kantone setzt die AÜP weiterhin ein: Der Kanton SH hat die Regelungen zur AÜP angepasst und die Nutzung von 14 auf

⁵⁰ Der Kanton Luzern finanziert Anerkennungszulagen für pflegende Angehörige, die bspw. für Ferienbetten eingelöst werden können.

⁵¹ Geriatrie und Demenz Massnahmenplan für den Kanton Thurgau 2022–2025 (RRB Nr. 591 vom 5.10.2021).

60 Tage verlängert. Dadurch könne einer der Grundfehler der AÜP behoben werden. Unklar sei, ob die Anpassung KVG-konform sei.

Betreuungsbeiträge Tagesstätten

Die meisten anderen Kantone kennen keine spezifischen Beiträge für Tagesstätten. In drei Kantonen werden Beiträge gemäss der normalen Restkostenfinanzierung ausgerichtet. Betreuungskosten werden somit nicht subventioniert.

Im Kanton BS existieren ähnlich wie im Kanton SO Betreuungsbeiträge unabhängig von der Pflegebedarfsstufe (fixe Tagespauschalen pro Tag). Dabei werden zwei Tarife unterschieden, die - im Unterschied zum Kanton SO - an die Art der Institution geknüpft sind: «Normale» Tagesstrukturen (insbesondere zur Entlastung betreuender Angehöriger) und auf Demenz und Gerontopsychiatrie spezialisierte Strukturen.

Auch die Stadt Luzern subventioniert Tagesstrukturen mit einer Subjektfinanzierung. Sie richtet Betroffenen «Betreuungsgutschriften für selbstbestimmtes Wohnen» aus, insbesondere um betreuende Angehörige zu entlasten.

Finanzielle Unterstützung von betreutem Wohnen

Die meisten befragten Kantone und Städte setzen auf Subjektfinanzierung, darunter die Kantone AG, SG, GR, SH und BL sowie die Stadt Luzern. Die Subjekthilfe besteht im Wesentlichen aus zusätzlichen Beiträgen für betreutes Wohnen, sei es in Form von monatlichen Zuschlägen oder Pauschalbeiträgen (Kantone SG, GR, AG, SH) oder zusätzlichen EL-Beiträgen (Kanton AG, Gemeinden im Kanton BL). Dies fördert selbstbestimmtes Wohnen, wenn jemand zu Hause bleiben will.

Einzelne Kantone verzichten auf die spezifische Unterstützung von betreutem Wohnen (z.B. Kanton TG).

9.4. Mögliche Optionen

Finanzierung von Kurzeitaufenthalten in Heimen (Ferienbetten)

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist ein Angebot an Ferienbetten grundsätzlich zu befürworten, weil sie vorübergehende Entlastung für betreuende Angehörigen schaffen und damit auch Anreize, Pflegebedürftige weiterhin zuhause zu betreuen. Betreuende Angehörige spielen eine

zentrale Rolle bei der Betreuung zuhause, Ferienbetten unterstützen damit die Zielsetzung der Versorgungsplanung, die ambulante Versorgung zu stärken.⁵²

Damit die Pflegeheime Anreize haben, genügend Ferienbetten bereitzustellen, sind aus unserer Sicht zwei Optionen denkbar: Leistungsvereinbarungen mit Abgeltung der Vorhalteleistung oder ein Zuschlag für Ferienbetten.

Bei der ersten Option würden die Gemeinden mit den Pflegeheimen eine **Leistungsvereinbarung** mit einem **Zuschlag für die Abgeltung der Vorhalteleistung** bei Ferienbetten abschliessen. Die Abgeltung könnte in Form einer Tagespauschale oder höheren Kostensätzen erfolgen. Der Vorteil dieser Option bestünde darin, dass die Kosten der Heime für die Ferienbetten gedeckt würden. Die Heime hätten dadurch Anreize, bei Bedarf Ferienbetten anzubieten. Die Kosten für diese Option fallen bei den Gemeinden an. Es lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob die Lösung volkswirtschaftlich gesehen vorteilhaft ist.⁵³ Bei den Gemeinden könnte die Option auf Widerstand stossen, weil sie kurzfristig Zusatzkosten verursacht, die Einsparungen aber erst längerfristig sichtbar würden. Es wäre ausserdem zu klären, ob diese Lösung eine neue gesetzliche Grundlage bräuchte.

Die zweite Option besteht ebenfalls aus einem **Zuschlag für die Ferienbetten**. Die Kosten für den Zuschlag wären aber von den Kurzzeitaufenthalter:innen zu tragen, den Gemeinden entstünden keine zusätzlichen Kosten. Dies könnte dazu führen, dass das Angebot weniger in Anspruch genommen wird. Dies stünde in Widerspruch zu den Zielsetzungen der Versorgungsplanung. Der Zuschlag müsste deshalb, wo nötig, bei der EL angerechnet werden können.

Denkbar wäre, diese zweite Option mit einem Voucher-Modell (Gutscheinlösung) zu ergänzen. Dieses würde bei den pflegebedürftigen Personen nicht nur Anreize schaffen, die Angebote zu nutzen, sie könnten auch frei über das ihnen passende Angebot (Ferienbett, Tagesstruktur) entscheiden. Dies fördert wiederum den Wettbewerb unter den Anbietern, würde allerdings auch wieder Kosten bei den Gemeinden verursachen.

Die folgende Tabelle fasst Vor- und Nachteile der beiden Optionen zusammen:

⁵² Ferienbetten sind als komplementäres Angebot zu Tagesstrukturen zu sehen: siehe Bericht Entflechtung, Abschnitt 3.5.

⁵³ Es gibt diverse Studien, welche intermediäre Angebote in der Pflege untersuchen (z.B. Polynomics 2018: Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030; Obsan 2025: Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Wir haben jedoch keine Studie gefunden, welche für die Schweiz explizit die Vorteilhaftigkeit von Ferienbetten belegt.

Tabelle 13: Optionen für Finanzierung von Kurzeिताufenthalten

Option	Vorteile	Nachteile
Leistungsvereinbarung zwischen Gemeinde und Heim mit Abgeltung Vorhalteleistung durch Gemeinde	▪ Anreize für bedarfsgerechtes Angebot ▪ Unterstützung der Zielsetzungen der Versorgungsplanung	▪ Mehrkosten für Gemeinden ▪ Gesetzliche Grundlage notwendig ▪ Politische Akzeptanz evtl. umstritten
Zuschlag für Ferienbetten zulasten Kurzeिताufenthalter:innen	▪ Anreize für bedarfsgerechtes Angebot ▪ Unterstützung der Zielsetzungen der Versorgungsplanung	▪ Höhere Kosten für Kurzeिताufenthalter:innen

Tabelle INFRAS.

Finanzierung von Passerellebetten

Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind Passerellebetten wichtig, weil sie Spitäler von pflegebedürftigen Patient:innen entlasten, welche mangels verfügbarem Heimplatz ohne Bedarf an Akutpflege im Spital verbleiben müssten. Aus unserer Sicht sehen wir zwei Optionen, um bei den Heimen die Anreize für die Bereitstellung von Passerellebetten zu erhöhen: eine Neuberechnung der Tagespauschale oder das Modell Bülach.

Bei einer **Neuberechnung der Tagespauschale** müssten die effektiven Kosten einer Bereitstellung von Passerellebetten (inkl. Vorhalteleistung) berücksichtigt werden. Der Vorteil dieser Lösung wäre, dass sie Anreize schafft, Passerellebetten zur Verfügung zu stellen. Die Schwierigkeit dürfte darin liegen, die Tagespauschale so zu bestimmen, dass es keine Fehlanreize für Mengenausweitungen oder Fehlallokationen von Ressourcen gibt.

Beim Modell Bülach erhalten die Heime eine **Ausgleichszahlung**, welche der **Differenz zwischen normaler Auslastung und tieferer Auslastung** für Passerellebetten entspricht. Der Vorteil dieser Lösung liegt darin, dass eine Entschädigung nur fällig wird, wenn tatsächlich Kapazitäten ungenutzt bleiben. Die Ermittlung der Differenzzahlung bedingt allerdings gute Datengrundlagen.

Die folgende Tabelle fasst Vor- und Nachteile der beiden Optionen zusammen:

Tabelle 14: Optionen für die Finanzierung von Passerellebetten

Option	Vorteile	Nachteile
Neuberechnung Tagespauschale	▪ Kosten gedeckt, wenn effiziente Leistungserbringung ▪ Bedarfsgerechtes Angebot	▪ Gefahr von zu hohen bzw. tiefen Pauschalen und daraus resultierende Fehlanreize
Ausgleichszahlung, welche der Differenz zwischen normaler Auslastung und tieferer Auslastung	▪ Kosten gedeckt, wenn effiziente Leistungserbringung ▪ Entschädigung nur bei tiefer Auslastung fällig ▪ Bedarfsgerechtes Angebot	▪ Guten Datengrundlagen notwendig

Tabelle INFRAS.

Betreuungsbeiträge Tagesstätten

Aufgrund der Beurteilung der Ist-Situation zeichnet sich kein dringender Anpassungsbedarf bei der Finanzierungsregel ab. Eine mögliche Option wäre, das System analog zum Kanton BS zu gestalten. Bei dieser Variante würden zwei statt drei Tagespauschalen definiert, welche nicht an das Subjekt, sondern die Art der Tagesstruktur geknüpft sind. Der Vorteil wäre ein schlankeres System. Nicht beurteilt werden kann, ob die bestehenden Tagesstätten mit einfachen Kriterien in zwei Kategorien eingeteilt werden können.

Tabelle 15: Optionen zu Betreuungsbeiträge Tagesstätten

Optionen	Vorteile	Nachteile
Zwei verschiedene Tagespauschalen an Typ der Tagesstätte geknüpft	▪ Schlankeres Modell mit weniger administrativem Aufwand	▪ Anwendbarkeit bei bestehenden Tagesstätten unklar

Tabelle INFRAS.

Finanzielle Unterstützung von betreutem Wohnen

Am 20. Juni 2025 haben die eidgenössischen Räte eine Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)⁵⁴ beschlossen. Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.⁵⁵ Die Gesetzesänderung hat das Problem der fehlenden EL für betreutes Wohnen aufgenommen. Künftig sollen AHV- und IV-Rentner:innen, die EL beziehen, Anspruch auf bestimmte Leistungen haben, die das selbständige Wohnen ermöglichen. Neu sollen etwa Notrufsysteme oder Mahlzeitendienste in den EL berücksichtigt werden. Die Leistungen sollen als vorschüssige Pauschalen im Rahmen der EL-Krankheitskosten ausbezahlt werden. Die Pauschalen für jede Leistung können die Kantone

⁵⁴ Siehe [Medienmitteilung](#) und [Stand im Parlament](#).

⁵⁵ Siehe Schlussabstimmungstext [BBl 2025 2039](#).

selber festlegen, die Summe aller Pauschalen muss aber mindestens 11'160 CHF im Jahr betragen. Dadurch lassen sich Heimeintritte für betagte Menschen verzögern oder sogar vermeiden.

In unserem Verständnis werden die in Kap. 9.2 erwähnten Fehlanreize mit dem Inkrafttreten der Änderung des ELG behoben. Damit erhalten auch weniger begüterte leicht pflegebedürftige Personen die Möglichkeit, Angebote zum betreuten Wohnen in Anspruch zu nehmen. Die Lösung erfüllt somit auch die Forderung der Bedarfsgerechtigkeit, weil die EL-Bezüger:innen die ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnform wählen können (im eigenen Zuhause mit Betreuungsleistungen oder betreutes Wohnen in einer Institution). Unnötig frühe Heimeintritte werden vermieden, was auch der Zielsetzung der Versorgungsplanung entspricht. Bei den Gemeinden fallen zwar höhere Kosten für die EL beim betreuten Wohnen an (EL zu 100% von den Gemeinden finanziert). Unter dem Strich dürften sie jedoch Kosten sparen, wenn dadurch Eintritte von leicht pflegebedürftigen EL-Bezüger:innen vermieden werden können.

9.5. Empfehlungen

Empfehlung 11 Finanzierung von Kurzeilaufenthalten in Heimen (Ferienbetten): Leistungsvereinbarungen zwischen EWG und Heimen mit Berücksichtigung Vorhalteleistung

Infolge der aktuellen Finanzierungsregelung ist die Abgeltung der Vorhalteleistung ungenügend. Die Heime haben keinen Anreiz, Ferienbetten anzubieten. Wir empfehlen deshalb den EWG, Leistungsvereinbarungen mit den Heimen abzuschliessen, um die Vorhalteleistung abzugelten (zu berücksichtigen sind dabei die Kosten einer effizienten Leistungserbringung). Eine Abgeltung der Vorhalteleistung gewährleistet ein bedarfsgerechtes Angebot und unterstützt damit auch die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung.

Empfehlung 12 Finanzierung von Passerellebetten: Tagespauschale neu berechnen, effektive Kosten berücksichtigen

Für Patient:innen, die nach abgeschlossener akutsomatischer Behandlung nicht nach Hause zurückkehren können, müssen die Gemeinden einen Heimplatz anbieten. Entsprechend sind die Gemeinden zuständig für die Finanzierung von Passerellebetten. Um ein bedarfsgerechtes Angebot sicherzustellen, sind jedoch die Vorhalteleistungen und die Mehrkosten der Heime für Passerellebetten fair zu entschädigen. Wir empfehlen deshalb die Tagespauschale unter Berücksichtigung effektiver Kosten neu zu berechnen. Abzugelten sind dabei die Kosten einer effizienten Leistungserbringung.

Empfehlung 13 Tagesstätten: Schlankeres System für Betreuungsbeiträge prüfen

Die Tagesstätten kennen heute mit der Differenzierung von drei Personenkategorien ein eher komplexes System. Wir empfehlen deshalb, den Beitrag auf 2 Institutionstypen zu reduzieren und nur noch zwischen normalen Gästen und solchen mit erhöhtem Betreuungsaufwand zu unterscheiden.

Anhang

A1. Interviews

Tabelle 16: Gesprächspartner:innen

Institution	Name und Funktion
Akteure Kanton Solothurn	
Gesundheitsamt (Auftraggebende)	Peter Eberhard, Leiter Gesundheitsamt Robert Camprubi, Controller Alter, Pflege, Suchthilfe Lukas Widmer, Leiter Rechtsdienst Katharina Frischknecht, wiss. Mitarbeiterin Alter, Pflege, Suchthilfe
Verband Solothurner Einwohnergemeinden (VSEG)	Thomas Blum, Geschäftsführer
Gemeinde Bettlach	Barbara Leibundgut, Gemeindepräsidentin
Stadt Olten	Raphael Schär-Sommer, Stadtrat Direktion Soziales
Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime (GSA)	Marco Petruzzi, Präsident Andreas Siegrist, Verantwortlicher Ressort Finanz- und Rechnungswesen / Human Resources GSA
Solviva Sunnepark Grenchen	Daniel Meier, Leitung Unternehmensentwicklung + Qualitätsmanagement, viva group ag David Szelag, Leiter Sonder-u. Langzeitpflege, Standortleitung Grenchen, Solviva Care
Spitex Verband Kanton Solothurn (SVKS)	Mili Marti, Geschäftsführerin Hardy Jäggi, Co-Präsident Richard Aschberger, Co-Präsident
Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Marcel Durst, Geschäftsführer Urs Hirsig, Vorstandsmitglied
Solothurner Spitäler AG (soH)	Christoph Schröder, Direktor Pflege
Andere Kantone, Städte	
Kanton AG	Björn Mohler, Leiter Sektion Langzeitpflege
Kanton BL	Jürg Sommer, Leiter Amt für Gesundheit Andrea Primosig, Gesundheitscontroller
Kanton GR	Daniel Benz, Controller Spitex/Alters- und Pflegeheime
Kanton LU	Alexander Duss, Fachreferent Gesundheit
Kanton SH	Stefan Kroll, Bereichsleiter Alter & Langzeitpflege
Kanton TG	Karin Frischknecht, Leiterin Amt für Gesundheit
Kanton ZG	Othmar Hausheer, Fachstelle Langzeitpflege Zuger Einwohnergemeinden
Stadt Zürich	Claudio Della Giacomo, Direktor Städtische Gesundheitsdienste
Stadt Luzern	Paolo Hendry, Abteilungsleiter Alter und Gesundheit Hildegard Stademann, Bereichsleiterin Pflege und Wohnen
Versorgungsregion Unterengadin	Rebekka Hansmann-Zehnder, Direktorin Chüra – Pflege & Betreuung, Mitglied der Geschäftsleitung, Center da sandà Engiadina Bassa

Institution	Name und Funktion
Expert:innen	
improve consulting ag	Andreas Näf

Tabelle INFRAS.

A2. Beurteilungskriterien

1) Beurteilungskriterien zur Systemgestaltung

- Steuerbarkeit und finanzielle Äquivalenz (Zahlungs-Befehls-Prinzip): Die Kosten sollten für denjenigen Akteur steuerbar sein, der für die Kosten aufkommt. Wenn die Gemeinden die Kosten tragen, sollten diese befähigt sein, über die Art und den Umfang (mit) zu entscheiden.
- Gerechtigkeit: Es sollte sichergestellt sein, dass der Zugang zu einer Versorgung mit vergleichbarem Standard gewährleistet ist. Dabei ist sowohl Verteilungsgerechtigkeit (Equity of Access) als auch Verursachergerechtigkeit (Kosten werden dort getragen, wo sie entstehen) zu beachten.
- Anreizwirkungen Gemeinden und Leistungserbringer: Die Zuständigkeitsregelungen sollten die Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Angebots in Versorgungsregionen fördern und die gewünschte Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich gemäss Strategie der Versorgungsplanung unterstützen.
- Effizienz: Die Zuständigkeitsregeln sollten mit einer Ressourceneffizienz einhergehen. Es sollte möglichst nicht zu Doppelspurigkeiten beim Verwaltungsaufwand kommen. Entscheidungsprozesse sollten zielorientiert und ressourcenschonend erfolgen können.
- Verantwortlichkeit: Die Zuständigkeiten sollten klar zugeordnet sein, so dass die zuständigen Akteure die Verantwortung wahrnehmen und Rechenschaft darüber ablegen.
- Transparenz und Partizipation: Es sollte sichergestellt sein, dass Entscheide für Stakeholder nachvollziehbar sind. Das schafft Vertrauen und trägt zu effizienteren Prozessen bei. Die relevanten Stakeholder sollten in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

2) Beurteilungskriterien zu den finanziellen Regelungen

- Effizienz (Kosten-, Allokations- und Dynamische Effizienz): Die Finanzierungsregelung soll sicherstellen, dass Leistungen mit minimalem Ressourceneinsatz und mit maximalem gesellschaftlichem Nutzen erbracht werden. Dazu gehört, dass die Kosten einer effizienten Leistungserbringung abzugelten sind und die Verlagerung von stationärer zu ambulanter und intermediärer Versorgung unterstützt wird. Zudem ist der Aufwand für die praktische Umsetzung in Grenzen zu halten.
- Anreiz- und Steuerungswirkung: Die Finanzierungsregelungen sollen das Verhalten der Leistungserbringer in die erwünschte Richtung lenken. Sie sollen Anreize schaffen für eine effiziente Ressourcennutzung und bedarfsgerechte Leistungserbringung. Sie sollen Anreize setzen für Weiterentwicklung der Angebote und Investitionen in neue Angebotsformen sowie in die

koordinierte und integrierte Versorgung. Gleichzeitig sollen die Regelungen Fehlanreize für Über-/Unterversorgung, Mengenausweitung, Qualitätsreduktion vermeiden.

- Gerechtigkeit und Bedarfsgerechtigkeit: Die Finanzierung soll gewährleisten, dass Leistungen nach objektivem Bedarf und unabhängig von Einkommen, Vermögen oder Wohnort zugänglich sind. Dabei ist sowohl Verteilungsgerechtigkeit (Equity of Access) als auch Verursachergerechtigkeit (Kosten werden dort getragen, wo sie entstehen) zu beachten.

A3. Vorschlag Auswertungen für Gemeinden

Ambulanter Bereich

Tabelle 17: Vorschlag Auswertung für Gemeinden ambulanter Bereich

	Anzahl Organisa- tionen	Anzahl Kund:in- nen	Anzahl Std. KLV *	Anzahl KLV-Stun- den Total	Summe Pflege- restkosten	Stunden pro Kund:in *	Kosten pro Kund:in*
Beauftragte Spitex- Organisationen							
Nicht beauftragte Spitex-Organisatio- nen							
Freiberufliche Pfle- gefachpersonen							
Total							

* differenziert nach KLV-A, B, C.

Tabelle INFRAS.

Stationärer Bereich

Tabelle 18: Vorschlag Auswertung für Gemeinden stationärer Bereich

	RAI 0 – RAI 12*	Total Kund:innen am Stichtag 31.12.20XY	Anzahl besuchter Institutionen	Summe Pflegerestkosten
Anzahl Bewohnende "Normaler" Aufenthalt				
Anzahl Bewohnende Passerellebetten				
Anzahl Bewohnende Ferienbetten				
Anzahl Kund:innen Ta- gesstätten				
Total Bewohnende nach RAI-Stufe				
Total Pflegerestkosten				

* differenziert für jede Pflegebedarfsstufe.

Tabelle INFRAS.

Abkürzungsverzeichnis

AFE	Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung
ASPS	Association Spitex privée Suisse
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
EFAS	Gesetzesänderung Einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen KVG
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
EWG	Einwohnergemeinden
GSA	Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime
HF/FH	Höhere Fachschule/Fachhochschule
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
PaBe	Patientenbeteiligung
RRB	Regierungsratsbeschluss
SG	Sozialgesetz des Kantons Solothurn
SoH	Solothurner Spitäler AG
SVKS	Spitex Verband Kanton Solothurn
VSEG	Verband Solothurner Einwohnergemeinden

Literatur

Ecoplan 2022: Altersstrategie für die Solothurner Einwohnergemeinden. Schlussbericht. Im Auftrag des Verbandes Solothurner Einwohnergemeinden VSEG.

Gesundheitsamt Kanton Solothurn 2023: Versorgungsplanung der Alters- und Langzeitpflege 2030 vom 12. Oktober 2023.

INFRAS 2021: Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG. Schlussbericht im Auftrag des BAG.

Jaccard-Ruedin H. et al. 2010: Soins de longue durée – Comparaison des coûts par cas dans le canton du Tessin. Obsan Rapport 36. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Obsan 2025 : Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Aktualisierung der Bedarfsprognosen bis 2040 mit Blick bis 2050. Obsan Bericht 09/2025.

Polynomics, 2018: Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030. Studie im Auftrag von Curaviva.

Wächter, M. und Künzi, K. 2011: Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.