

**Neuordnung der Pflegefinanzierung  
– Pflegegesetz (PflG); Änderung**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Glossar.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Ausgangslage .....</b>	<b>9</b>
1.1 Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).....	9
1.2 Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010.....	10
1.3 Parlamentarische Vorstösse.....	12
1.3.1 Postulat Barbara Roth .....	12
1.3.2 Motion Beat Rüetschi .....	12
<b>2. Handlungsbedarf.....</b>	<b>13</b>
2.1 Allgemeine Bemerkungen .....	13
2.2 Zeitliche Umsetzung.....	13
2.3 Kantonaler Handlungsspielraum.....	13
2.4 Zentrale Themen der Umsetzung der Pflegefinanzierung.....	15
2.4.1 Aufgaben- und Lastenverteilung.....	15
2.4.2 Stationäre Pflege: Finanzierung der Restkosten.....	18
2.4.3 Stationäre Pflege: Finanzierungsmodell .....	20
2.4.4 Ambulanter Bereich: Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten ...	23
2.4.5 Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung und Sozialhilfe (Postulat Barbara Roth).....	24
2.4.6 Pflege und Betreuung schwerstpflegebedürftiger Langzeitpatienten/innen (Motion Beat Rüetschi) .....	25
2.4.7 Akut- und Übergangspflege.....	26
<b>3. Ergebnisse der Vernehmlassung und daraus resultierende     Umsetzungsvorschläge .....</b>	<b>28</b>
3.1 Allgemeines .....	28
3.2 Aufgaben- und Lastenverteilung.....	29
3.3 Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege .....	30
3.4 Finanzierungsmodell im Bereich der stationären Pflegekosten.....	31
3.5 Kostenbeteiligung der Patienten/innen im ambulanten Bereich (Spitex).....	32
3.6 Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung und Sozialhilfe (Postulat Barbara Roth).....	33
3.7 Pflege und Betreuung schwerstpflegebedürftiger Langzeitpatienten/innen (Motion Beat Rüetschi).....	34
3.8 Akut- und Übergangspflege.....	34
3.9 Weitere Themen.....	35
<b>4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen .....</b>	<b>35</b>
<b>5. Auswirkungen .....</b>	<b>47</b>
5.1 Auswirkungen auf den Kanton.....	47
5.2 Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	48
5.3 Auswirkungen auf die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger.....	48
5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft .....	48
5.5 Auswirkungen auf die Gemeinden.....	48
<b>6. Weiteres Vorgehen.....</b>	<b>49</b>
<b>A n t r a g : .....</b>	<b>50</b>

## Abkürzungsverzeichnis

AFP	Aufgaben- und Finanzplan
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVG; SR 331.10
AHVV	Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVV (SR 831.101)
BfS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CS	Clearingstelle
DRG	Diagnosis Related Groups
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) (SR 831.30)
ELG-AG	Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau vom 26. Juni 2007 (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG) (SAR 831.300)
FLA	Finanz- und Lastenausgleich
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
HE	Hilflosenentschädigung
KV	Kantonsverfassung vom 25. Juni 1980 (SAR 110.000)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.102)
KLV	Verordnung 29. September 1995 des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (SR 832.112.31)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PfIG	Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 (SAR 301.200)
PfIV	Pflegeverordnung vom 14. November 2007 (SAR 301.211)
SPG	Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe und die soziale Prävention (Sozialhilfe- und Präventionsgesetz, SPG) vom 6. März 2001 (SAR 851.200)
SpiG	Spitalgesetz vom 25. Februar 2003 (SAR 331.200)
SVA	Sozialversicherung Aargau

## **Glossar**

### **SwissDRG**

Swiss Diagnosis Related Groups ist das neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Die schweizweite, tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgt am 1. Januar 2012.

### **Baserate**

Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt.

### **Fallkostengewicht**

Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitälern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier (durchschnittliche Aufenthaltsdauer einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse. Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1,0. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten Fallpauschalenkatalog.

### **Inlier, Grenzverweildauer und Ausreisser**

Durch die Grenzverweildauern werden für jede DRG die normalen Aufenthaltsdauern für das gegebene Krankheitsbild definiert. Diese Werte basieren auf den Referenzdaten der Netzwerkspitäler. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als "Normallieger/Inlier". Patienten mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als "Kurzlieger/Low Outlier" und Patienten mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als "Langlieger/High Outlier". Die unteren und oberen Grenzverweildauern können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden.

Sehr geehrte Frau Präsidentin  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat unterbreitet Ihnen den Entwurf einer Teilrevision des Pflegegesetzes mit folgendem Bericht:

### **Zusammenfassung**

Am 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet. Sie tritt auf den 1. Januar 2011 in Kraft.

Gegenüber dem heutigen System ergeben sich folgende massgebliche Änderungen:

- Die Krankenversicherer müssen einen vom Bundesrat festgelegten Teil der stationären und ambulanten Pflegekosten übernehmen.
- Auf die Leistungsbezügerinnen und -bezüger darf zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt eine sog. Patientenbeteiligung von höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherer überwält werden.
- Die Kantone müssen die Restfinanzierung der ambulanten und stationären Pflegekosten regeln.
- Betreuungs- und Pensionskosten fallen vollständig bei den Leistungsbezügerinnen und -bezügern an.
- Akut- und Übergangspflege gilt neu als versicherungspflichtige Leistung. Die Leistungspflicht ist auf 14 Tage limitiert. Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege richtet sich nach den Regeln der Spitalfinanzierung, das heisst 45 % Krankenversicherer, 55 % öffentliche Hand (Kanton und/oder Gemeinden). Im Unterschied zur Spitalfinanzierung beziehen sich die Leistungen von Versicherern und der öffentlichen Hand aber ausschliesslich auf die Finanzierung der Pflege, das heisst die Pensions- und Betreuungskosten gehen zulasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger.

Mit dem vorliegenden Entwurf für eine Teilrevision des Pflegegesetzes (PflG) erfolgt die kantonale Anschlussgesetzgebung an die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen des Bundes.

Im Rahmen der vom 6. April bis 31. Mai 2010 durchgeführten Vernehmlassung konnten zahlreiche Rückmeldungen entgegengenommen werden. Generell wurde die Vorlage von den Parteien überwiegend positiv bewertet. Auch die Alters- und Pflegeheime stehen den vorgeschlagenen Lösungen überwiegend positiv gegenüber. Insbesondere die Schaffung der Clearingstelle und die damit verbundenen Entlastung im Abrechnungsverfahren stiessen auf Zustimmung. Überwiegend ablehnend äusserten sich die Gemeinden, was insbesondere auf die geplante Überwälzung der Restkosten und die damit einhergehende finanzielle Mehrbelastung zurückzuführen ist.

Der Vorschlag, wonach die Restkosten der stationären Pflege getreu dem Grundsatz "stationäre Spitalbehandlung beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden" von den Gemeinden zu tragen sei, wurde von der Mehrheit der Alters- und Pflegeheime und den Parteien (EVP, CVP, FDP) befürwortet. Bei den Gemeinden sowie den Gemeindeverbänden stiess

dieser Vorschlag auf grosse Ablehnung. Diese steht in direktem Zusammenhang mit dem Vorwurf der fehlenden Transparenz in Bezug auf die durch die KVG-Revision (Spital- und Pflegefinanzierung) verursachten Mehrkosten. Der Forderung nach vermehrter Transparenz wird Rechnung getragen, indem die Aufwendungen sämtlicher kostenrelevanter politischer Vorhaben von 2011 bis 2014 für Kanton und Gemeinden in einer Gesamtübersicht ausgewiesen werden. In der überarbeiteten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 wird vor diesem Hintergrund in Strategie 1 die Aussage gemacht, dass die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen bis anhin eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden war und dies grundsätzlich auch bleiben soll. Im Grundsatz richtig ist auch die heute bestehende Zuteilung der Verantwortlichkeit an den Kanton im Spitalbereich beziehungsweise an die Gemeinden im Langzeitpflegebereich. Die Kompetenz und Möglichkeiten zur Steuerung des Angebots in der Langzeitpflege liegen zweifellos bei den Gemeinden. Zu hinterfragen ist dagegen – unter dem Blickwinkel aufgabenteilungsspezifischer Grundsätze (vgl. Art. 43a BV) – die Mitfinanzierung durch die jeweils andere Staatsebene. Der Regierungsrat trägt sich deshalb mit der Absicht, im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben und Lastenverteilung die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden anzustreben. An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten.

Weiter wurde den Vernehmlassenden die Schaffung einer kantonalen Clearingstelle vorgeschlagen, welche den Leistungserbringern die Restkosten der stationären Pflege direkt vergütet und anschliessend der Wohnsitzgemeinde weiter verrechnet. Dieser Vorschlag wurde durchwegs befürwortet. Zusätzlich gefordert wurde eine Präzisierung hinsichtlich der konkreten Tätigkeiten und des Prozessablaufs (CVP, BDP). Die Gemeinden unterstützten diesen Vorschlag ebenfalls, zusätzlich wurde aber ein Mitspracherecht gefordert. Seitens der SVP wurde die Notwendigkeit einer Clearingstelle unter Hinweis auf die bereits eingespielten guten Beziehungen zwischen Gemeinden und Alters- und Pflegeheime gänzlich verneint. Den Forderungen wird teilweise entsprochen, indem den Gemeinden ein Aufsichtsfunktion eingeräumt wird.

Der Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich fand mit Ausnahme von FDP, SVP und Gemeindeammännerversammlung bei allen Befragungsgruppen Zustimmung. Insofern wird dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und der damit verbundenen Entlastung von stationären Strukturen deutlich zugestimmt.

Dem Grundsatz, wonach durch den Aufenthalt in einer anerkannten, stationären Pflegeeinrichtung keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet werden soll (vgl. Postulat Barbara Roth), stimmten die Alters- und Pflegeheime, die Parteien sowie die Interessenverbände mehrheitlich zu. Ablehnend standen der vorgeschlagenen Lösung die Gemeinden gegenüber. Bemängelt wurde insbesondere, dass bei der vorgeschlagenen Berechnung nach Sozialhilfe- und Präventionsgesetz der Gang zum Sozialamt nach wie vor notwendig bleibt. Ebenso kritisiert wurde die Tatsache, dass die Verwandtenunterstützung wegfalle und die administrativen Abläufe komplexer würden. Gefordert wurde eine Lösung im Rahmen der Ergänzungsleistungen. Gestützt auf diese Rückmeldungen konnte mit der Sozialversicherung Aargau

eine Lösung gefunden werden, mit der die Anzahl verbleibender Fälle von Sozialhilfebedürftigkeit auf ein Minimum reduziert werden kann. Auf einen administrativ schwerfälligen Kostendeckungsbeitrag wird verzichtet.

Der Vorschlag, wonach ungedeckte Kosten in Fällen von Schwerstpflegebedürftigkeit von der kantonalen Clearingstelle auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung vergütet und nach Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt werden soll (Umsetzung Motion Beat Rüetschi), wurde ebenfalls grossmehrheitlich von allen Vernehmlassungsgruppen unterstützt. Zum Teil wurden Ausführungen zur Unterscheidung zwischen Schwerstpflegebedarf und schwerem Pflegebedarf gefordert. Abgelehnt wurde die vorgeschlagene Lösung von der SVP, welche eine Finanzierung über die EL mit Sonderregelung vorschlug. Aufgrund der klaren Stellungnahmen wird am Vorschlag festgehalten und den geforderten Präzisierungen Rechnung getragen. Dem Vorschlag, einer geeigneten Institution einen kantonalen Leistungsauftrag für Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit zu erteilen, wurde durchwegs zugestimmt, wobei die FDP dafür eine öffentliche Ausschreibung verlangt und aus Vernehmlassungskreisen die gute Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr gefordert wurde.

Der Vorschlag, wonach die gemäss Bundesrecht vorgeschriebene Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand (mindestens 55 %) im Bereich Akut- und Übergangspflege durch die Gemeinden getragen werden soll, wurde – insbesondere von den Gemeinden – deutlich abgelehnt. Als Hauptargument wurde angeführt, dass die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege aufgrund der Bestimmungen im KVG nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu erfolgen habe und die Nähe zur Akutversorgung im Spital offensichtlich sei. Ähnlich argumentierten auch die Parteien (FDP, CVP, BDP, SVP). Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem vorgeschlagen wird, dass die Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht von den Gemeinden allein, sondern vom Kanton und den Gemeinden in gleicher Weise wie die Grundversorgung in den Spitälern, das heisst 60 % Kanton und 40 % Gemeinden getragen werden. Zur Feststellung des effektiven Bedarfs sollen im Rahmen eines befristeten Pilotprojekts Leistungsaufträge an einzelne stationäre Leistungserbringer vergeben werden.

Dass sich stationäre Pflegeeinrichtungen, die auf die Pflegeheimliste aufgenommen werden wollen, angemessen an der Ausbildung von Personal beteiligen müssen, wurde grundsätzlich nicht bestritten und von der Mehrheit der Vernehmlassenden – insbesondere von den Alters- und Pflegeheimen sowie den Gemeinden mit dem Hinweis auf den schon lange bestehenden Handlungsbedarf – begrüsst. Darüber hinaus wurde eine Ausdehnung dieser Verpflichtung auch für Kliniken und ambulante Leistungserbringer (zum Beispiel Spitex) gefordert. Für die Parteien stand die nachhaltige Sicherung des Pflegefachpersonals im Vordergrund (SP, Grüne, CVP, EVP). In dem Sinn unterstützten sie den Vorschlag mehrheitlich. Ablehnend standen ihm BDP und SVP sowie die Gemeindeverbände gegenüber. Sie argumentierten, dass die Ausbildung den Pflegeheimen zu überlassen und allenfalls ein Anreizsystem zu unterstützen sei. Aufgrund der Rückmeldungen wird an der Ausbildungsverpflichtung festgehalten. Zudem wird dem Kanton die Möglichkeit eingeräumt, Massnahmen zu treffen, damit genügend Fachpersonal für die ambulante und stationäre Pflege zur Verfügung steht.

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene in Form einer Teilrevisi-  
on des Pflegegesetzes ist auf den vom Bund festgelegten Zeitpunkt (1. Januar 2011) aus  
zeitlichen Gründen nicht möglich. Zur Sicherstellung der Umsetzung auf den 1. Januar 2011  
muss deshalb, gestützt auf § 91 Abs. 2<sup>bis</sup> lit. b KV, eine sogenannte "befristete Übergangs-  
verordnung", erlassen werden. Der Regierungsrat wird diese im November 2010 und somit in  
Kenntnis des Ergebnisses der 1. Beratung des Pflegegesetzes durch den Grossen Rat be-  
schliessen. Das revidierte Pflegegesetz und die überarbeitete Pflegeverordnung können  
dann auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten und die Übergangsverordnung ablösen.

## 1. Ausgangslage

### 1.1 Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)

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

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

Kernelemente der neuen Pflegefinanzierung sind:

- Art. 25a Abs. 1 KVG:  
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Insgesamt sollen die Beiträge der Versicherer dem bisherigen Aufwand entsprechen (Übergangsbestimmungen Abs. 1).
- Art. 25a Abs. 4 KVG:  
Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest. Die Beiträge im ambulanten Bereich betragen Fr. 79.80 (Abklärung und Beratung), Fr. 65.40 (Untersuchung und Behandlung) und Fr. 54.60 (Grundpflege). Die Beiträge im stationären Bereich betragen je nach Pflegebedarf Fr. 9.– bis Fr. 108.–
- Art. 25a Abs. 5 KVG:  
Der versicherten Person dürfen – in Bezug auf die ambulanten und stationären Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen gedeckt werden – höchstens 20 % des höchsten, vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Patientenbeteiligung beträgt ambulant höchstens Fr. 15.95.–, stationär höchstens Fr. 21.60.– Die Kantone regeln die Restfinanzierung.
- Art. 25a Abs. 2 KVG:  
Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu 45 % und vom Wohnkanton des Versicherten zu 55 % während längstens 2 Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Im Unterschied zur Spitalfinanzierung beziehen sich die Leistungen von Versicherern und dem Kanton ausschliesslich auf die Finanzierung der Pflege. Die Pensionsbeziehungsweise Hotelleriekosten gehen zulasten der Leistungsbezügerinnen und -bezüger. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.
- Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2):  
Die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung (1. Januar 2011) geltenden Tarife und Tarifverträge sind innert 3 Jahren an die vom Bund festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Kantonsregierungen regeln die Angleichung.

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

Die neue Pflegefinanzierung tritt am 1. Januar 2011 in Kraft und bedingt eine Teilrevision des Pflegegesetzes vom 26. Juni 2007.

Am 21. Dezember 2007 hat der Bundesgesetzgeber mit einer Änderung des KVG zudem neue Grundsätze der Spitalfinanzierung beschlossen. Am 22. Oktober 2008 hat der Bundesrat mit einer Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) die Ausführungsbestimmungen erlassen. Diese Revision des KVG, welche ihre Wirkung ab 1. Januar 2012 entfaltet, bedingt Anpassungen in der Spitalgesetzgebung.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben sich, vor allem als Folge der Pflicht der öffentlichen Hand zur Restfinanzierung im Bereich der stationären Pflege, Zusatzkosten in der Höhe von ca. 46 Millionen Franken.

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung als Folge der KVG-Revision ergeben sich ebenfalls Zusatzbelastungen in den Bereichen "Akut- und Spezialversorgung". In der Akutversorgung muss sich die öffentliche Hand im Rahmen der Grundversorgung zukünftig neu an der Finanzierung auch von Privatkliniken, die auf der Spitalliste sind, beteiligen. Zudem wird die öffentliche Hand mit der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz verpflichtet, sich mit 55 % an den Kosten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu beteiligen; das gilt auch für die Finanzierung des OKP-Beitrags für die Rehabilitationskliniken. Insgesamt ist aufgrund der aktuellen Berechnungen davon auszugehen, dass die neue Spitalfinanzierung für den Kanton Aargau zusätzliche Kosten von ca. 144 Millionen Franken bringen wird.

Die detaillierten Zahlen sind unter Ziffer 2.4.1 ausgewiesen.

## **1.2 Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010**

Die überarbeitete Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010 enthält im Kontext zur Pflegefinanzierung die folgenden Strategien:

### **Übergeordnete Strategie:**

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

- die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Bevölkerung fördert;
- Selbstständigkeit und Würde der Betroffenen hochachtet;
- interkantonale Koordination und Kooperation gemäss dem Entwicklungsleitbild des Kantons Aargau einschliesst;
- Leistungen nach Aspekten der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit konzentriert anbietet;
- integrierte Versorgungsmodelle mit Einbezug der Vor- und Nachsorge fördert;
- ambulanten vor den stationären Leistungen den Vorzug gibt;
- ein optimales Verhältnis von Qualität und Preis aufweist;

- die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in ihre Überlegungen mit einbezieht;
- die Auswirkungen auf den Finanzhaushalt berücksichtigt;
- Wettbewerbsverzerrungen verhindert.

### **Strategie 1: Lastenverteilung**

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

An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten.

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

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

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

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

### **Strategie 15: Vernetzung in der Langzeitversorgung**

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

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

### **Strategie 16: Übergangspflege**

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

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

Die Sicherstellung des Angebots der Hilfe und Pflege zu Hause ist Aufgabe der Gemeinden. Im Sinne des Grundsatzes "ambulant vor stationär" ist das Angebot so ausgestaltet, dass stationäre Strukturen entlastet werden.

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

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

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

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

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

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

Der Kanton tritt dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegen, indem er

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

## **1.3 Parlamentarische Vorstösse**

### **1.3.1 Postulat Barbara Roth**

Das Postulat Barbara Roth, Erlinsbach, vom 1. Juli 2008 betreffend Erhöhung der Tagestaxe für Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen oder Spitälern in der Verordnung zu § 2 Abs. 1 lit. a des Ergänzungsleistungsgesetzes Aargau (ELG-AG) (08.202) verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird aufgefordert, die Tagestaxen gemäss § 2 Abs. 1 lit. a des Ergänzungsleistungsgesetzes Aargau per 1. Juli 2008 so zu erhöhen, dass Personen in stationären Pflegeeinrichtungen oder Spitälern zur Finanzierung ihrer Aufenthalts-, Pflege- und Betreuungskosten nicht mehr auf die Ausrichtung materieller Hilfe der öffentlichen Sozialhilfe angewiesen sind."

Der Regierungsrat hat das Postulat mit der Erklärung entgegengenommen, dass die von der Postulantin verlangte Erhöhung der anrechenbaren Heimtaxe unter verschiedenen Gesichtspunkten geprüft werden müsse. Dazu gehörten insbesondere die Beschlüsse des Bundesrats im Zusammenhang mit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung.

### **1.3.2 Motion Beat Rüetschi**

Die (08.200) Motion Beat Rüetschi, Suhr, vom 1. Juli 2008 betreffend Ergänzung Pflegegesetz (PflG) und Pflegeverordnung (PflV) verlangt Folgendes:

"Der Regierungsrat wird beauftragt, den § 14 Abs. 3 dahingehend zu ergänzen, dass der Kanton schwerstpflegebedürftigen Patienten/innen zusätzliche Beiträge ausrichten kann."

Die Motion zielt darauf ab, dass für Schwerstpflegebedürftige Finanzierungslösungen zu suchen sind, die bei den Gemeinden nicht als Sozialhilfebeiträge hängen bleiben.

Die Motion wurde – entgegen dem Antrag des Regierungsrats auf Entgegennahme als Postulat – mit 83:32 Stimmen überwiesen.

## **2. Handlungsbedarf**

### **2.1 Allgemeine Bemerkungen**

Die neuen Bestimmungen des Bundes zur Pflegefinanzierung bedingen eine Anpassung des Pflegegesetzes (PflG) sowie später der Pflegeverordnung (PflV). Insbesondere die im PflG enthaltenen Finanzierungsbestimmungen sind mit dem neuen Bundesrecht nicht mehr kompatibel.

Die Teilrevision des PflG steht in einem direkten Zusammenhang zur überarbeiteten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010, die vom 4. Juni bis 9. Juli 2010 in der Vernehmlassung war. Aufgrund des vom Bund beschlossenen frühen Inkrafttretens der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 war es nicht – wie gewünscht – möglich, die Überarbeitung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 vorzuziehen und auf diesem Weg die politischen Weichen auch für die Umsetzung der Pflegefinanzierung zu stellen.

Vorgesehen ist jedoch, dass die parlamentarische Beratung der GGpl 2010, welche der Regierungsrat am 1. September 2010 beschlossen hat, vor der Beratung der Teilrevision des Pflegegesetzes erfolgen kann und somit eine Abstimmung zwischen diesen beiden Vorlagen möglich ist.

### **2.2 Zeitliche Umsetzung**

Die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene in Form einer Teilrevision des Pflegegesetzes ist auf den vom Bund festgelegten Zeitpunkt (1. Januar 2011) aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Zur Sicherstellung der Umsetzung auf den 1. Januar 2011 muss deshalb, gestützt auf § 91 Abs. 2<sup>bis</sup> lit. b Kantonsverfassung (KV), eine provisorische Regelung, eine sogenannte "befristete Übergangsverordnung", erlassen werden. Der Regierungsrat wird diese im November 2010 und somit in Kenntnis des Ergebnisses der 1. Beratung des Pflegegesetzes durch den Grossen Rat beschliessen. Das revidierte Pflegegesetz und die überarbeitete Pflegeverordnung können dann auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten und die Übergangsverordnung ablösen.

### **2.3 Kantonaler Handlungsspielraum**

Die Vorgaben des Bundesgesetzgebers lassen den Kantonen keinen allzu grossen Handlungsspielraum. Dieser besteht im Wesentlichen darin, die Höhe der Patientenbeteiligung (max. 20 %) sowie die Finanzierungszuständigkeit im Bereich der Restkosten der stationären und ambulanten Pflege sowie den Anteil der öffentlichen Hand in der Akut- und Übergangspflege (Kanton und/oder Gemeinden) festzulegen. Zudem bestehen Vorgaben durch die erwähnten überwiesenen parlamentarischen Vorstösse.

In der Übersicht lässt sich der Handlungsspielraum wie folgt darstellen

Thema	Vorgaben	Handlungsspielraum
<b>Stationäre Pflege</b>		
Patientenbeteiligung in der stationären Pflege	Höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrags gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV	Festlegung der Patientenbeteiligung zwischen 0 % und 20 %
Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege durch die öffentliche Hand	Keine	Festlegung Kostenträger Kanton und/oder Gemeinde
Finanzierungsmodell im Bereich der stationären Pflegekosten	Keine	Festlegung der Finanzierungsströme zwischen Leistungserbringer, Bewohner/-innen und Gemeinde.
<b>Ambulante Pflege</b>		
Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege	Höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrags gemäss Art. 7a Abs. 1 KLV	Festlegung der Patientenbeteiligung zwischen 0 % und 20 %
Finanzierung der Restkosten der ambulanten Pflege durch die öffentliche Hand	Keine	Festlegung Kostenträger Kanton und/oder Gemeinde.
Finanzierungsmodell im Bereich der ambulanten Pflegekosten	Keine	Festlegung der Finanzierungsströme zwischen Leistungserbringer, Patientinnen/Patienten und Gemeinde.
<b>Akut- und Übergangspflege</b>		
Akut- und Übergangspflege; Umfang des Angebots	Dauer 14 Tage; Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV (bezieht sich ausschliesslich auf Pflegeleistungen ohne Therapien und zusätzliche rehabilitative Massnahmen)	Inhaltliche Definition.
Finanzierung der Akut- und Übergangspflege durch die öffentliche Hand	Gemäss Regelung Spitalfinanzierung, das heisst 55 % gemäss Art. 7b KLV	Festlegung Kostenträger Kanton und/oder Gemeinde
Finanzierungsmodell im Bereich Akut- und Übergangspflege	Keine	Festlegung der Finanzierungsströme zwischen Leistungserbringer, Bewohner/-innen, Kanton und/oder Gemeinde.
<b>Sozialhilfebedürftigkeit und Schwerstpflege</b>		
Sozialhilfebedürftigkeit	Kanton muss dafür sorgen, dass durch den Aufenthalt in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird (Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG)	Handlungsspielraum im Rahmen des überwiesenen Postulats Barbara Roth.
Schwerstpflegebedürftigkeit	Keine	Handlungsspielraum im Rahmen der überwiesenen Motion Beat Rüetschi.

## 2.4 Zentrale Themen der Umsetzung der Pflegefinanzierung

### 2.4.1 Aufgaben- und Lastenverteilung

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die aktuelle Aufgaben- und Lastenverteilung des Kantons und der Gemeinden im Bereich des Gesundheitswesens (Basis Zahlen 2009) sowie die ab 2011 (Pflegefinanzierung) beziehungsweise ab 2012 (Spitalfinanzierung) hinzukommenden Kosten, unterteilt je in den Spital und den Pflegebereich. Die Bereiche, in denen die öffentliche Hand neu Mitfinanzierer ist, sind fett-kursiv gekennzeichnet. Trotz aktuell noch fehlender Rechtsgrundlage ist im Einklang mit dem AFP 2011–2014 auch bei den ausserkantonalen Spitälern sowie bei der Rehabilitation ein Gemeindeanteil von 40 % eingerechnet worden.

#### Spitalbereich (Daten aus dem AFP 2011–2014; Stand August 2010)

	Kanton (in Mio. Franken)		Gemeinden (in Mio. Franken)	
	2009	2012	2009	2012
Stat. Grundversorgung Regionalspitäler (60 %) <sup>1)</sup>	53	59	34	39
Stat. Grundversorgung Kantonsspitäler (60 %) <sup>1)2)</sup>	62	58	41	39
Spezialversorgung Kantonsspitäler Aarau und Baden (100 %) <sup>1)</sup>	65	96	---	---
Psychiatrischen Versorgung Psychiatrische Dienste Aargau (100 %) <sup>1)</sup>	39	54	---	---
Spezialkliniken (Klinik Barmelweid, Klinik Hasel) (60 %) <sup>1)</sup>	10	10	7	7
Herzchirurgie innerkantonal (Hirslandenklinik Aarau) (100 %)	4	4	---	---
Medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisationen (inkl. ausserkantonale Herzchirurgie) (100 % Differenzdeckung)	32	34	---	---
<b>Kantonale Privatspitäler</b>	---	<b>40</b>	---	<b>27</b>
<b>Ausserkantonale öffentliche Spitäler <sup>3)</sup></b>	---	<b>6</b>	---	<b>4</b>
<b>Ausserkantonale Privatspitäler <sup>3)</sup></b>	---	<b>11</b>	---	<b>7</b>
<b>Ausserkantonale Psychiatrieversorgung</b>	---	<b>11</b>	---	---
<b>Rehabilitationskliniken <sup>3)</sup></b>	---	<b>19</b>	---	<b>13</b>
<b>Ausserkantonale Rehabilitationskliniken <sup>3)</sup></b>	---	<b>4</b>	---	<b>2</b>
Total <b>(davon neue Spitalfinanzierung=144 Mio. Fr.)</b>	265	406	82	138

- 1) Die Prozentzahlen zeigen das Verhältnis der Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden gemäss den geltenden Bestimmungen des Spitalgesetzes (vgl. § 23)
- 2) Leistungen, die nicht zur Grundversorgung gehören, sind etwa Kinderchirurgie, Urologie, Ophthalmologie, Neurochirurgie etc.
- 3) Keine Rechtsgrundlage für Kostenanteil der Gemeinden (vgl. § 23 Abs. 2 SpiG).

## Pflegebereich

	Kanton (in Mio. Franken)		Gemeinden (in Mio. Franken)	
	2009	2011	2009	2011
Langzeitversorgung ambulant	---	---	20	> 20
<b>Langzeitversorgung stationär</b>	---	---	---	<b>46</b>
Anteil Sozialhilfe (28 %/72 %)	0,4	---	1,1	---
Ergänzungsleistungen	109 <sup>1)</sup>	116 <sup>1)</sup>	---	---
Akut- und Übergangspflege	---	0,3	---	0,2
Total <b>(davon neue Pflegefinanzierung)</b>	109,4	116,3 <b>0,3</b>	21,1	66,2 <b>46,2</b>

<sup>1)</sup> Entspricht den Aufwendungen des Kantons für Ergänzungsleistungen (ohne Hilflosenentschädigung). Die 109 Millionen Franken für das Jahr 2009 waren so in der Anhörungsvorlage ausgewiesen. Die Mehrkosten 2011 resultieren aus der Erhöhung der Vermögensfreibeträge (+7 Millionen Franken). Der im AFP 2011–2014 für das Jahr 2011 eingesetzte Betrag von 128,7 Millionen Franken umfasst die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung.

Die genannten Zahlen mit Mehrkosten basieren auf Annahmen und Hochrechnungen und sind vor allem in der Spitalfinanzierung mit gewissen Vorbehalten zu verwenden. Wichtige, für die Berechnung grundlegende Parameter wie zum Beispiel das Fallkostengewicht, die anzuwendende Baserate oder die Definition der SwissDRG sind auf Bundesebene noch nicht festgelegt. Die Berechnungen des Zusatzaufwandes für die öffentliche Hand in der Pflegefinanzierung sind dagegen verlässlicher. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist für die Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege sowie der Akut- und Übergangspflege mit einem jährlichen Mehraufwand von rund 46 Millionen Franken zu rechnen (Grundlage Statistik 2008). Parallel zur demografischen Entwicklung wird zukünftig auch der Mehraufwand bei den Restkosten der Pflege steigen (vgl. Tabelle Seite 18).

Mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung als Folge der KVG-Revision ergeben sich Zusatzbelastungen in der Grössenordnung von ca. 144 Millionen Franken

In der überarbeiteten Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 wird vor diesem Hintergrund in Strategie 1 die Aussage gemacht, dass die Finanzierung der Kosten im Gesundheitswesen bis anhin eine gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden war und dies grundsätzlich auch bleiben soll. Im Grundsatz richtig ist auch die heute bestehende Zuteilung der Verantwortlichkeit an den Kanton im Spitalbereich beziehungsweise an die Gemeinden im Langzeitpflegebereich. Zu hinterfragen ist dagegen – unter dem Blickwinkel aufgabenteilungsspezifischer Grundsätze (vgl. Art. 43a BV) – die Mitfinanzierung durch die jeweils andere Staatsebene.

Eine konsequente Aufgabenentflechtung in dem Sinne, dass Entscheid- und Finanzierungszuständigkeit vollständig zusammengelegt werden, das heisst Akutsomatik beim Kanton und Langzeitpflege bei den Gemeinden, war bereits schon im Rahmen des Projekts "Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden" ein Thema und ist seither periodisch Gegenstand politischer Diskussionen. Sie wurde auch in der Vernehmlassung zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung 2010 breit gefordert.

Sachlich gibt es kaum Argumente, die gegen eine solche Entflechtung sprechen würden. Es sind primär finanzpolitische Überlegungen, die gegen eine Umsetzung sprechen. Der Regierungsrat trägt sich deshalb mit der Absicht, im Rahmen einer übergeordneten Aufgaben und Lastenverteilung die Übernahme der Akutsomatik durch den Kanton beziehungsweise der Langzeitpflege durch die Gemeinden anzustreben. An der aktuellen Lastenverteilung Kanton und Gemeinden ist gesamthaft festzuhalten.

Zwecks Erhöhung der Transparenz über die Lastenentwicklung beim Kanton und den Gemeinden infolge der geplanten Reformen wurde parallel zur Budgetierung eine provisorische Gesamtsicht der finanziellen Auswirkungen erstellt. Erste Zwischenresultate wurden bereits im Juni 2010 den Mitgliedern des Konsultationsgremiums Kanton – Gemeinden (KKG) präsentiert und dem Schreiben der Gemeindeabteilung an die Gemeinden (Mitteilung 2/2010) beigelegt. In der Zwischenzeit wurde die Übersicht aktualisiert und an die aktuellen Planungen angepasst. Die Übersicht unterscheidet zwei Typen von Vorhaben:

- Vorhaben ohne eine Verschiebung der Aufgabenerfüllung zwischen Kanton und Gemeinden, deren finanziellen Auswirkungen durch die für die Umsetzung zuständige Ebene zu tragen sind
- Vorhaben mit einer Verschiebung der Aufgabenerfüllung zwischen Kanton und Gemeinden (Kantonalisierung, Kommunalisierung, Schaffung oder Anpassung einer Verbundaufgabe), deren finanziellen Auswirkungen im Grundsatz auszugleichen sind

### Tabelle: Vorhaben mit finanziellen Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden

Basis AFP 2011–2014 Stand: Juni 2010; in Mio. Franken; Belastungen (+) Entlastungen (-)

Vorhaben ohne Aufgabenverschiebung	2011		2012		2013		2014	
	K	G	K	G	K	G	K	G
Aufbau Polizeidichte	+1.9	+0.6	+3.0	+1.2	+4.1	+1.8	+5.1	+2.3
Lohndekret Lehrpersonen	+10.0	+5.0	+23.9	+11.9	+23.9	+11.9	+23.9	+11.9
Französischunterricht Primarschule	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+1.5	+0.8	+3.0	+1.6
Ferienregelung Lehrpersonen	+2.6	+1.4	+6.2	+3.3	+6.2	+3.3	+6.2	+3.3
Stärkung Volksschule	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+6.3	-1.4	+23.3	-3.2
Familienergänzende Kinderbetreuung	+0.0	+0.0	+0.0	+0.0	+4.2	+36.8	+6.2	+49.0
Neuordnung Pflegefinanzierung	+7.0	+46.0	+7.0	+47.0	+7.0	+48.0	+7.0	+49.0
Neuordnung Spitalfinanzierung	+0.0	+0.0	+90.6	+53.3	+91.9	+54.1	+93.3	+54.9
Totalrevision Jagdgesetz	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0	-0.1	+0.0
Vorhaben mit Aufgabenverschiebung	2011		2012		2013		2014	
	K	G	K	G	K	G	K	G
Kindes- und Erwachsenenschutzrecht	+0.0	+0.0	+11.0	-2.0	+11.0	-2.0	+11.0	-2.0
<i>Ausgleich Aufgabenverschiebung</i>	+0.0	+0.0	-6.5	+6.5	-6.5	+6.5	-6.5	+6.5
Kindes- und Erwachsenenschutzrecht nach Ausgleich	+0.0	+0.0	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5	+4.5
<b>Total</b>	<b>+21.4</b>	<b>+52.9</b>	<b>+135.1</b>	<b>+121.2</b>	<b>+149.6</b>	<b>+159.8</b>	<b>+172.5</b>	<b>+173.3</b>

Die finanziellen Auswirkungen der aufgeführten Vorhaben basieren auf denselben Annahmen, die dem AFP 2011–2014 zugrunde liegen. Es zeigt sich, dass über die nächsten vier Jahre sowohl der Kanton als auch die Gemeinden durch die geplanten Reformen finanziell belastet werden. Eine umfassende Beurteilung der Lastenentwicklung von Kanton und Gemeinden ist jedoch nur dann zulässig, wenn zusätzlich zu diesen Vorhaben auch die Kostendynamik der bestehenden Aufgaben (zum Beispiel Spitzenversorgung, Lehrerlöhne, Sonderschul- und Heimbereich, öffentlicher Verkehr etc.) sowie die Reformen und Projekte, welche nur den Kanton betreffen, berücksichtigt werden.

Mit Ausnahme des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts sind im AFP 2011–2014 keine Aufgabenverschiebungen zwischen dem Kanton und Gemeinden enthalten, die einen finanziellen Ausgleich erfordern. Die finanziellen Folgen der Umsetzung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts sollen hälftig geteilt werden, so dass der Kanton und die Gemeinden gleichermaßen um je 4,5 Millionen Franken belastet werden. Damit wird zugunsten der Gemeinden auf eine vollständige Kompensation der Aufgabenverschiebung von 11 Millionen Franken an den Kanton verzichtet. Der finanzielle Ausgleich erfolgt durch eine entsprechende Korrektur des NFA-Ausgleichs Kanton-Gemeinden im Bereich der Lehrerlöhne.

#### 2.4.2 Stationäre Pflege: Finanzierung der Restkosten

Das geltende Pflegegesetz regelt in § 14 die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen mit folgenden Grundsätzen:

- Vollkostendeckende Tarife und Taxen (das heisst inklusive Investitionen).
- Übernahme der nicht durch Versicherungsleistungen gedeckten Kosten durch die Leistungsbezügerinnen und -bezüger (=Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen).
- Beteiligung des Kantons im Rahmen der Ergänzungsleistungen, so dass *in der Regel* keine Sozialhilfebedürftigkeit entsteht.

Diese Finanzierung wird an den Gesamtkosten des Bedarfes gemessen. Es wird also nicht zwischen Pflegekosten und übrigen Kosten (Pensionstaxen, Betreuungskosten etc.) differenziert.

Die neuen Bestimmungen des KVG zur Pflegefinanzierung sehen vor, dass die OKP einen nach dem Pflegebedarf abgestuften Beitrag an die stationären Pflegeleistungen erbringt (max. Fr. 108.– pro Tag). Von der versicherten Person dürfen von den Pflegekosten, die nicht von Sozialversicherungen gedeckt werden, höchstens 20 % des höchsten Pflegebeitrages (20 % von Fr. 108.– = Fr. 21.60 pro Tag) überwältzt werden. Der Kanton muss die Restfinanzierung der Pflegekosten regeln.

Diese vom Bundesrecht vorgeschriebene Begrenzung der Patientenbeteiligung an den Pflegekosten führt dazu, dass die öffentliche Hand einen erheblichen Teil der Pflegeleistungen zu finanzieren hat. Diese Restkostenfinanzierung ist im Kanton Aargau eine neue Belastung. Aufgrund der aktuellen Berechnungen (Basis: Statistik 2008) kommen im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung zusätzliche Kosten von ca. 46 Millionen Franken auf die öffentliche Hand im Kanton Aargau zu. Diese Kosten werden entsprechend der demografischen Kurve in den kommenden Jahren weiter ansteigen.

Die folgende Darstellung der Restkosten bis ins Jahr 2025 basiert auf den Annahmen in der Pflegeheimkonzeption 2009 (gültig ab 2010).

	2007	Bis 2010	Bis 2015	Bis 2020	Bis 2025
80-Jährige und Ältere	22'092	25'121	30'190	34'914	43'017
Richtwert in %	26,4	25,1	23,2	21,4	19,7
Anzahl Pflegeplätze	5'832	6'305	7'004	7'472	8'474
<b>Restkosten in Mio. Fr.</b>	<b>42</b>	<b>45,2</b>	<b>50,4</b>	<b>53,8</b>	<b>61</b>

Diese Richtwerte zum Bedarf an stationären Pflegeplätzen gehen davon aus, dass die in der überarbeiteten GGpl vorgesehene Strategie "ambulant vor stationär"<sup>1</sup> durch die Gemeinden konsequent umgesetzt wird. In diesen Berechnungen nicht berücksichtigt ist, dass die konsequente Umsetzung der Strategie "ambulant vor stationär" dazu führt, dass auch weniger Heimbewohnerinnen und -bewohner mit geringem Pflegebedarf sich in der stationären Langzeitversorgung aufhalten werden. Damit werden der durchschnittliche Pflegebedarf und der Anteil der Restkosten tendenziell steigen.

Wie schnell und wie konsequent diese Strategie umgesetzt wird und wie sich die entsprechenden Effekte für die Kostenentwicklung auswirken, ist schwierig zu beurteilen und entbehrt heute den nötigen Grundlagen. Entsprechend wird dieser Faktor in der Kostenentwicklung erst dann eingerechnet, wenn die Grundlagen erhärtet sind.

Die Sicherstellung der Langzeitversorgung ist gemäss geltendem Pflegegesetz Aufgabe der Gemeinden. Diese Aufgabenteilung entspricht anerkannten aufgabenteilungsspezifischen Grundsätzen. Auch liegen die Möglichkeiten zur Steuerung im Langzeitpflegebereich primär bei den Gemeinden. Vor diesem Hintergrund ist es – auch wenn dieser Vorschlag in der Vernehmlassung seitens der Gemeinden mehrheitlich abgelehnt wurde (vgl. Ziffer 3.3) – gleichwohl folgerichtig, dass die zusätzlichen Kosten der Pflegefinanzierung (Restkosten) durch die Gemeinden übernommen werden.

Flankierend sind folgende Massnahmen beabsichtigt:

- Patientenbeteiligung:  
Erhebung der nach Bundesrecht maximal möglichen Patientenbeteiligung im stationären Bereich.
- Finanz- und Lastenausgleich:  
Berücksichtigung der Pflegekosten im stationären Bereich als zusätzliche Finanzbedarfsgrösse des ordentlichen Finanz- und Lastenausgleichs (FLA), um die demografischen Risiken bei den Gemeinden zu verringern.
- Definition der Restkosten im Rahmen einer kantonalen Taxordnung:  
Ein wichtiges Anliegen ist es, sicherzustellen, dass die Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden sich auf ein "übliches" Mass, das sich an den Kosten einer wirtschaftlich geführten stationären Pflegeeinrichtung orientiert, beschränkt. Der Bund hat es unterlassen, eine Definition beziehungsweise die Berechnung der Restkosten vorzunehmen und diesbezüglich Klarheit zu schaffen. Da es aber im Hinblick auf die Finanzierung durch die öffentliche Hand sehr wichtig ist, diese Restkosten zu definieren, sollen sie vom Kanton in einer ersten Phase normativ (in Form einer sogenannten "kantonalen Taxordnung") festgesetzt werden und erst in einer zweiten Phase kostenbasiert erfolgen. Eine solche kantonale Taxordnung dient dem Zweck, dass die Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden in einem vertretbaren Rahmen bleibt. Anzustreben ist mittelfristig allerdings die Festlegung auf Basis der effektiven Pflegekosten (Transparenz). Sie dämpft in bedeutendem Masse die Zunahme der Restkosten. Mit der normativen Methode sollen die Leistungserbringer in einer Übergangsphase die notwendige Zeit für die Anpassungen ihres Leistungsnachweises und ihrer Kostenrechnung erhalten. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2) sind die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung

---

<sup>1</sup> Der Grundsatz "Ambulant vor stationär" liegt bereits der aktuellen GGpl zugrunde. In der überarbeiteten GGpl 2010 wird dieser Grundsatz in der übergeordneten Strategie explizit verankert und damit verstärkt.



Die folgende Grafik enthält eine Gegenüberstellung der Kosten und der Kostenträger, wie sie dem System der neuen Pflegefinanzierung zugrunde liegt:

<b>Kosten</b>	<b>Kostenträger</b>
Arzt/Medikamente/ MiGel-Produkte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– OKP</li> <li>– Versicherte Person (10 % Selbstbehalt, Franchise)</li> </ul>
Pflegeaufwand	<ul style="list-style-type: none"> <li>– OKP</li> <li>– Versicherte Person (20 % max. OKP Beitrag)</li> <li>– <b>Restkosten öffentliche Hand</b></li> </ul>
Pensionskosten <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kost</li> <li>– Logis</li> <li>– Betreuung</li> <li>– Nebenkosten</li> </ul>	<p><b>Bewohner/innen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AHV Rente            eigene Mittel</li> <li>– Renten aus PK        eigene Mittel</li> <li>– Zins aus Vermögen eigene Mittel</li> <li>– Vermögensverzehr eigene Mittel</li> <li>– <b>Ergänzungsleistungen (EL)</b></li> <li>– <b>Hilflosenentschädigung (HE)</b></li> </ul> <p>Spezialfälle: Ungedeckte Kosten (zum Beispiel Schwerstpflegebedürftigkeit, bisherige Sozialhilfefälle)</p>
Externe Auslagen	
Persönliche Auslagen	
Investitionen	

Vor diesem Hintergrund sind im Wesentlichen zwei grundsätzliche Finanzierungsmodelle denkbar.

Bei einer reinen Subjektfinanzierung geht die vollständige Rechnung an die Leistungsbezüglerinnen und -bezügler, welche ihrerseits die ihnen zustehenden Vergütungsansprüche geltend machen, das heisst

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

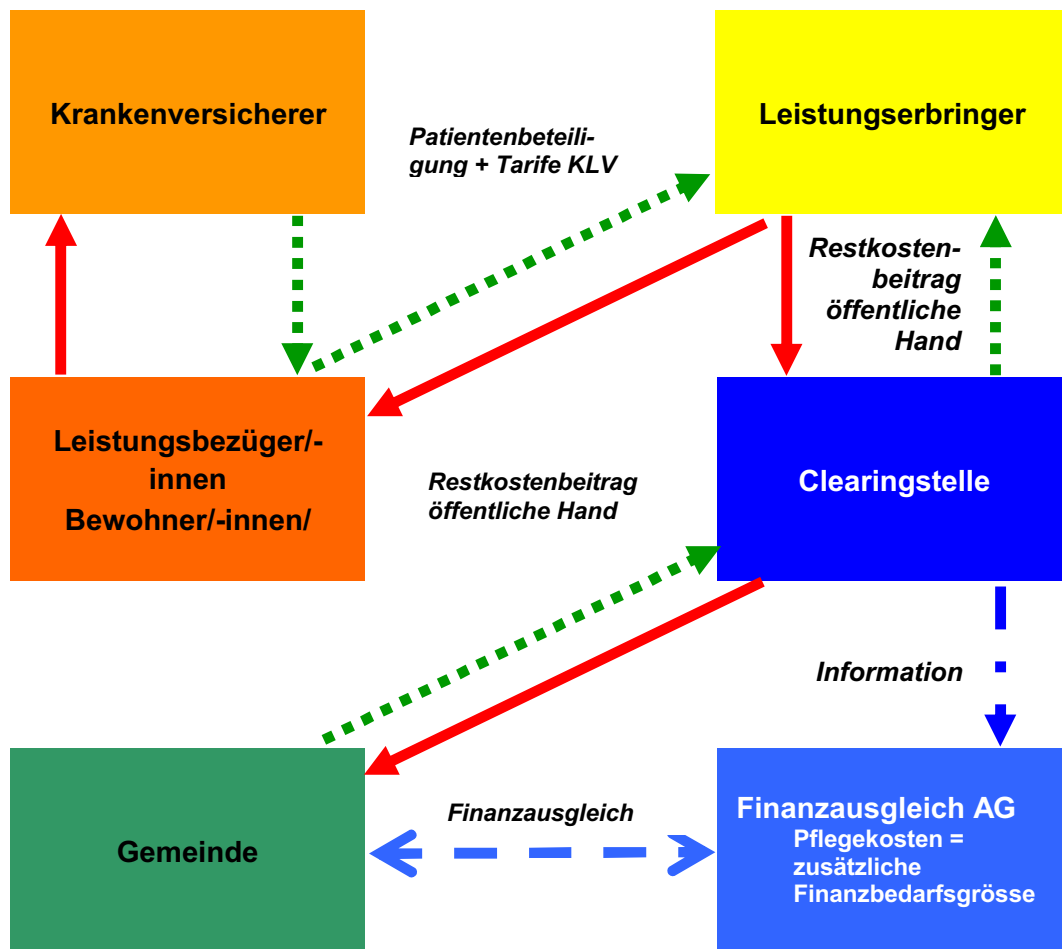
Das Modell der teilweisen Objektfinanzierung geht davon aus, dass dem Leistungserbringer die Restkosten der Pflege nicht via Leistungsbezüglerinnen und -bezügler, sondern direkt von der öffentlichen Hand vergütet werden. Bei diesem Modell wären zwei Varianten möglich, entweder die Rechnungsstellung der Restkosten der Pflege direkt an die zuständige Wohnsitzgemeinde oder an eine zentrale (kantonale) Clearingstelle. Für die Leistungserbringer ändert sich die Rechnungsstellung insofern, als sie neu zwei Rechnungsempfänger beziehungsweise Rechnungszahler haben. Die Leistungserbringer fakturieren ihre Leistungen einerseits wie bisher an die Leistungsbezüglerinnen und -bezügler (Patientenbeteiligung und Tarife KLV; übrige Kosten) sowie andererseits direkt an die Gemeinde oder die kantonale Clearingstelle (Restkosten der Pflege).

Für die Einsetzung einer kantonalen Clearingstelle sprechen verschiedene Gründe. Abgesehen davon, dass die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, aber auch die Gemeinden administrativ entlastet werden, hilft eine zentrale Clearingstelle dem Kanton und damit auch wieder den Gemeinden bei der Beschaffung der notwendigen Informationen über die Entwicklungen im Langzeitpflegebereich. Die Verfügbarkeit solcher Informationen und Daten für

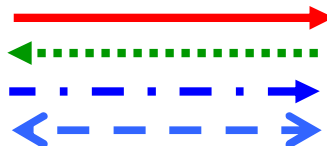
die laufende Überprüfung der Bedarfsplanung ist für Kanton und Gemeinden sehr wichtig. Die Clearingstelle übernimmt zudem, nebst der zentral organisierten Bezahlung der Leistungserbringer, auch die Meldung der kommunalen Aufwendungen an den Finanz- und Lastenausgleich sowie die Abklärung und Bereinigung anspruchsvoller Fälle, zum Beispiel im interkantonalen Bereich. Die Clearingstelle informiert die Gemeinden über statistische Entwicklungen der Restkostenfinanzierung.

Trotz gewisser Kritik am Modell der kantonalen Clearingstelle (vgl. Ziffer 3.4) hält der Regierungsrat aus den erwähnten Gründen an diesem Vorschlag fest.

Die Funktion der kantonalen Clearingstelle kann grafisch wie folgt dargestellt werden:



Rechnungsstellung:  
Rückvergütung/Bezahlung:  
Information:  
Finanzausgleich:



#### **2.4.4 Ambulanter Bereich: Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten**

Die Finanzierung der Pflege im ambulanten Bereich erfolgt nach geltendem Recht im Wesentlichen durch Beiträge der Krankenversicherer sowie durch Beiträge der Gemeinden (vgl. § 11 Abs. 1 und 4, § 12 Abs. 4 PflG). Eine eigentliche Kostenbeteiligung der Patienten und Patientinnen besteht – abgesehen von Selbstbehalt und Franchise – nicht. Die Hilfe zu Hause (hauswirtschaftliche Leistungen) wird darüber hinaus von den Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezügern sowie Dritten (zum Beispiel private Versicherung) mitfinanziert.

Die neuen Bestimmungen des KVG zur Pflegefinanzierung mit einer maximalen Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten gelten auch im Bereich der ambulanten Pflege. Der maximale Anteil der Patientenbeteiligung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG beträgt 20 % des höchsten von der OKP vergüteten Beitrages von Fr. 79.80 (=Fr. 15.95) pro Tag. Die Kantone haben auch für den ambulanten Bereich die Restfinanzierung zu regeln. Im Gegensatz zum stationären Bereich, bei dem die Patientenbeteiligung gegenüber geltendem Recht drastisch eingeschränkt wird, könnte im ambulanten Bereich eine Patientenbeteiligung – im Vergleich zum geltenden Recht – eingeführt werden.

Eine wesentliche Zielsetzung im Pflegegesetz ist die Entlastung stationärer Strukturen (vgl. § 12 Abs. 2 PflG). Mit dem Grundsatz "ambulant vor stationär" werden die ambulanten Strukturen gestärkt und damit die stationären Strukturen entlastet. Dieses Ziel soll unter anderem mit der Sicherstellung des in der Pflegegesetzgebung verbindlich festgelegten Mindestangebots der Hilfe und Pflege zu Hause durch die Gemeinden erreicht werden.

Eine konsequente Weiterführung dieses Grundsatzes führt zum Ergebnis, dass als Anreiz für die Patientinnen und Patienten für den Verbleib zu Hause auf eine Patientenbeteiligung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG verzichtet werden soll. Bei einer maximalen Patientenbeteiligung von Fr. 15.95 pro Tag im Vergleich zu jener im stationären Bereich (Fr. 21.60) ist der finanzielle Anreiz relativ gering, zumal die ambulante Versorgung im Umfeld der Patientinnen und Patienten weitaus höhere Anforderungen stellt. Bei einem Verzicht auf eine Patientenbeteiligung entspricht dies im Ergebnis dem heutigen Finanzierungssystem. Mit der Pflegeheimkonzeption vom 16. Dezember 2009, die seit Anfang 2010 in Kraft ist, hat der Regierungsrat die Richtwerte für die Planung stationärer Strukturen auch im interkantonalen Vergleich tief festgelegt. Er hat damit zum Ausdruck gebracht, dass der Fokus auf einer kostengünstigeren ambulanten Versorgung liegen soll. Auf diese Weise kann gleichzeitig eine gewisse Entlastung beim Ausbau der stationären Strukturen und somit auch bei der Restkostenfinanzierung erreicht werden. Nur mit dieser Strategie ist es möglich, dass die in der neuen Pflegeheimkonzeption festgelegten Richtwerte für die Planung stationärer Strukturen eingehalten werden können.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfiehlt den Kantonen den Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich.

Trotz gewisser Kritik im Vernehmlassungsverfahren (vgl. Ziffer 3.5) hält der Regierungsrat aus den erwähnten Gründen am Verzicht auf eine Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich fest. Immerhin soll im Pflegegesetz eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die es dem Regierungsrat erlaubt, je nach Entwicklung insbesondere im finanziellen Bereich, eine Patientenbeteiligung einzuführen. Der Verzicht auf die Patientenbeteiligung kommt al-

Irdings nur bei Leistungserbringern zur Anwendung, die im Auftrag der Gemeinde (Leistungsauftrag) tätig sind. Bei Pflege durch Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinde geht die Patientenbeteiligung zulasten der Leistungsempfänger. Potenzielle Leistungsbezügerinnen und -bezüger können bei der Gemeinde und bei der Beratungsstelle gemäss § 18 PflG erfahren, welche Organisation im Auftrag der Gemeinde tätig ist.

#### **2.4.5 Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung und Sozialhilfe (Postulat Barbara Roth)**

Gemäss geltendem Pflegegesetz soll der Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Regel nicht zu Sozialhilfebedürftigkeit führen (§ 14 Abs. 3 PflG).

Das (08.202) Postulat Barbara Roth, das vom Regierungsrat entgegengenommen worden ist, hat zum Ziel, dass Personen in stationären Pflegeeinrichtungen oder Spitälern zur Finanzierung ihrer Aufenthalts-, Pflege- und Betreuungskosten nicht mehr auf die Ausrichtung von Sozialhilfe angewiesen sind. Erreicht werden soll dies nach Auffassung der Postulantin durch eine Erhöhung der maximal anrechenbaren Tagestaxe gemäss kantonalem Ergänzungsleistungsgesetz.

Aktuell werden schätzungsweise von den Gemeinden ca. 1,5 Millionen Franken an Sozialhilfe für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen aufgewendet.

Der Regierungsrat hat bei der Entgegennahme des Postulats darauf hingewiesen, dass das damit verfolgte Anliegen unter verschiedenen Gesichtspunkten geprüft werde, insbesondere auch unter Einbezug der Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung.

Aufgrund der in der Vernehmlassung geäusserten Kritik (vgl. Ziffer 3.6) zum Vorschlag eines sog. Kostendeckungsbeitrags für Personen, bei welchen trotz allem noch ungedeckte Kosten verbleiben, wurde dieser nochmals eingehend überprüft. Aufgrund der folgenden Überlegungen rechtfertigt es sich, auf einen solchen, administrativ schwerfälligen Kostendeckungsbeitrag zu verzichten:

Folgende Massnahmen tragen zu einer weiteren Reduktion beziehungsweise zu einer weitestgehenden Eliminierung von Sozialhilfefällen bei:

- Die neue Pflegefinanzierung sieht vor, dass sich die Finanzierung der Pflegekosten nur am Pflegebedarf orientiert, nicht wie bis anhin an den Gesamtkosten des Bedarfs (Pflegesteuern, Pensionsteuern, Nebenkosten). Die finanzielle Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner nimmt ab. Das neue Finanzierungsmodell hat zur Folge, dass die heute in der Pflegeverordnung festgelegte maximal anerkannte Tagestaxe von Fr. 150.– im Vergleich zur heutigen Situation "mehr wert" ist.
- Die mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vorgenommene Erhöhung der allgemeinen Vermögensfreibeträge (Art. 11 Abs. 1 lit. c ELG) sowie die Erhöhung der Vermögensfreigrenze für selbstbewohntes Wohneigentum, wenn ein Ehepartner in einem Pflegeheim oder Spital gepflegt wird (Art. 11 Abs. 1<sup>bis</sup> ELG), tragen ebenfalls zu einer Reduktion möglicher Sozialhilfefälle bei.

- Mit der neu vorgeschlagenen Erhöhung der Tagestaxe um eine allenfalls bezogene Hilflosenentschädigung (vgl. dazu die Erläuterungen zur Fremdänderung von § 2 Abs. 2 ELG-AG) können in solchen Fällen maximale Tagestaxen von Fr. 168.73 (bei HE mittel) und Fr. 179.98 (bei HE schwer) in der EL berücksichtigt werden.

Hinzu kommt, dass mit den angestrebten Verbesserungen im Tarifbereich der stationären Pflegeeinrichtungen (Rechnungslegungsstandards, Harmonisierung, Transparenz) mittelfristig eine weitere Ursache für ungedeckte Kosten eliminiert werden soll. Mit ein wesentlicher Grund für Fälle mit ungedeckten Kosten sind nämlich die Heterogenität der Tarifstrukturen und die Spannweite der heutigen Tarife in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Aufgrund dieser verschiedenen Entwicklungen und Optionen ist ab 2011 von einer markanten Reduktion von Sozialhilfefällen auszugehen. Gleichwohl sollen die Entwicklungen genau beobachtet werden. Sollten die erwähnten Umstände nicht in dem Ausmass greifen, wie dies zu erwarten ist, wäre der Regierungsrat bereit, entsprechende Massnahmen zu treffen. Dies soll allerdings nicht solche Fälle betreffen, bei denen ungedeckte Kosten wegen des Verhaltens der betreffend Person entstehen (zum Beispiel Vermögensverzicht zugunsten von Angehörigen, der bei der EL angerechnet wird). In diesen Fällen wäre es weiterhin sachgerecht, die Übernahme von ungedeckten Kosten im Rahmen der Sozialhilfe zu prüfen, wo auch entsprechende Instrumente (zum Beispiel Verwandtenunterstützungspflicht) zur Verfügung stehen.

#### **2.4.6 Pflege und Betreuung schwerstpflegebedürftiger Langzeitpatienten/innen (Motion Beat Rüetschi)**

Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit sind selten. Finanziell sind sie für die betroffenen Patientinnen und Patienten und deren Angehörige aber sehr belastend. Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit können nach den Erfahrungen pro Jahr mehrere Hunderttausend Franken kosten. Nach geltendem Recht werden die Kosten – soweit nicht die betroffene Person und/oder deren Angehörige dazu in der Lage sind und keine anderen Finanzierungsquellen zur Verfügung stehen – über die Sozialhilfe bezahlt. Die (08.200) Motion Beat Rüetschi zielt darauf ab, für Schwerstpflegebedürftige Finanzierungslösungen zu suchen, die bei den Gemeinden nicht als Sozialhilfebeiträge hängen bleiben. Die Motion wurde – entgegen dem Antrag des Regierungsrats auf Entgegennahme als Postulat – überwiesen.

Es ist wichtig, dass die Finanzierungsentscheidung für solche Fälle nach klaren Kriterien gefällt werden kann. Es geht hier nicht um Patientinnen und Patienten mit hohem Pflegebedarf, die grundsätzlich im Rahmen der Pflichtleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetzgebung (vgl. Art. 7 und 7a KLV) durch die Krankenversicherer finanziert werden können, sondern um Patientinnen und Patienten mit einem klar definierten Schwerstpflegebedarf, deren Pflegeaufwand nicht im genannten Rahmen abgegolten werden kann und somit eine erhebliche Deckungslücke entstehen lässt.

Ungedeckte Kosten bei Schwerstpflegebedürftigkeit sollen dem Leistungserbringer von der kantonalen Clearingstelle auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung vergütet und nach Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt werden. Damit kann sichergestellt werden, dass ein Fall von Schwerstpflegebedürftigkeit mit enorm hohen Kosten für die betroffe-

ne Gemeinde nicht mehr zum finanziellen Risiko wird. Mit diesem Vorschlag kann dem Anliegen der Motion Beat Rüetschi Rechnung getragen werden

Künftig sollen zudem Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit in einer dafür geeigneten stationären Einrichtung behandelt und betreut werden. Mit der Erteilung eines Leistungsauftrags mit definierten Tarifen an eine spezialisierte Klinik können die Voraussetzungen geschaffen werden, dass künftige Fälle von schwerstem Pflegebedarf adäquat finanziert werden können.

Die Beurteilung dieser Fälle und die Zuweisung an geeignete Institutionen sollen durch Fachärztinnen und -ärzte individuell erfolgen. Dabei orientieren sie sich an Diagnosen und entsprechenden Kriterien. Bei den bekannten, im Kanton Aargau aufgetretenen Fällen handelte es sich ausnahmslos um Patientinnen und Patienten mit einer Tetraplegie, die aufgrund ihrer Querschnittlähmung nicht mehr selbstständig atmen konnten und permanent beatmet werden mussten. Es sind aber weitere, unfallbedingte oder degenerative Erkrankungen denkbar, die eine Beatmung bedingen und damit die Zuweisungskriterien erfüllen. Der Grund dafür, weshalb eine spezialisierte Klinik beauftragt werden soll, ist auf die Erfüllung des Kriteriums der Beatmung zurückzuführen. Diese bedingt folgende Anforderungen:

- ausgebildetes Fachpersonal
- Schnellintervention während 7 x 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr.
- Beatmungsgeräte

Aufgrund dieser personellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen ist es zweckmässig, dass solche Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit an einer geeigneten Klinik zentral behandelt und betreut werden. Auf diese Weise können entsprechende Synergien genutzt werden.

Schwerstpflegebedarf ist von schwerem Pflegebedarf zu unterscheiden. Die Pflege von Patienten mit Tetraplegie oder mit einer Multiplen Sklerose und vollständiger Bewegungsunfähigkeit, aber mit noch selbstständiger Atmung beispielsweise ist ein schwerer Pflegebedarf, der mit hohem Aufwand verbunden ist. Dieser ist im Rahmen der KVG-pflichtigen Leistungen nach Pflegefinanzierung abzurechnen. Die Beatmung bedeutet eine zusätzliche massive Steigerung des Aufwandes, begründet damit Schwerstpflegebedarf und ist nach Pflegefinanzierung nicht abrechenbar. Es resultiert eine massive Deckungslücke zwischen Versicherungsleistungen und anfallenden Kosten, die auf die geschilderte Art und Weise geschlossen werden soll.

#### **2.4.7 Akut- und Übergangspflege**

Übergangspflege gehört nach geltendem Recht zum Angebot, das die Gemeinden sicherzustellen haben (§ 11 Abs. 3 lit. b PflG) und ist im Detail in § 17 PflG geregelt. Deren Finanzierung richtet sich nach den ordentlichen Bestimmungen gemäss § 14 PflG. Seit dem Inkrafttreten des Pflegegesetzes wurde die Etablierung der Übergangspflege im Rahmen von Pilotprojekten, die vom Kanton finanziert wurden, in Angriff genommen. De facto haben die Gemeinden bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Bereich Übergangspflege keine Aufgaben wahrnehmen und auch keine finanziellen Lasten tragen müssen.

In Art. 25a Abs. 2 KVG werden neu die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, geregelt. Sie müssen im Spital ärztlich angeordnet werden. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege werden von der (OKP) und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a KVG) vergütet. Dabei handelt es sich, entgegen der genannten Regeln im Rahmen der Spitalfinanzierung, einzig um eine Vergütung der Pflegeleistungen (Art. 7 Abs. 2 KLV). Das heisst, dass die Kosten der Hotellerie nicht zulasten der Krankenversicherer beziehungsweise der öffentlichen Hand gehen. In Art. 7b Abs. 1 und 2 KLV sind die Anteile der Kostenübernahme zwischen Kanton und Versicherer geregelt. Der Anteil der öffentlichen Hand beträgt mindestens 55 %, jener der Krankenversicherer höchstens 45 % (Art. 7b KLV). Versicherer und Leistungserbringer haben Pauschalen zu vereinbaren (Art. 25a Abs. 2 KVG). In diesem Zusammenhang ist auf die von Nationalrätin Ruth Humbel am 19. März 2010 eingereichte Motion 10.3271 "Gesetzeskonforme Umsetzung der Pflegefinanzierung" hinzuweisen. Die Motion verlangt eine unverzügliche gesetzeskonforme Umsetzung der Akut- und Übergangspflege gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung in dem Sinne, dass die von Krankenversicherern und Kanton zu übernehmenden Vollkosten die Kosten der Pflege, Behandlung inklusive Hotellerie umfassen. Der Bundesrat beantragt mit seiner Erklärung vom 11. Juni 2010 die Ablehnung der Motion mit der Begründung, aus den Gesetzesberatungen gehe nicht hervor, dass die Aufenthalts- und Hotelleriekosten während der befristeten Dauer der Akut- und Übergangspflege ebenfalls zu übernehmen seien. Die Motion wurde im Nationalrat noch nicht behandelt.

In Art. 8 Abs. 6 und 7 KLV wird die maximale Dauer der Akut- und Übergangspflege auf zwei Wochen fixiert. Gemäss Bundesgesetzgebung (Art. 7 Abs. 2<sup>ter</sup> KLV) kann die Akut- und Übergangspflege sowohl von ambulanten als auch von stationären Anbietern geleistet werden. Mit dieser Bestimmung wurden vom Bundesgesetzgeber zwei Begrifflichkeiten miteinander verbunden, die bisher separat betrachtet wurden.

Aufgrund der entsprechenden Kritik im Vernehmlassungsverfahren (vgl. Ziffer 3.8) sollen die Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht von den Gemeinden allein, sondern vom Kanton und den Gemeinden in gleicher Weise wie die Grundversorgung in den Spitälern, das heisst 60 % Kanton und 40 % Gemeinden getragen werden. Die Kontroverse darüber, ob die Akut- und Übergangspflege zum Akutbereich oder zum Pflegebereich gehört, aber auch die Befürchtungen, dass damit Verschiebungen vom Akutbereich in den Langzeitbereich, kostenmässig somit vom Kanton zu den Gemeinden, stattfinden, würden mit einer solchen Lösung obsolet. Im Hinblick auf die Gewährleistung eines wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Angebots (Vermeidung der Bereitstellung von Überkapazitäten, ausreichender case load beziehungsweise Fallhäufigkeit zur Sicherstellung der Qualität) soll die Akut- und Übergangspflege zunächst für eine befristete Zeit (Pilotprojekt) auf stationäre Leistungserbringer beschränkt werden. Diese Zeit soll dazu genutzt werden, Erfahrungen zur Bedarfsfrage zu sammeln. Ein solches Vorgehen wird von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfohlen und ist auch in anderen Kantonen so vorgesehen.

Das Angebot der Übergangspflege entspricht dem revidierten KVG und wird gemäss den Regeln der Spitalfinanzierung bezahlt, wobei die Hotelleriekosten zulasten der Nutzer gehen. Die übrigen Kosten trägt die öffentliche Hand. Das Mengengerüst und damit die Grössenordnung dieser Kosten lassen sich aufgrund der bislang fehlenden Erfahrungswerte bezüglich Anzahl Patientinnen und Patienten in der Übergangspflege erst vermuten. Erste Zahlen

aus dem Kanton Bern schätzen mit einem Bedarf von 2.2 % aller, resp. 9.5 % der über 75-jährigen Patientinnen und Patienten pro Jahr. Das bedeutete für den Aargau jährlich rund 1'900 Fälle in der Übergangspflege (Schlussbericht Projekt Übergangspflege im Kanton Bern 2005). Aufgrund der bisherigen Erfahrungen im Pilotprojekt Übergangspflege des Kantons Aargau rechnen die Verantwortlichen allerdings mit einem zögerlichen Gebrauch des Angebots. Es entstehen nach vorsichtiger Schätzung durch die spezielle Abrechnungsform pro Jahr maximale Kosten von Fr. 500'000.–.

Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege richtet sich wie erwähnt nach den Grundsätzen der Spitalfinanzierung, das heisst der Beitrag der öffentlichen Hand beträgt mindestens 55 % und derjenige der Krankenversicherer höchstens 45 % (Art. 7b Abs. 1 KLV). Der Anteil der öffentlichen Hand muss bis zum 31. März des Vorjahres vom Wohnkanton festgelegt werden.

Angesichts aller offenen Fragen rund um die neue Akut- und Übergangspflege ist es naheliegend, den Anteil der öffentlichen Hand vorerst auf das Minimum, das heisst 55 %, festzulegen. Die Evaluation des Pilotprojekts soll auch Aussagen über die zweckmässige Höhe des Anteils der öffentlichen Hand erlauben.

Weder das Bundesrecht noch das kantonale Recht enthalten eine Regelung über die formelle Zuständigkeit für den betreffenden Beschluss. Da es sich um eine organisationsrechtliche Frage des Kantons handelt, hat der Bundesgesetzgeber zu Recht keine Regelung erlassen. Mangels einer ausdrücklichen Regelung im kantonalen Recht ist die Zuständigkeit für diesen Beschluss durch Auslegung zu bestimmen. Die verbindliche Festlegung des Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand präjudiziert in umfassender Weise den späteren Budgetkredit über die Kostenanteile des Kantons. Daher ist es naheliegend, die Zuständigkeit für diesen Beschluss aus der Budgethoheit des Grossen Rats abzuleiten, der im Rahmen des Budgets den rund 8 Monate vorher gefällten Beschluss über den Finanzierungsanteil des Kantons nicht mehr ändern darf. Da es sich bei der Festlegung des Finanzierungsanteils nicht um einen Ausgabenbeschluss handelt (dieser erfolgt später im Rahmen des Budgets), untersteht diese Festlegung nicht dem fakultativen Referendum gemäss § 63 Abs. 1 KV. In diesem Sinne wird dem Grossen Rat im Rahmen der vorliegenden Botschaft mit Ziffer 3 die Festlegung des Kantonsanteils für die Akut- und Übergangspflege per 2011 auf 55 % beantragt.

### **3. Ergebnisse der Vernehmlassung und daraus resultierende Umsetzungsvorschläge**

#### **3.1 Allgemeines**

Das Anhörungsverfahren wurde im Zeitraum vom 6. April 2010 bis 31. Mai 2010 durchgeführt. Es wurden rund 400 Vernehmlassungsadressaten angeschrieben und eingeladen, zur Gesetzesrevision Stellung zu nehmen. Es wurden politischen Parteien, Gemeinden sowie gemeindenahe Institutionen, Regionalplanungsverbände, Alters- und Pflegeheime sowie Interessenvertretungen (Berufs- und Fachverbände) befragt. Mit den Anhörungsunterlagen verschickt wurde zusätzlich ein Fragebogen.

Innerhalb der Anhörungsfrist sind 233 Fragebogen retourniert worden, was einer Rücklaufquote von 60 % entspricht. Von den Parteien haben sich die BDP, CVP, EDU, EVP, FDP, SVP, SP, die Grünen und Jungparteien geäußert. Von den angeschriebenen Gemeinden haben sich 152 (70 %) geäußert, wobei sich davon rund ein Viertel der Vernehmlassung eines Verbandes (zum Beispiel Gemeindeammännerversammlung des Kantons Aargau, Aargauischer Gemeindeforscherverband) angeschlossen haben.

Die Beteiligung der einzelnen Gruppen kann der folgenden Tabelle entnommen werden.

Gruppe	Anzahl Adressaten	eingegangene Antworten	Quote
Parteien	20	10	53 %
Gemeinden	220	154	70 %
Gemeindenaher Organisationen	8	4	50 %
Regionalplanungsverbände	13	8	62 %
Pflegeheime	109	42	38 %
Interessenvertreter	13	9	64 %
Diverse Institutionen	7	5	71 %
Total	390	233	60 %

Mehr als die Hälfte der Vernehmlassenden haben die Kernfragen nach der Finanzierung mit "nein" oder "eher nein" beantwortet. Die eher zurückhaltende Gesamtbeurteilung ist zu relativieren, weil die Gruppe der Gemeinden, gemeindenaher Organisationen und Regionalplanungsverbände mit insgesamt 167 von 233 Rückmeldungen statistisch überwiegt. Diese Gruppe hat mit Verweis auf die mangelnde Transparenz insbesondere die Übernahme von Kosten im Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung sowie – als konsequente Folgerung – die Gesamtvorlage (Frage 8) grossmehrheitlich abgelehnt. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass die Gruppe mit Hinweis auf die konstruktive Zusammenarbeit und Lösungsfindung die nicht die Finanzierung betreffenden Fragen mit Vorbehalt gleichwohl beantwortet hat. Zwei Drittel der Alters- und Pflegeheime beurteilen die Vorlage insgesamt positiv, ein Drittel beurteilt sie als zufriedenstellend. Bei den Parteien waren die Rückmeldungen unterschiedlich. CVP, EVP und SP finden die Vorlage gut, die EDU zufriedenstellend. Ungenügend wird die Vorlage von BDP und SVP eingeschätzt. Die FDP hat keine Gesamtbeurteilung abgegeben.

Details zur Auswertung sowie die darauf gestützten Umsetzungsvorschläge werden in den nachfolgenden Kapiteln ausgeführt.

### 3.2 Aufgaben- und Lastenverteilung

Die vorgesehene Regelung, die aktuelle Lastensymmetrie zwischen Kanton und Gemeinden in Bezug auf die Gesundheitskosten vorläufig beizubehalten und der Vorschlag, dass die Kosten der Umsetzung der Pflegefinanzierung von den Gemeinden getragen werden, wird von den Vernehmlassungspartnern heterogen beurteilt. Die Mehrheit der Parteien (88 %) und der Pflegeheime (83 %) befürworten den Vorschlag. Dabei wurde seitens der Parteien erwähnt, dass eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen sei (BDP, CVP). Es wird auch gefordert, dass der Grundsatz, die stationäre Spitalbehandlung beim Kanton und die Langzeitpflege bei den Gemeinden anzusiedeln, umzusetzen sei (zum Beispiel FDP). Die SVP lehnt den Vorschlag mit "eher nein" und dem Verweis auf das grundsätzliche Nein zur Frage der Restkostenübernahme durch die Gemeinden ab.

Auf grosse Ablehnung stösst der Vorschlag bei Gemeinden nahestehenden Verbänden (80 %). Die Ablehnung bei den Gemeinden ist mit 57% weniger deutlich. Insbesondere weisen die Gemeinden und Verbände darauf hin, dass sie für eine allfällige Kostenübernahme zuerst die vollkommene Klarheit über die gesamten Mehrkosten der KVG-Revision bräuchten. Sie fordern den Abbruch des geplanten Vorgehens, die Restkostenübernahme für das Jahr 2011 durch den Kanton und eine Darstellung der gesamten Mehrkosten aus der KVG-Revision. Auch der Branchenverband Kliniken und Heime (VAKA) sowie 10 Pflegeheime unterstützen die Forderung nach transparenter Darstellung der gesamten Mehrkosten. Im Rahmen der Überarbeitung wird dem Anliegen der Gemeinden, die Gesamtkosten der KVG-Revision darzustellen, Rechnung getragen. Es werden unter Ziffer 2.4.1 die zu erwartenden Mehrkosten bei Kanton und Gemeinden dargestellt.

Die Gemeindeammännerversammlung, der Gemeindegemeinschaftsverband, der Verband der Finanzverwalter sowie ca. 40 Gemeinden fordern, vorbehaltlich der grundsätzlichen Ablehnung der Restkostenübernahme und der Finanzierung der im Jahr 2011 anfallenden Kosten durch den Kanton, folgende Finanzierungslösung:

- Für die Spitalfinanzierung ist ab 2012, ohne Kostenanteil der Gemeinden, der Kanton zuständig
- Für die Pflegefinanzierung sind ab 2012 die Gemeinden zuständig.

Es wird vom Gemeindegemeinschaftsverband zudem gefordert, dass die Spital- und Pflegefinanzierung aus dem Finanz- und Lastenausgleich zu entfernen sei. Mit Blick auf den Ausgleich der Lasten im Gesundheitswesen zwischen Kanton und Gemeinden wird gefordert, dass im Fall der Kostensteigerung beim Kanton kein Ausgleich erfolgen soll, sondern vielmehr der Staatssteuereffort zu erhöhen sei.

Der Forderung, dass der Kanton die Kosten der Pflegefinanzierung ganz beziehungsweise zumindest für das Jahr 2011 übernehmen solle und entsprechend die Lastenverteilung zwischen den beiden Hauptaufgaben im Gesundheitswesen nicht mehr zur Anwendung kommen soll, kann nicht entsprochen werden. Auch die kritischen Vernehmlassungspartner im Umfeld der Gemeinden stellen die strategische Zielsetzung der Beibehaltung der aktuellen Lastenverteilung nicht grundsätzlich in Frage. Kritisiert wurde vielmehr die fehlende Gesamtübersicht über die Zusatzkosten aus der Pflege- und der Spitalfinanzierung. Mit den nunmehr vorliegenden detaillierten Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen der neuen Pflege- und Spitalfinanzierung wird die verlangte Gesamtübersicht vorgelegt (Ziffer 2.4.1). Die Forderung nach vollständiger Zuweisung der Spitalfinanzierung an den Kanton kann in einer künftigen übergeordneten Gesamtbetrachtung, das heisst in auch andere Aufgabenbereiche mit einbeziehenden neuen Modellen der Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden, berücksichtigt werden.

### **3.3 Finanzierung der Restkosten der stationären Pflege**

Die vorgeschlagene Regelung, wonach die Kosten der Umsetzung der Pflegefinanzierung von den Gemeinden getragen werden, wird von den Vernehmlassungspartnern unterschiedlich beurteilt. Die Mehrheit der Pflegeheime (>80 %) und der Parteien (75 %) befürwortet den Vorschlag. Dabei wird seitens der Parteien vor allem darauf hingewiesen, dass die Regelung folgerichtig aus dem Pflegegesetz abzuleiten sei (EVP, CVP). Es wird darauf hingewiesen,

dass auf der Basis des Spitalgesetzes die stationäre Spitalbehandlung beim Kanton und auf der Basis des Pflegegesetzes die Langzeitpflege bei den Gemeinden angesiedelt sei (zum Beispiel FDP). Mit der Teilrevision würden diese Grundsätze vollzogen. Es wird zudem darauf aufmerksam gemacht, dass die Kompetenz und die Möglichkeiten zur Steuerung des Angebots in der Langzeitpflege bei den Gemeinden liegen und aus dieser Sicht die Finanzierung durch die Gemeinden richtig sei (EDU). Verschiedene Parteien weisen darauf hin (BDP, SVP, SP), dass eine Gesamtübersicht über die zusätzlichen Kosten der Pflege- und Spitalfinanzierung transparent aufzuzeigen sei.

Mit der gleichen, bereits unter Ziffer 3.2 erwähnten Begründung (Übersicht über gesamte Kosten, Restkostenübernahme 2011 durch den Kanton) stösst der Vorschlag bei den Gemeinden (85 %) und bei den Gemeinden nahestehenden Verbänden (80 %) auf grosse Ablehnung. Die geforderte Kostenübersicht ist wie bereits erwähnt unter Ziffer 2.4.1 dargestellt:

Der Forderung, dass der Kanton die Kosten ganz beziehungsweise zumindest für das Jahr 2011 übernehmen soll, kann nicht entsprochen werden. Die Sicherstellung der Langzeitversorgung ist gemäss geltendem Pflegegesetz Aufgabe der Gemeinden. Diese Aufgabenteilung entspricht anerkannten aufgabenteilungsspezifischen Grundsätzen. Auch liegen die Möglichkeiten zur Steuerung im Langzeitpflegebereich primär bei den Gemeinden. In den vergangenen Jahren haben die Gemeinden durchschnittlich eine positive finanzielle Entwicklung und eine tiefe Verschuldung pro Kopf realisieren können. Die Mehrbelastung durch die Pflegefinanzierung ist für die Gemeinden grundsätzlich verkraftbar, demografische Risiken werden durch den Finanz- und Lastenausgleich aufgefangen. Vor diesem Hintergrund ist es – auch wenn dieser Vorschlag in der Vernehmlassung seitens der Gemeinden mehrheitlich abgelehnt wird – folgerichtig, dass die zusätzlichen Kosten der Pflegefinanzierung (Restkosten) durch die Gemeinden übernommen werden.

### **3.4 Finanzierungsmodell im Bereich der stationären Pflegekosten**

Die Schaffung einer kantonalen Clearingstelle (CS) wird grossmehrheitlich befürwortet. Die Parteien äussern sich vorwiegend positiv (75 %). Insbesondere werden Effizienzgründe (BDP, SP), das Monitoring der Kostenentwicklung (SP) und die Nivellierung der demografischen Risiken durch die Anrechnung im Finanz- und Lastenausgleich (Grüne) genannt. Trotz grundsätzlicher Zustimmung wird die Beschränkung auf administrative Aufgaben gefordert (FDP). Zudem werden inhaltliche Präzisierungen angebracht (CVP, BDP). Von den grossen Parteien lehnt nur die SVP die CS grundsätzlich ab. Sie begründet die Ablehnung damit, dass die Beziehungen der Pflegeheime mit den Gemeinden gut seien und deshalb eine kantonale Clearingstelle nicht nötig sei. Die Pflegeheime (98 %) und die Interessenvertreter (90 %) stimmen der CS fast geschlossen zu. Dabei verweisen die Pflegeheime auf den geringeren Aufwand, die Debitorensicherheit und die Entlastung der Gemeinden. Die Hälfte der Gemeinden (51 %) befürwortet die CS mit ähnlicher Argumentation. Die genannten Gemeindevertreter befürworteten, unter Vorbehalt der grundsätzlichen Ablehnung der Vorlage, die Schaffung einer Clearingstelle. Dabei bemerken sie, dass diese Koordinationsstelle sinnvoll sei. Die Kosten für die CS seien aber vom Kanton zu tragen, da die Gemeinden keinen Einfluss auf die Clearingstelle hätten.

Dieser Forderung kann teilweise entsprochen werden. Die fachlichen Aufwendungen im Sinn von Tarifabklärungen und juristischen Fragen gehen zulasten des Kantons. Die administrativen Kosten werden den Gemeinden mit einem Grundbeitrag in Rechnung gestellt. Die Kontroll- und Mitsprachemöglichkeit der Gemeinden wird sichergestellt. Es wird vorgeschlagen, ein aus Gemeindevertretungen zusammengesetztes Gremium zu bilden, welches die Tätigkeit der kantonalen Clearingstelle beaufsichtigt.

Die Kosten welche aus der administrative Aufwendungen entstehen, sollen den Gemeinden übertragen werden. Der untenstehenden Kostenzusammenstellung kann entnommen werden, dass die administrativen Kosten aufgrund der synergetischen Effekte verhältnismässig tief sind und den Gemeinden zumutbar sind. Die Aufwendungen der einzelnen Gemeinden bei der individuellen kommunalen Bearbeitung wären ungleich höher.

Die Kosten für die Clearingstelle werden wie folgt berechnet:

- Aktuell wird die Software analog dem Pflichtenheft ausgeschrieben und evaluiert. Erste Schätzungen zeigen, dass mit Anschaffungskosten von weniger als Fr. 150'000.– gerechnet werden kann.
- Die jährlichen Betriebskosten der Software werden mit Fr. 50'000.– veranschlagt.
- Beim Personalaufwand der Clearingstelle im Bereich der Sachbearbeitung wird in der Einführungsphase mit zwei Vollzeitstellen, bei etabliertem Betrieb und voller Funktionalität der Software mit einer Vollzeitstelle gerechnet. Dazu kommen Führungs- und Koordinationsaufwand von einer halben Stelle.
- Der explizite Softwareaufwand, die Sachbearbeitungsstellen und der Führungs- und Koordinationsaufwand werden über die Clearingstelle an die Gemeinden weiterverrechnet.
- Die fachliche Unterstützung im Sinne von Tarif- Rechnungslegungs-, Pflege- und Rechtsfragen, wird wie bis anhin von den entsprechenden internen Fachpersonen DGS geleistet und basiert auf der Aufsicht- und Informationspflicht des Kantons. Diese Kosten gehen folgerichtig zulasten des Kantons.
- Die Infrastrukturen sind im DGS (Abteilung Gesundheitsversorgung) vorhanden und werden anteilmässig den Gemeinden weiterverrechnet.

Die Betriebskosten der Clearingstelle, welche den Gemeinden weiterverrechnet werden belaufen sich auf ca. Fr. 250'000.– bis 300'000.– oder ca. Fr. 0.50 pro Gemeindeeinwohner.

### **3.5 Kostenbeteiligung der Patienten/innen im ambulanten Bereich (Spitex)**

Der Verzicht auf die Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich erfährt bei allen Befragungsgruppen mit unterschiedlicher Ausprägung Zustimmung. Die Gemeinden (70 %), die Interessenvertreter (80 %) und die Regionalplanungsgruppen (75 %) befürworten den Vorschlag deutlich. Aber auch die Pflegeheime (59%), die Parteien (63 %) und die Gemeindevertreter (60 %) stimmen klar zu. FDP, SVP und der Gemeindeammännerverband lehnen den Vorschlag ab. Insgesamt wird dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und der damit verbundenen Entlastung von stationären Strukturen deutlich zugestimmt. Der Gemeindegemeinschaftsverband und der Verband der Finanzverwalter Aargauischer Gemeinden fordern, diese Kosten zwingend als Finanzbedarfsgrösse beim ordentlichen Finanz- und Lastenausgleich zu berücksichtigen.

Aufgrund der breiten Zustimmung wird am Vorschlag, unter Einbezug der Ergänzung, dass der Verzicht auf Patientenbeteiligung nur bei den von den Gemeinden mandatierten Leistungserbringern zur Anwendung kommt, festgehalten.

Auf die Berücksichtigung im FLA wird vorerst nicht eingetreten. Das aktuelle Finanzierungssystem gestattet es nicht, die Aufwendungen der Gemeinden mit einem vernünftigen administrativen Aufwand zu erheben. Es müsste bei jeder einzelnen Gemeinde die entsprechenden Zahlen erhoben und verifiziert werden. Einzig den Einbezug des Spitexbereichs in das Clearingsystem der stationären Pflege würde aus der Sicht des Finanzausgleichs den Einbezug mit vertretbarem Aufwand erlauben. Ob das insgesamt ein verhältnismässiger Aufwand darstellt ist zumindest fraglich.

Der Aufwand der Gemeinden für den Spitexbereich ist, wenn auch nicht pro Gemeinde individualisiert, im Finanz- und Lastenausgleich bereits berücksichtigt. Gemeinsam mit den nicht individualisierten Beträgen des Finanzbedarf wird er gewichtet nach Einwohnerzahlen, Schülerzahlen und Anzahl Arbeitsplätze auf die Gemeinden verteilt. Die Anwendung der Umlagemethode gibt mit der verhältnismässig starken Gewichtung der Einwohnerzahlen ein ausreichendes Bild der Belastungssituation der Gemeinden.

### **3.6 Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung und Sozialhilfe (Postulat Barbara Roth)**

Dem Vorschlag betreffend Vermeidung von Sozialhilfe bei Eintritt in Pflegeheime wird von den Pflegeheimen (88 %), Parteien (63 %) Interessevertretern (80 %) und Regionalplanungsgruppen (75 %) zugestimmt. Gemeinden (64 %) und Gemeindevertreter (80 %) lehnen die Lösung ab. Angeführt werden im Wesentlichen folgende Hinweise:

- Die Lösung muss im Rahmen der Ergänzungsleistungen gefunden werden (BDP, Gemeindeverbände).
- Die Berechnung erfolgt über die Berechnungsgrundlagen nach SPG, womit der Gang zum Sozialamt dennoch nötig bleibt.
- Die Verwandtenunterstützung würde mit der neuen Lösung vollständig wegfallen.
- Die administrativen Abläufe werden komplexer.

Aufgrund dieser Hinweise wurde mit der SVA Aargau nach Lösungen innerhalb der EL und HE gesucht. Dabei ging es darum, die erwähnten Hinweise einfließen lassen zu können und gleichzeitig das Ziel, Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden, erreichen zu können. Vorgeschlagen wird neu die Erhöhung der Tagestaxe um eine allenfalls bezogene Hilflosenentschädigung. Dies hat zur Folge, dass ab 1. Januar 2011 mit der Erhöhung um die HE maximale Tagestaxen von Fr. 168.73 (bei HE mittel) und Fr. 179.98 (bei HE schwer) in der EL berücksichtigt werden.

Dadurch wird die Anzahl verbleibender Fälle auf ein Minimum reduziert. Aufgrund der genannten Überlegungen beziehungsweise des neuen Vorschlags im Bereich der Hilflosenentschädigung rechtfertigt es sich, auf einen administrativ schwerfälligen Kostendeckungsbeitrag zu verzichten:

### **3.7 Pflege und Betreuung schwerstpflegebedürftiger Langzeitpatienten/innen (Motion Beat Rüetschi)**

Der Vorschlag wird von allen Vernehmlassungsgruppen mehrheitlich unterstützt. Dabei wird der Vorschlag betreffend der Finanzierung über die Clearingstelle und die Weiterverrechnung an die Gemeinden nach Einwohnerzahl von allen Parteien (88 %), mit Ausnahme der SVP, unterstützt. Die solidarische Übernahme der Kosten durch alle Gemeinden (CVP) ist dabei wichtig. Die SVP schlägt eine Finanzierung über die EL mit einer Sonderregelung vor. Diese Idee wird von der EDU unterstützt. Gemeinden (78 %) und Gemeindeverbände (80 %) stimmen mit vergleichbarer Argumentation zu. Die geringe Ablehnung wird in der Regel mit der grundsätzlichen Weigerung der Restkostenfinanzierung durch die Gemeinden begründet. Dem Vorschlag, einen kantonalen Leistungsauftrag an eine geeignete Institution zu erteilen, wird noch deutlicher zugestimmt. Gemeinden (90 %), Pflegeheime (90 %) Parteien (75 %), Gemeindeverbände (80 %), Interessevertreter (90 %) und Regionalplanungsgruppen (100 %) zeigen eine hohe Übereinstimmung. Es wird ergänzend darauf verwiesen, dass eine öffentliche Ausschreibung erfolgen solle (FDP) oder auch Institutionen ausserkantonale berücksichtigt werden sollen (SVP). Zudem soll die gute Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr gewährleistet sein (Repla Mutschellen, Reusstal, Kelleramt). Bei beiden Fragen und über alle Gruppen hinweg wird häufig eine präzisere Definition (SP) gefordert.

Aufgrund der klaren Stellungnahmen wird am gewählten Verfahren festgehalten. Den geforderten Präzisierungen wird Rechnung getragen (vgl. Ziffer 2.4.6).

### **3.8 Akut- und Übergangspflege**

Die Finanzierung der Übergangspflege durch die Gemeinden wird von keiner der befragten Gruppen unterstützt. Die Gemeinden und die Gemeindeverbände signalisieren die deutlichste Ablehnung. Sie argumentieren damit, dass die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege aufgrund der Bestimmungen im KVG nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu erfolgen habe und die Nähe zur Akutversorgung im Spital offensichtlich sei. Ähnlich argumentieren auch verschiedene Parteien (FDP, CVP, BDP, SVP).

Der Argumentation wird entsprochen und unter Ziffer 2.4.7. eine neue Lösung aufgezeigt. Es wird vorgeschlagen, für die Akut- und Übergangspflege im Rahmen eines Pilotprojekts für eine befristete Zeit einen kantonalen Leistungsauftrag an stationäre Leistungserbringer zu vergeben. Die Kosten sollen vom Kanton und den Gemeinden in gleicher Weise wie die Grundversorgung in den Spitälern, das heisst 60 % Kanton und 40 % Gemeinden getragen werden. Die überwiegende Zustimmung aller Gruppen für die Kompetenzerteilung an den Regierungsrat, ein die Akut- und Übergangspflege ergänzendes Angebot einzuführen, zeigt, dass der Befähigung für die Rückkehr nach Hause grosse Bedeutung beigemessen wird.

Eine Mehrheit der Gemeinden (66 %) und der Pflegeheime (76 %) befürwortet diese Kompetenzerteilung mit dem Hinweis, dass die Zeitspanne von 14 Tagen, für eine Befähigung des selbstständigen Wohnens, zu kurz ist. Die Gemeinden nennen mehrfach den Vorbehalt der Finanzierung durch den Kanton. Kritisch steht die Hälfte der Parteien diesem Vorschlag gegenüber. SVP, EDU und EVP wollen die Kompetenz dem Grossen Rat erteilen. Die FDP erachtet ein weiterführendes Angebot, mit Ausnahme der Palliativpflege, als nicht nötig. Die

andere Hälfte der Parteien, die Interessevertreter (80 %) und Gemeindeverbände (60 %) unterstützen die vorgesehene Regelung.

### **3.9 Weitere Themen**

#### **Ausbildungspflicht für Leistungserbringer auf der Pflegeheimliste**

Die Ausbildungspflicht wird von allen Gruppen, ausser von den Gemeindeverbänden, mehrheitlich unterstützt. Die Gemeinden (60 %) und der Pflegeheime (85 %) begrüssen die Ausbildungspflicht mit der mehrfach genannten Argumentation, dass Handlungsbedarf besteht. Es wird dabei häufig darauf verwiesen, dass diese Verpflichtung auch für Kliniken und ambulante Leistungserbringer zu gelten habe. Eine Mehrheit der Parteien (75 %) unterstützt den Vorschlag mit vergleichbarer Argumentation. Den Parteien ist die nachhaltige Sicherung des Pflegefachpersonals wichtig (SP, Grüne, CVP, EVP). Die FDP schlägt vor, die Verpflichtung auch bei Spitex-Organisationen anzuwenden. Ablehnend stehen der Ausbildungsverpflichtung BDP und SVP gegenüber. Die Verantwortung liege bei den Leistungserbringern beziehungsweise bei den entsprechenden Verbänden (SVP). Die BDP schlägt vor, diese Verpflichtung auf Verordnungsebene zu regeln. Die Gemeindeverbände lehnen den Vorschlag mit 80 % ab. Die Ausbildung sei den Pflegeheimen zu überlassen und allenfalls mit einem Anreizsystem oder einem Malussystem zu unterstützen.

Die Ausbildungsverpflichtung wird unter Einbezug mehrerer Vernehmlassungsinhalte in einem neuen § 5a präzisiert (vgl. Kommentar zu § 5a)

## **4. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

### **§ 1 Abs. 2 (Zweck und Geltungsbereich)**

§ 1 Abs. 2 Satz 2 PflG in der bisherigen Fassung enthält im Geltungsbereich die Abstimmung zum Spitalgesetz. Diese erweist sich als obsolet, weil die medizinisch indizierte Pflege und Betreuung im Spital als Nebenleistung zur notwendigen ärztlichen Spitalbehandlung zwingend unter die Bestimmungen des Spitalgesetzes fällt. Der 2. Satz von § 1 Abs. 2 kann gestrichen werden. Der Zusatz "im Kanton Aargau" im 1. Satz ist deshalb zu streichen, weil das Pflegegesetz auch auf ausserkantonale Leistungserbringer anwendbar ist (vgl. § 14a Abs. 2).

### **§ 4 Abs. 4 und 6 (Regierungsrat; Fachkonzepte und interkantonale Verträge)**

§ 4 überträgt den Erlass der Pflegeheimkonzeption und des Spitex-Leitbilds in die Zuständigkeit des Regierungsrats. Da – wie bereits unter § 1 Abs. 2 erwähnt – einer geeigneten Klinik ein Leistungsauftrag für die Behandlung und Betreuung von Schwerstpflegebedürftigen vorgesehen ist, muss der Begriff "bestimmte stationäre Pflegeeinrichtungen" geöffnet und durch "geeignete stationäre Leistungserbringer" ersetzt werden. Zudem wurde die beispielhafte Aufzählung terminologisch an das Bundesrecht ("Akut- und Übergangspflege") angepasst sowie um die Schwerstpflegebedürftigkeit erweitert. Die Aufzählung spezieller Leistungsaufträge ist nicht abschliessend. Weitere Leistungsaufträge sind bei Bedarf in den Bereichen der spezialisierten Demenz- und Gerontopsychiatrie oder bei temporären Strukturen wie zum Beispiel Tages- und Nachtplätze denkbar.

In Abs. 6 wird neu die Grundlage geschaffen, interkantonale Verträge über die Koordination und den Vollzug im Bereich der Finanzierung der Pflegekosten abzuschliessen. Es geht hier einerseits um Aargauerinnen und Aargauer, die sich in einer stationären Pflegeeinrichtung eines anderen Kantons aufhalten, aber auch um ausserkantonale Personen in Aargauer Heimen. Angesichts der geringen Tragweite solcher Absprachen (Vollzug, Koordination) soll die Genehmigung durch den Grossen Rat gemäss § 82 Abs. 1 lit. a der Kantonsverfassung entfallen. Verträge mit anderen Kantonen sind vom Regierungsrat nicht delegierbar. Verträge mit ausserkantonalen Leistungserbringern können dagegen zum Beispiel an das zuständige Departement delegiert werden.

### **§ 5a neu (Personal)**

Mit Strategie 23 der Gesundheitspolitische Gesamtplanung 2010 wird der Kanton angehalten, dem zunehmenden Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen entgegenzutreten, indem er für ein bedarfsgerechtes schulisches Angebot sorgt und die Institutionen auf der Spital- beziehungsweise Pflegeheimliste dazu verpflichtet, genügend Ausbildungsplätze und eine ausreichende Weiterbildung sicherzustellen. Vereinzelt wird diese Thematik auch in der Vernehmlassung angesprochen. Die Problematik akzentuiert sich im Übrigen auch in der Vollzugspraxis, so etwa bei der Bewilligungserteilung an stationäre Pflegeeinrichtungen, wo die Verfügbarkeit des erforderlichen Fachpersonals als Bewilligungsvoraussetzung statuiert ist (Art. 39 KVG sowie § 6 PflG und § 1 PflV).

Mit § 5a Abs. 1 wird – als Umsetzung der Strategie 23 der GGpl – die gesetzliche Grundlage geschaffen, die es dem Kanton erlaubt, Massnahmen zu treffen, damit genügend Fachpersonal für die ambulante und stationäre Pflege zur Verfügung steht. Abs. 2 enthält konkret zwei denkbare Massnahmen. Zum Einen die mit einigem Potential verbundene Möglichkeit, sich zur Sicherstellung genügender Bestände an Fachpersonal an den Kosten der nicht betriebsinternen Nachhol- und Weiterbildung beteiligen kann (zum Beispiel Nachholbildung Fachmann/Fachfrau Gesundheit FAGE oder Wiedereinstieg in das Berufsbild Pflege). Dieser Vorschlag ist gegenüber der Vernehmlassungsfassung neu. Zum Anderen soll in § 5a Abs. 2 lit. b die Grundlage geschaffen werden, um sowohl ambulante Leistungserbringer als auch stationäre Pflegeeinrichtungen, welche auf der Pflegeheimliste sind, zwecks Vermeidung oder Behebung von Mangellagen zur Sicherstellung genügender Ausbildungsplätze für Fachpersonal verpflichten zu können. Im Vergleich zur Vernehmlassungsfassung wurde diese Verpflichtung – entsprechend der Forderung einiger Vernehmlassungsteilnehmer – auch auf ambulante Leistungserbringer erweitert. Die Umsetzung dieser Massnahme erfolgt auf Verordnungsebene (Abs. 3). Ein valabler Ansatz wäre, die Aufnahme auf der Pflegeheimliste davon abhängig zu machen, dass die stationäre Pflegeeinrichtung genügend Ausbildungsplätze für Pflegepersonal sicherstellt. Eine solche Regelung stünde in direktem Zusammenhang mit der Pflicht des Kantons, bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebots unter anderem die Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 KVV). Das Vorhandensein von genügend qualifiziertem Personal ist ein wichtiger Aspekt der Qualität. Als "genügend" gilt eine Sicherstellung mindestens im Umfang ihres eigenen Bedarfs an Personal. Nicht jede stationäre Pflegeeinrichtung muss zwingend Personal selber ausbilden. Möglich wäre auch, dass sich Institutionen mit anderen stationären Pflegeeinrichtungen diesbezüglich zusammenschliessen oder diese Dienstleistung anderswo einkaufen.

### **§ 6 Abs. 6 und 8 (Bewilligungspflicht für stationäre Pflegeeinrichtungen)**

Art. 25a KVG erfasst explizit auch Pflegeleistungen in Tages- oder Nachtstrukturen. Auch in der neuen Pflegeheimkonzeption des Regierungsrats sind Tages- oder Nachtstrukturen als ergänzendes Angebot abgebildet. Solche Strukturen können stationären oder auch ambulanten Charakter haben. Zumeist dürften sie an bereits bestehende stationäre Pflegeeinrichtungen angegliedert sein beziehungsweise angegliedert werden und können damit in die ordentliche Bewilligung gemäss § 6 integriert werden. Sollten jedoch neue Leistungserbringer für dieses Angebot auf den Markt kommen, wird mit § 6 Abs. 8 klargestellt, dass diese ebenfalls eine Bewilligung des Kantons benötigen. Der Regierungsrat wird die im Einzelnen erforderlichen Bewilligungsvoraussetzungen durch Verordnung festlegen. § 6 Abs. 6 enthält den notwendigen Vorbehalt für ambulante Tages- oder Nachtstrukturen.

### **§ 8 Abs. 3 lit. b (Forum für Altersfragen)**

Die Erfahrungen mit dem Forum für Altersfragen haben gezeigt, dass eine direkte Beratung der Gemeinden nicht realistisch ist. Das Forum für Altersfragen kann als Fachgremium wohl grundsätzliche Aussagen zu Strategien machen, Ideen einbringen und als Informationsplattform dienen, nicht jedoch eine operative Beratungstätigkeit im Einzelfall anbieten. Abs. 3 lit. b soll deshalb aufgehoben werden. Demgegenüber verstärkt der Kanton seine Bemühungen um Unterstützung der Gemeinden im Vollzug der Pflegegesetzgebung (Fachstelle Pflege).

### **§ 11 Abs. 3 lit. b (Grundsatz)**

Mit der gegenüber der Vernehmlassungsfassung vorgenommenen Änderung, wonach die Akut- und Übergangspflege – zumindest vorläufig – in die Zuständigkeit des Kantons unter Mitfinanzierung der Gemeinden analog Spitalgesetz (40 %) fällt, ist diese Aufgabe entsprechend aus dem Aufgabenkatalog der Gemeinden in § 11 Abs. 3 lit. b zu entfernen. Die Regelung der Akut- und Übergangspflege ist in § 17 PflG enthalten.

### **§ 12 Abs. 4 (Hilfe und Pflege zu Hause; Leistungserbringer und Angebot)**

Der bisherige § 12 Abs. 4 hält fest, wie die Leistungserbringer der Hilfe und Pflege zu Hause finanziert werden. Diese nicht weiter differenzierte Aufzählung vermag den Vorgaben des Bundes mit der neuen Pflegefinanzierung nicht mehr zu genügen. Neu werden die Finanzierung der Pflege zu Hause (§ 12a neu) und der Hilfe zu Hause (§ 12b neu) auseinandergelassen und präziser geregelt. § 12 Abs. 4 kann deshalb aufgehoben werden.

### **§ 12a neu (Finanzierung der Pflege zu Hause; Grundsatz)**

Mit § 12a Abs. 1 wird der Grundsatz festgelegt, dass die Wohnsitzgemeinde die Kosten der Pflege zu Hause trägt, soweit diese nicht durch die Krankenversicherer oder Dritte (zum Beispiel Spenden) gedeckt werden. Diese Pflicht gilt allerdings nur gegenüber Leistungserbringern mit einem entsprechenden Leistungsauftrag der Gemeinde. Dieser Vorschlag entspricht der heutigen Finanzierungsregelung.

Diese Beschränkung auf den Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinde wurde kritisiert, weil er eine Ungleichbehandlung der verschiedenen ambulanten, insbesondere der privaten Leistungserbringer mit sich bringe. Dem muss entgegengehalten werden, dass jeder Leistungserbringer grundsätzlich die Möglichkeit hat, sich bei der Gemeinde beziehungs-

weise den Gemeinden für einen Leistungsauftrag zu bewerben. Die Gemeinde muss das Mindestangebot sicherstellen. Dafür erteilt sie einem geeigneten Leistungserbringer einen entsprechenden Leistungsauftrag. Vor diesem Hintergrund wäre es nicht zu rechtfertigen, wenn die Gemeinde gleichwohl auch ambulante Pflegeleistungen mitfinanzieren müsste, die durch andere Leistungserbringer erbracht werden, ohne dass die Gemeinde darüber eine gewisse Aufsicht hat.

Wie bereits ausgeführt, soll für die Finanzierung der Pflege zu Hause auf eine (nach Bundesrecht mögliche) Patientenbeteiligung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG verzichtet werden. Damit soll für Patientinnen und Patienten ein finanzieller Anreiz zugunsten der ambulanten Pflege zu Hause gesetzt werden und so der Grundsatz "ambulant vor stationär" und die damit verbundene Zielsetzung, stationäre Strukturen zu entlasten, konsequent weiterverfolgt werden. Dieser Verzicht gilt für den Grundsatz in § 12a Abs. 1 sowie die Sonderfälle in § 12b. Im Sinne eines Vorbehalts soll der Regierungsrat allerdings ermächtigt werden, eine Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten je nach Kostenentwicklung ganz oder teilweise einzuführen (§ 12a Abs. 2)

### **§ 12b neu (Sonderfälle)**

Die Pflege durch andere, von Patientinnen und Patienten beauftragte ambulante Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinde muss von den Gemeinden grundsätzlich nicht mitfinanziert werden. In diesen Fällen kann der Leistungserbringer dem Leistungsempfänger maximal 20 % des vom Bundesrat für die Spitex festgelegten Höchstbeitrags (Fr. 15.95/Tag) direkt in Rechnung stellen. Mit § 12b werden zwei Ausnahmetatbestände geschaffen, bei deren Vorliegen die Gemeinde am zivilrechtlichen Wohnsitz der betroffenen Person gleichwohl ihren finanziellen Beitrag leisten muss.

Wenn eine Person mit Pflegebedarf aufgrund von Kapazitätsproblemen die Leistungen nicht beim von der Gemeinde beauftragten Leistungserbringer erhalten kann, soll die Gemeinde im Umfang der ausgewiesenen Kosten mitfinanzieren. Dies rechtfertigt sich, weil die Gemeinde für ein bedarfsgerechtes Angebot im Umfang des definierten Mindestangebots sorgen muss. Formal soll dieser Ausnahmefall über den Leistungserbringer mit Leistungsauftrag der Gemeinde abgewickelt werden. Dieser stellt entsprechend Antrag an die Gemeinde, da nur so Gewähr besteht, dass der Bedarf an Leistungen ausgewiesen ist und dem Mindestangebot entspricht und der Kapazitätsmangel besteht.

Auch kommt es vor, dass zum Beispiel Kinder ihre Eltern beziehungsweise einen Elternteil periodisch bei sich zu Hause betreuen und die Spitex ihres Wohnorts benötigen. Um den Grundsatz ambulant vor stationär konsequent umzusetzen, ist eine Ausweitung der Regelung für diesen Fall zweckmässig. Die Gemeinde soll allerdings nur im Umfang der von ihr ordentlicherweise übernommenen Kosten (vgl. § 12a Abs. 1) zur Mitfinanzierung verpflichtet werden.

Für diese beiden Sonderfälle gilt ebenfalls, dass auf eine Patientenbeteiligung verzichtet wird (vgl. § 12a Abs. 2).

### **§ 12c neu (Finanzierung der Hilfe zu Hause)**

Für den Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen bestehen keine Vorgaben des KVG. Diese Kosten werden somit durch die Leistungsbezügerinnen und -bezüger, die Gemeinden und Dritte getragen, so wie dies bereits nach geltendem Recht der Fall ist.

### **§ 13 Abs. 3 neu (Stationäre Pflege; Leistungserbringer)**

Als Folge der neuen Pflegefinanzierung gilt es, Pflegekosten und übrige Kosten (Pensions- und Betreuungskosten etc.) transparent auseinander zu halten. Zu diesem Zweck werden die stationären Pflegeeinrichtungen mit § 13 Abs. 3 lit. a verpflichtet, eine Kosten- und Leistungsrechnung gemäss Branchenverband (Curaviva) zu führen (vgl. hierzu auch Art. 50 und 49 Abs. 7 und 8 KVG sowie die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002 (SR 832.104). Diese enthält genügende Grundsätze in Bezug auf die Rechnungslegung und die Ausscheidung der Kosten gemäss § 14a (Pflegekosten) und § 14b (übrige Kosten). Zudem sind sie gehalten, für eine jährliche Rechnungsprüfung durch ein zugelassenes Revisionsunternehmen zu sorgen (lit. b; vgl. Bundesgesetz über die Zulassung und Beaufsichtigung von Revisorinnen und Revisoren vom 16. Dezember 2005; SR 221.302) sowie alle für die Tätigkeit der kantonalen Clearingstelle massgebenden Änderungen dieser unaufgefordert zu melden (lit. c). Die Tätigkeit der kantonalen Clearingstelle besteht im Wesentlichen darin, Rechnungen der stationären Pflegeeinrichtungen zu bezahlen und der zuständigen Gemeinde weiterzuverrechnen. Bei den zu meldenden Änderungen geht es somit vor allem um nachträgliche Rechnungskorrekturen.

### **§ 14 Abs. 2–5 (Finanzierung; Grundsatz)**

Die Finanzierungsgrundsätze der stationären Pflege müssen als Folge der neuen Pflegefinanzierung vollständig neu konzipiert werden. Der bisherige § 14 enthält dabei lediglich noch die allgemeinen Grundsätze, die neuen §§ 14a bis 14c die Details zur Finanzierung der Pflegekosten beziehungsweise der übrigen Kosten. Diese Neukonzeption hat zur Folge, dass die bisherigen Abs. 2 und 3 von § 14 aufgehoben werden. Die entsprechenden Regelungen sind in den neuen §§ 14a und 14b enthalten. § 14 Abs. 4 und 5 wurden zudem präziser gefasst.

### **§ 14a neu (Pflegekosten)**

§ 14a Abs. 1 enthält den Grundsatz der nach Bundesrecht maximal zulässigen Patientenbeteiligung für die Kosten der Pflege im stationären Bereich. Zudem wird festgehalten, dass dem Leistungserbringer die Restkosten der stationären Pflege von der kantonalen Clearingstelle gegen Rechnung direkt vergütet werden. Der Anteil der Krankenversicherung sowie die Patientenbeteiligung werden den Patientinnen und Patienten direkt in Rechnung gestellt.

Ausserkantonale Leistungserbringer können die Vergütung der Restkosten für Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Aargau ebenfalls über die kantonale Clearingstelle abwickeln (Abs. 2). Voraussetzung dazu ist das Vorliegen einer entsprechenden Kostengutsprache durch die aargauische Wohnsitzgemeinde. Für die Kostengutsprache wesentlich ist abgesehen vom Wohnsitz, dass die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Pflegeheimliste des Standortkantons ist und dass die Kostengutsprache höchstens im Umfang der vom Regierungsrat festzulegenden Referenztaxe erteilt werden muss. Damit soll – im Interesse der

zahlungspflichtigen Gemeinde – verhindert werden, dass teure ausserkantonale Einrichtungen über Mass mitfinanziert werden müssen.

Bei Patientinnen und Patienten mit zivilrechtlichem ausserkantonalem Wohnsitz, die sich in einer aargauischen Einrichtung aufhalten, müssen die Restkosten von einer (kantonalen oder kommunalen) Stelle im Wohnsitzkanton vergütet werden. Grundsätzlich steht der aargauischen Pflegeeinrichtung der Weg über die kantonale Clearingstelle auch für solche Fälle offen. Voraussetzung ist aber, dass eine entsprechende Kostengutsprache vorgelegt wird, die der kantonalen Clearingstelle die Geltendmachung dieser Vergütung erleichtert (§ 14a Abs. 3).

Von Bundesgesetzgeber nicht geklärt wurde die Frage der Berechnung der Restkosten. Wie unter Ziffer 2.4.2 ausgeführt, sollen die Restkosten im Pflegegesetz definiert werden (§ 14a Abs. 4). Massgebend sind grundsätzlich die effektiven Kosten, dies allerdings erst dann, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung über eine Kosten- und Leistungsrechnung im Sinne von § 13 Abs. 3 lit. a verfügt. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt eine Übergangsregelung (vgl. § 22a), wonach mittels einer vom Regierungsrat beschlossenen sog. kantonalen Taxordnung die Restkosten normativ festgelegt werden. Es kann hierzu auf die Ausführungen zu § 22a verwiesen werden.

Bei Schwerstpflegebedürftigkeit gilt eine Sonderregelung (§ 14a Abs. 5). Die ungedeckten Kosten, das heisst jene Kosten, die nicht von der Krankenversicherung, durch die Patientenbeteiligung sowie über die ordentliche Restkostenfinanzierung gedeckt werden, sollen dem Leistungserbringer durch die kantonale Clearingstelle gegen Rechnung direkt vergütet werden. Die so von der kantonalen Clearingstelle übernommenen Kosten werden nach Einwohnerzahl auf die Gemeinden verteilt (vgl. § 14c Abs. 3 lit. a). Die unter dieses spezielle Finanzierungssystem fallenden Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit werden vom Regierungsrat auf Verordnungsstufe definiert (vgl. dazu Ziffer 2.4.6).

### **§ 14b neu (Übrige Kosten)**

Die übrigen Kosten (Pensions- und Betreuungskosten etc.) werden im Sinne des bisher geltenden Rechts finanziert (Subjektfinanzierung). In erster Linie sind diese Kosten von den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu tragen. Bei jenen Personen, welche diese Kosten (inklusive Patientenbeteiligung) nicht aus den eigenen Mitteln finanzieren können, beteiligt sich der Kanton im Rahmen der Ergänzungsleistungen.

Der in der Vernehmlassungsfassung präsentierte Vorschlag, wonach für Personen, bei welchen immer noch ungedeckte Kosten verbleiben, zur Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit ein sog. Kostendeckungsbeitrag im Umfang des ausgewiesenen Bedarfs ausgerichtet werden soll, wurde in der Vernehmlassung stark kritisiert. Eine nochmalige einlässliche Überprüfung führt zum Schluss, dass auf einen solchen Kostendeckungsbeitrag verzichtet werden kann. Wie unter Ziffer 2.4.5 ausgeführt, haben sich die Finanzierungsmechanismen unter der neuen Pflegefinanzierung erheblich verändert. Es darf davon ausgegangen werden, dass der Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit mehr begründet. Sollte diese Annahme nicht zutreffen, wird der Regierungsrat mit § 14b Abs. 3 angehalten, die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Somit entfällt

auch die ursprünglich vorgesehene Verteilung der Kosten solcher Kostendeckungsbeiträge auf die Gemeinden nach Einwohnerzahl.

### **§ 14c neu (Kantonale Clearingstelle)**

Die Gründe für die Einführung einer kantonalen Clearingstelle wurden unter Ziffer 2.4.3 bereits einlässlich dargelegt. § 14c Abs. 1 lit. a-c enthält die wichtigsten Aufgaben der kantonalen Clearingstelle.

§ 14c Abs. 2 sieht vor, dass die von der kantonalen Clearingstelle den kantonalen oder ausserkantonalen Leistungserbringern direkt vergüteten Restkosten der Pflege (§ 14a Abs. 1) der zuständigen Wohnsitzgemeinde verrechnet werden und schliesslich im Rahmen des ordentlichen Finanz- und Lastenausgleichs berücksichtigt werden.

§ 14c Abs. 3 enthält zwei Positionen, die auf die Gemeinden nach Einwohnerzahl verteilt werden. Dazu gehören einerseits die ungedeckten Kosten im Fall von Schwerstpflegebedürftigkeit (lit. a), die von der kantonalen Clearingstelle vergütet werden. Andererseits sollen die Kosten des Betriebs der kantonalen Clearingstelle (lit. b) so verteilt werden. Trotz erheblicher Einwände seitens der Gemeinden, welche die Kosten dem Kanton auferlegt haben möchten, rechtfertigt sich die Finanzierung durch die Gemeinden aus der Überlegung, dass die kantonale Clearingstelle Aufgaben übernimmt, welche die Gemeinden tatsächlich entlasten.

Mit § 14c Abs. 5 wurde einem von vielen Gemeinden in der Vernehmlassung geäusserten Anliegen entsprochen, indem eine Mitwirkung beziehungsweise Kontrolle der Tätigkeit der kantonalen Clearingstelle durch die Gemeinden, welche für die Finanzierung zuständig sind, verlangt wurde. Vorgesehen ist ein aus Gemeindevertretungen bestehendes Aufsichtsgremium.

### **§ 16 (Pfliegewohnungen)**

In § 16 muss der entsprechende Verweis angepasst werden.

### **§ 17 (Akut- und Übergangspflege)**

Konzeptionell soll die Akut- und Übergangspflege im Sinne der bundesrechtlichen Vorgaben übernommen werden (vgl. dazu die Ausführungen unter Ziffer 2.4.7).

Wer als Leistungserbringer Akut- und Übergangspflege anbieten will, benötigt eine entsprechende Bewilligung des Kantons (Abs. 1). Es steht fest, dass für das Angebot der Akut- und Übergangspflege spezielle Anforderungen in Bezug auf das erforderliche Personal, aber auch in Bezug auf die zeitliche Verfügbarkeit dieses Angebots gewisse Rahmenbedingungen eingehalten werden müssen. Einzelheiten dazu werden vom Regierungsrat auf Verordnungsstufe geregelt.

Inhalt und Bedarf der von Bund vorgeschriebenen Akut- und Übergangspflege sind derzeit noch schwer abzuschätzen. Im Hinblick auf die Gewährleistung eines wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Angebots (Vermeidung der Bereitstellung von Überkapazitäten, ausreichender case load beziehungsweise Fallhäufigkeit zur Sicherstellung der Qualität) soll die Akut- und Übergangspflege zunächst für eine befristete Zeit (Pilotprojekt) auf statio-

näre Leistungserbringer beschränkt werden. Diese soll dazu genutzt werden, Erfahrungen zur Bedarfsfrage zu sammeln (§ 17 Abs. 2). Ein solches Vorgehen wird von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfohlen und ist auch in anderen Kantonen beabsichtigt.

§ 17 Abs. 3 enthält die Bedingungen, welche erfüllt sein müssen, dass Akut- und Übergangspflege von der Spitalärztin beziehungsweise dem Spitalarzt angeordnet werden darf. Diese Kriterien wurden von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) entwickelt und den Kantonen zur Übernahme empfohlen. Ergänzend zu den Kriterien der GDK ist in lit. e vorgesehen, dass Patientinnen und Patienten, die aus einer stationären Pflegeeinrichtung ins Spital eingetreten sind und wieder dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung austreten, keine Akut- und Übergangspflege verordnet werden darf. Andernfalls würden die ersten beiden Wochen nach der Rückkehr aus dem Spital anders finanziert. § 17 Abs. 4 hält fest, welche Leistungen nicht Gegenstand der Akut- und Übergangspflege sein können und separat abgerechnet werden.

Aufgrund der entsprechenden Kritik im Vernehmlassungsverfahren (vgl. Ziffer 3.8) sollen die Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht von den Gemeinden allein, sondern vom Kanton und den Gemeinden in gleicher Weise wie die Grundversorgung in den Spitälern, das heisst 60 % Kanton und 40 % Gemeinden getragen werden. Die Bestimmungen der Spitalgesetzgebung, insbesondere § 23 Abs. 2–4 SpiG und die §§ 27 ff. SpiV gelten somit sinngemäss.

Mit Abs. 6 werden Leistungserbringer der Akut- und Übergangspflege verpflichtet, für eine transparente Ausscheidung dieser Kosten zu sorgen.

Das Angebot der Akut- und Übergangspflege beschränkt sich wie erwähnt auf das vom Bundesrecht vorgegebene. Sollte sich Bedarf nach einem hierzu ergänzenden Angebot ergeben, soll der Regierungsrat ermächtigt werden, ein solches einzuführen (Abs. 7).

### **§ 19a (Verfahren und Rechtsschutz)**

Gemäss den Aussagen des Bundes (Bundesamt für Sozialversicherungen) unterliegt die Restfinanzierung den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000. Dem Kostenträger (Gemeinde beziehungsweise Kanton bei der Akut- und Übergangspflege) kommt dabei die Rolle eines Versicherungsträgers zu. Dies bedeutet in Bezug auf das Verfahren und den Rechtsschutz, dass insbesondere die Art. 22 bis 62 ATSG zur Anwendung kommen (Abs. 1).

Streitigkeiten zwischen einer stationären Pflegeeinrichtung beziehungsweise einer Gemeinde und der kantonalen Clearingstelle, die primär im Bereich der Zahlungsabwicklungen denkbar sind, werden vom zuständigen Departement entschieden. Im Übrigen gilt der ordentliche Rechtsweg und die Anwendbarkeit des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRPG).

Der neue § 19a wurde ins Kapitel 4, das die neue Bezeichnung "Weitere Bestimmungen" erhält, aufgenommen.

## **§ 22a neu (Übergangsrecht; Berechnung der Restkosten gemäss § 14a)**

Wie bereits im Kommentar zu § 14a ausgeführt, enthält § 22a das Übergangsrecht für die Berechnung der Restkosten der Pflege. Bis zum Zeitpunkt, da aufgrund einer transparenten Kosten- und Leistungsrechnung die Restkosten als effektive Kosten in Rechnung gestellt werden können, soll eine vom Regierungsrat erlassene kantonale Taxordnung diese Restkosten normativ festlegen. Diese kantonale Taxordnung wird sich an den Kosten einer wirtschaftlich geführten stationären Pflegeeinrichtung orientieren. Für stationäre Pflegeeinrichtungen mit im Vergleich tieferen Kosten sollen weiterhin die effektiven Kosten gelten. Bei Einrichtungen mit im Vergleich höheren Kosten wird es darum gehen, diese schrittweise nach unten in Richtung kantonale Taxordnung zu reduzieren.

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Abs. 2) sind die bei Inkrafttreten der Pflegefinanzierung (2011) geltenden Tarife und Tarifverträge innert 3 Jahren an die vom Bund festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen, wobei die Kantonsregierungen die Angleichung zu regeln haben.

## **Fremdänderungen**

### **1. Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG) vom 26. Juni 2007**

#### **§ 2 Abs. 1 lit. a Ziffer 2 und 3**

Statt des Begriffs "Behindertenheim" wird neu die dem aktuellen Sprachgebrauch entsprechende Formulierung "stationäre Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen" verwendet.

#### **§ 2 Abs. 1 lit. b**

Bei Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, wird ein vom Kanton zu bestimmender Betrag für persönliche Auslagen als anrechenbare Ausgabe anerkannt (Art. 10 ELG). Damit müssen die betroffenen Personen, mit Ausnahme des individuellen Betrags an den stationären Aufenthalt und die Krankenkassenpauschale, alle weiteren persönlichen Auslagen decken. Dazu gehören Kleider, Coiffeur, Toilettenartikel, Transporte, Ferien- und Freizeitaktivitäten, Steuern usw.

Die persönlichen Auslagen sind in § 2 Abs. 1 lit. b des ELG-AG mit einem fixen Betrag geregelt und betragen Fr. 4'284.– pro Jahr beziehungsweise Fr. 357.– pro Monat.

Der interkantonale Vergleich zeigt folgendes Bild (Quelle: Statistik des Bundesamts für Sozialversicherungen "Kantonale Berechnungsansätze der EL für Personen im Heim", Stand 1. Januar 2008). Die mit \* gekennzeichneten Kantone richten Personen in Invalidenheimen und Altersheimen höhere Beiträge aus als solchen in Pflegeeinrichtungen und Spitälern (Tabelle 1). Die Kantone Genf, Tessin und Wallis richten ebenfalls unterschiedlich hohe Beiträge aus, unterscheiden jedoch zwischen Personen im AHV-Alter und im IV-Alter (Tabelle 2).

**Tabelle 1**

	<b>Alters-/ Invalidenheime</b>	<b>Pflegeheime Spital</b>			<b>Alters-/ Invalidenheime</b>	<b>Pflegeheime Spital</b>
VD	Fr. 240.–	Fr. 240.–		GR	Fr. 422.–	Fr. 422.–
JU	Fr. 277.–	Fr. 277.–		NW *	Fr. 422.–	Fr. 344.–
FR	Fr. 320.–	Fr. 320.–		OW *	Fr. 421.–	Fr. 265.–
SO	Fr. 342.–	Fr. 342.–		SZ	Fr. 421.–	Fr. 421.–
AG	Fr. 357.–	Fr. 357.–		LU *	Fr. 437.–	Fr. 328.–
BL	Fr. 360.–	Fr. 360.–		GL *	Fr. 454.–	Fr. 303.–
BE *	Fr. 367.–	Fr. 296.–		SH *	Fr. 499.–	Fr. 390.–
BS	Fr. 385.–	Fr. 385.–		UR *	Fr. 499.–	Fr. 312.–
TG *	Fr. 390.–	Fr. 234.–		SG *	Fr. 520.–	Fr. 390.–
NE *	Fr. 400.–	Fr. 275.–		ZG	Fr. 520.–	Fr. 520.–
AR *	Fr. 421.–	Fr. 250.–		ZH	Fr. 520.–	Fr. 520.–
AI *	Fr. 422.–	Fr. 250.–				

**Tabelle 2**

	<b>Personen mit IV-Rente</b>	<b>Personen mit AHV-Rente</b>
GE	Fr. 400.– *	Fr. 300.–
TI	Fr. 300.– *	Fr. 190.–
VS	Fr. 499.– *	Fr. 327.–

Mit einem Beitrag von Fr. 357.– pro Monat liegt der Kanton Aargau im hinteren Feld. 15 von 26 Kantonen unterscheiden die Beitragshöhe nach Einrichtungstyp beziehungsweise nach Personen vor und nach Erreichen des AHV-Alters

Der Betrag von Fr. 4'284.– pro Jahr (Fr. 327.– pro Monat) wurde letztmals per 1. Januar 1997 angepasst. Er gilt sowohl für Personen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen als auch für stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Teuerung berechnet sich gestützt auf Art. 19 des ELG, Art. 33<sup>ter</sup> des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und Art. 51<sup>ter</sup> der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) wie folgt :

**Tabelle 3**

	<b>Indexstand</b>	<b>Betrag pro Jahr</b>	<b>Betrag pro Monat</b>
Basis September 1977	100,0		
Stand Dezember 1997	179,5	Fr. 4'284.–	Fr. 357.–
Stand Dezember 2009	198,9	Fr. 4'905.–	Fr. 409.–
Differenz (gerundet)		Fr. 621.–	Fr. 52.–

In verschiedenen Kantonen ist der Betrag für die persönlichen Auslagen an die anerkannten Ausgaben für den allgemeinen Lebensbedarf Alleinstehender gemäss Art. 10 Abs. 1 Ziff. 1 ELG gekoppelt. Dieser Betrag liegt aktuell bei Fr. 18'720.– (Verordnung 09 über Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 26. September 2008 (SR 831.304). Er wird vom Bundesrat voraussichtlich per 1. Januar 2011 im Rahmen der Indexanpassungen erhöht.

Eine Erhöhung des Betrags ist gerechtfertigt. Die Preise für Auslagen wie Coiffeur, Kleider, Zigaretten, Speisen und Getränke bei auswärtigen Essen haben sich seit 1997 zum Teil massiv erhöht. Ohne finanzielle Zuschüsse von Eltern, Geschwistern usw. könnten viele erwachsene Menschen mit Behinderungen die Auslagen nicht bestreiten, um aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Es ist sinnvoll, wenn in § 2 Abs. 1 lit. b des ELG-AG, wie in vielen anderen Kantonen auch, kein Betrag mehr festgelegt ist, sondern ein Prozentwert, gekoppelt mit dem allgemeinen Lebensbedarf für Alleinstehende.

Der aktuelle Betrag von Fr. 4'284.– für persönliche Auslagen entspricht 22,9 % des allgemeinen Lebensbedarfs für Alleinstehende. Der oben ermittelte teuerungsbereinigte Betrag von Fr. 4'905.– (Tabelle 3) ergibt 26,2 %.

Künftig soll der Betrag für Personen in einer stationären Einrichtung für erwachsene Menschen mit Behinderungen sowie für Personen in Pflegeheimen differenziert festgelegt sein. Ein Anpassungsbedarf ergibt sich im interkantonalen Vergleich nur im Bereich der Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Für diese Einrichtungskategorie wird ein Satz von 27 % vorgeschlagen. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen entspricht der heutige Betrag einem Satz von gerundet 23 %. Die Berechnung der persönlichen Auslagen wird durch die SVA vorgenommen und erfolgt so, dass sich pro Monat ein ganzer Frankenbetrag ergibt. Gestützt auf den aktuellen Betrag von Fr. 18'720.– für den allgemeinen Lebensbedarf Alleinstehender ergeben sich folgende Berechnungen:

	Prozentsatz	Betrag pro Jahr	Betrag pro Monat
Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen	27 %	Fr. 5'052.–	Fr. 421.–
stationäre Pflegeeinrichtungen	23 %	Fr. 4'308.–	Fr. 359.–

Die finanziellen Auswirkungen betragen rund 1,11 Millionen Franken (1'527 Personen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen gemäss aktuellem Planungsstand im Aufgaben- und Finanzplan 2011–2014, davon ca. 1'440 EL-Beziehenden à Fr. 768.– Erhöhung pro Jahr).

## § 2 Abs. 2

In § 2 Abs. 1 lit. a Ziffer 1 ELG-AG wird die als Ausgabe anerkannte Tagestaxe in stationären Pflegeeinrichtungen definiert (derzeit Fr. 150.–; vgl. § 11 Pflegeverordnung).

Nach bisherigem Recht wird in der EL-Berechnung nicht zwischen eigentlichen Pflegekosten einerseits und den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung (übrige Kosten) andererseits unterschieden. Bei der EL-Berechnung werden die anfallenden Kosten bis zum Grenzbetrag von Fr. 150.– pro Tag als Ausgaben berücksichtigt. Im Ergebnis werden allfällige Hilflosenentschädigungen und die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung sowohl bei den Ausgaben als auch bei den Einnahmen berücksichtigt (sog. Bruttoprinzip).

Neu soll zwischen Pflegekosten einerseits und den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung andererseits unterschieden werden. Zulasten der Leistungsbezügerin beziehungsweise des Leistungsbezügers gehen folgende Kosten:

- Patientenbeteiligung nach Art. 25a KVG beziehungsweise § 14a Abs. 1 PflG (maximal Fr. 21.60 pro Tag)
- Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung

Diese Kosten sollen bei den EL-Beziehenden als Ausgabe in der Tagestaxe von maximal Fr. 150.– berücksichtigt werden. Wie bisher sollen zusätzlich die Krankenkassenpauschale sowie der Betrag für persönliche Auslagen als Ausgaben anerkannt werden. Die Pflegekosten sind neu nicht mehr Teil der EL-Berechnung (sog. Nettoprinzip). Da die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur der Finanzierung der Pflegekosten dienen, fallen sie sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite aus der EL-Berechnung.

Aus diesen Überlegungen ist der Begriff der Tagestaxe in § 2 Abs. 2 ELG-AG entsprechend neu zu definieren. Der Begriff umfasst nur noch die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sowie die Patientenbeteiligung.

Durch den Aufenthalt in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung soll in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet werden (vgl. Ziff. 2.4.5). In vereinzelt Fällen kann – obwohl die in der PflV festgelegte Tagestaxe von Fr. 150.– im neuen System de facto eine Erhöhung darstellt – nicht ausgeschlossen werden, dass ungedeckte Kosten verbleiben. Um dem entgegenzuwirken, erscheint es zweckmässig, die Tagestaxe um eine allenfalls bezogene Hilflosenentschädigung zu erhöhen. Art. 15b der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung (ELV) vom 15. Januar 1971 (SR 831.301) lautet: "Sind in der Tagestaxe eines Heims oder Spitals auch die Kosten für die Pflege einer hilflosen Person enthalten, so wird die Hilflosenentschädigung der AHV, IV, Militär- oder Unfallversicherung als Einnahme angerechnet." Da in der Heimtaxe in Form der Patientenbeteiligung ein Pflegekostenanteil enthalten ist, kann eine allenfalls bezogene Hilflosenentschädigung in der EL-Berechnung bei den Einnahmen berücksichtigt werden. Entsprechend wird dies in § 2 Abs. 2 ELG-AG so festgelegt.

Ab 1. Januar 2011 würden mit der Erhöhung der Tagestaxe um die HE (Ansätze 2010) maximale Tagestaxen von Fr. 168.73 (bei HE mittel) und Fr. 179.98 (bei HE schwer) in der EL berücksichtigt werden.

## **2. Dekret über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD) vom 29. Mai 1984**

Wie bereits an mehreren Stellen erwähnt, sollen die Beiträge der Gemeinden an die Restkosten der stationären Pflege gemäss § 14c Abs. 2 als Finanzbedarfsgrösse im ordentlichen Finanz- und Lastenausgleich berücksichtigt werden. Mit einer Ergänzung eines neuen lit. d in § 2 des Dekrets über den Finanz- und Lastenausgleich (FLAD) wird sichergestellt, dass diese Beiträge der Gemeinden im Finanz- und Lastenausgleich aufgenommen werden. Diese Dekretsänderung wird im Rahmen der 2. Beratung der Teilrevision des Pflegegesetzes vorgelegt.

## **5. Auswirkungen**

### **5.1 Auswirkungen auf den Kanton**

#### **Steuerung:**

Der Kanton Aargau muss sich aufgrund der eidgenössischen Vorgaben im KVG in verschiedenen Steuerungsbereichen anpassen. Der bisherige Grundsatz der Subjektfinanzierung (PflG) wird durchbrochen und durch die Objektfinanzierung ersetzt. Eine entsprechende Anpassung muss in der GGpl erfolgen. Die Ergänzungsleistungen werden erst nach der Finanzierung der Restkosten ausgerichtet. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden hat mit dem neuen Pflegegesetz auch im Bereich der Finanzierungen neue Relevanz gewonnen und wird gemäss den Grundsätzen umgesetzt. Der Kanton Aargau will die Finanzierung der Restkosten aktiv gestalten und erlässt entsprechend eine kantonale Taxordnung, die bis Herbst 2010 bekannt sein wird, damit die stationären Leistungserbringer ihre Rechnungslegung anpassen können. Die neuen Kosten wurden den Gemeinden für die Budgetberechnungen 2011 bereits durch das DVI kommuniziert.

#### **Kontrolle:**

Die demografische Entwicklung erfordert sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitpflege eine gute Beobachtung der Kostenentwicklung. Nebst der Rechnungsabwicklung und fachlichen Unterstützung hat die Clearingstelle auch wichtige Aufgaben im Bereich des Monitoring der Finanzströme sowie mit Blick auf statistische Auswertungen. Der Aufbau der Clearingstelle muss bis Dezember 2010 erfolgt sein, die Umsetzung bis Januar 2011. Durch die Definition der verrechenbaren Restkosten Pflege in der Taxordnung werden die heute heterogenen Kosten transparent eingefordert. Die Zuweisung der Kosten in die Kostenstellen "Pflege" sowie "Betreuung" harmonisiert die Datengrundlagen zwischen den Leistungserbringern. Der Aufwand des Kantons für die Clearingstelle wird sich bei der fachlichen Bearbeitung der Restkosten (Tarifkontrolle, Inhalte) und der juristischen Beurteilung (Zuständigkeiten der Gemeinden, interkantonale Unterschiede) niederschlagen. Der Aufwand für die administrative Bearbeitung wird zulasten der Gemeinden geregelt. Dabei wird angenommen, dass in der Anfangsphase mehr Ressourcen benötigt werden als im Normalbetrieb. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die Aufgaben mittelfristig und bei erhöhtem Automatisierungsgrad mit einem -Pensum von 100–200 % erfüllt werden können.

#### **Finanzierung:**

Die Mehrkosten, die durch die KVG-Revision entstehen, betreffen die öffentliche Hand und damit sowohl Kanton als auch Gemeinden. Die Kosten werden von Kanton und Gemeinden getragen (siehe 3.1). Durch die finanzielle Entlastung der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime wird in der Tendenz die Unterstützung durch Ergänzungsleistung später oder gar nicht nötig. Durch die Anpassungen im ELG-AG entstehen Mehrkosten in der Höhe von rund 1,17 Millionen Franken durch die Erhöhung der Pauschale für persönliche Auslagen im Behindertenbereich. Die Mehrkosten im Finanz- und Lastenausgleich als Folge der Anrechnung der Restkostenfinanzierung dürfte sich im ersten Zahlungsjahr auf ca. 6,3 Millionen Franken belaufen.

## **5.2 Auswirkungen auf die Gesellschaft**

Mit dem vorliegenden, teilrevidierten Pflegegesetz werden die Grundlagen für ein qualitativ gutes und bedarfsgerechtes Leistungsangebot weitergeführt. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden aus dem PflG wird weitergeführt. Die Kompetenzen bleiben im Rahmen der Hilfe und Pflege zu Hause und bei der stationären Langzeitpflege vollständig bei den Gemeinden. Bei den stationären Leistungserbringern werden die Gemeinden durch die zentrale Abrechnung über die Clearingstelle entlastet. Wichtig ist, dass die Zugänglichkeit der Dienstleistungen weiterhin gewährleistet bleibt. Mit der Akut- und Übergangspflege wird das Leistungsangebot, das den Übergang zwischen der akutstationären Versorgung und dem Leben im häuslichen Umfeld unterstützen soll, beibehalten. Der soziale Ausgleich, der durch die Subjektfinanzierung durch die EL bereits im bisherigen PflG verfolgt wurde, bleibt teilweise erhalten. In den Bereichen Pensionstaxen, Nebenleistungen und Betreuungsleistungen werden die Bewohnerinnen und Bewohner nach wie vor durch die EL individuell unterstützt. Mit dem teilrevidierten Pflegegesetz werden die Probleme von Härtefällen gemäss Motion Rüetschi gelöst. Für das Problem der Sozialhilfefälle infolge Pflegebedürftigkeit gemäss Postulat Roth liegt ein Lösungsvorschlag vor.

## **5.3 Auswirkungen auf die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger**

Mit den aufgezeigten Lösungen bleibt die Zugänglichkeit der Dienstleistungen für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger weiterhin gewährleistet. Mit der Finanzierung der Restkosten Pflege durch die öffentliche Hand reduziert sich der Aufwand bei der Finanzierung der stationären Pflegekosten für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger. Dadurch verzögert sich der Vermögensverzehr. Im Sinne der Strategie "ambulant vor stationär" wird die Eigenleistung der Leistungsempfänger bei der ambulanten Pflege nicht erhoben. Mit der Akut- und Übergangspflege ist ein neues Leistungsangebot mit niederschwelligem Zugang geschaffen worden. Die für die Betroffenen höchst belastenden Fälle von Schwerstpflegebedürftigkeit und Fälle von Sozialhilfebedürftigkeit aufgrund eines Pflegeheimetrtritts sind geregelt.

## **5.4 Auswirkungen auf die Wirtschaft**

Die Langzeitpflege ist eine wachsende Grösse im öffentlichen Sektor und hat auf die regionale Arbeitsplatzentwicklung einen positiven Einfluss. Die Erhöhung der Leistungen durch die öffentliche Hand bindet jedoch Ressourcen in diesem Sektor. Dies kann zu Verschiebungen der Aufwand- und Investitionstätigkeit der Gemeinden führen.

## **5.5 Auswirkungen auf die Gemeinden**

Die Strategie "ambulant vor stationär" wird gesetzlich gestützt. Dadurch können die Gemeinden die Kostensteigerung, die im stationären Bereich verhältnismässig stärker ausgeprägt ist als im ambulanten Bereich, direkt steuern. Die in der Tabelle (siehe S. 18) dargestellten Richtwerte sind im interkantonalen Vergleich fortschrittlich und können nur realisiert werden, wenn optimale Strukturen zwischen ambulant und stationär in den Gemeinden und Regionen bestehen. Die Kostenentwicklung wird über die monatlichen Daten aus der Clearingstelle gut abgebildet. Die statistischen Daten dienen als Grundlage für die kommunale beziehungsweise regionale Steuerung der Langzeitversorgung.

Dadurch wird auch Kostentransparenz mit entsprechender Wahlmöglichkeit der Leistungserbringer geschaffen. Die Clearingstelle bearbeitet nebst den regulären Fakturierungen auch Spezialfälle wie Schwerstpflegebedürftigkeit, Zahlungsverkehr mit anderen Kantonen, Rechtsfragen etc. Dies ist eine Entlastung für die Gemeinden. Dasselbe gilt auch für die stationären Leistungserbringer mit dem zusätzlichen Effekt, dass die Debitorengarantie für die Restkosten gesichert ist. Die Unterstützung für die Planung und Sicherstellung der Langzeitpflege in den Gemeinden beziehungsweise Regionen wird durch die Fachstelle für Altersfragen und die Clearingstelle gewährleistet. Der Aufwand des Kantons für die Clearingstelle wird sich bei der fachlichen Bearbeitung der Restkosten (Tarifkontrolle, Inhalte) und der juristischen Beurteilung (Zuständigkeiten der Gemeinden, interkantonale Unterschiede) niederschlagen. Der Aufwand für die administrative Bearbeitung wird zulasten der Gemeinden geregelt. Dabei wird angenommen, dass in der Anfangsphase mehr Ressourcen benötigt werden als im Normalbetrieb. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die Aufgaben mittelfristig und bei erhöhtem Automatisierungsgrad mit einem Pensum 100–200 % erfüllt werden können. Die Betriebskosten der Clearingstelle, welche den Gemeinden weiterverrechnet werden belaufen sich auf ca. Fr. 250'000.– bis 300'000.– oder ca. Fr. 0.50.– pro Gemeindeeinwohner (vgl. Ziffer 3.4). Mit der Revision des KVG kommen in der stationären Langzeitversorgung Mehrkosten von mehr als 46 Millionen Franken auf die Gemeinden zu. Auf der einen Seite führen höhere Spitex-Tarife zu Mehreinnahmen der Leistungserbringer (entsprechend weniger Kosten für die Gemeinden), auf der anderen Seite sind aufgrund eines höheren Mengengerüsts Mehrkosten zu erwarten. Eine Zusatzbelastung der Gemeinden erfolgt im Bereich der Langzeitversorgung. Der Ausgleich geschieht über die Lastensymmetrie (vgl. 3.1) Durch die gezielte Planung nach dem Grundsatz "Ambulant vor stationär" soll die Kostenentwicklung in der Langzeitversorgung gesteuert werden.

## 6. Weiteres Vorgehen

27./28. September 2010	Kommissionsberatung (GSW)
26. Oktober 2010	1. Beratung im Grossen Rat
November 2010	Genehmigung Übergangsverordnung durch Regierungsrat
1. Januar 2011	Inkrafttreten Übergangsverordnung
Februar 2011	Genehmigung Botschafts- und Gesetzesentwurf 2. Beratung durch Regierungsrat
März 2011	Kommissionsberatung (GSW)
April/Mai 2011	2. Beratung im Grossen Rat
Juni 2011	Redaktionslesung
Juli-September 2011	Referendumsfrist (vorbehältlich Volksabstimmung)
Juli-November 2011	Anpassung der Pflegeverordnung
1. Januar 2012	Inkrafttreten Pflegegesetz und Verordnung

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

1.

Der vorliegende Entwurf für eine Änderung des Pflegegesetzes (PflG) wird in 1. Beratung zum Beschluss erhoben.

2.

Die folgenden parlamentarischen Vorstösse werden abgeschrieben:

- (08.200) Motion Beat Rüetschi, Suhr, vom 1. Juli 2008 betreffend Ergänzung Pflegegesetz (PflG) und Pflegeverordnung (PflV)
- (08.202) Postulat Barbara Roth, Erlinsbach, vom 1. Juli 2008 betreffend Erhöhung der Tagestaxe für Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen oder Spitälern in der Verordnung zu § 2 Abs. 1 lit. a des Ergänzungsleistungsgesetzes Aargau (ELG-AG)

3.

Die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Akut- und Übergangspflege ab 1. Januar 2011 wird auf 55 % festgelegt.

Aarau, 1. September 2010

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATS

Landammann:

Staatsschreiber:

Peter C. Beyeler

Dr. Peter Grünenfelder

### Beilage:

- Synopse Pflegegesetz (PflG)