

# ***Änderung des Sozialgesetzes; Pflegefinanzierung***

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates  
an den Kantonsrat von Solothurn  
vom 28. Juni 2011, RRB Nr. 2011/1497

## **Zuständiges Departement**

Departement des Innern

## **Vorberatende Kommissionen**

Sozial- und Gesundheitskommission  
Finanzkommission

## Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung .....	5
1. Ausgangslage .....	7
1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung .....	7
1.2 Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und Verordnungsänderungen .....	8
1.2.1 Stationäre Pflege .....	10
1.2.2 Ambulante Pflege .....	10
1.2.3 Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege (AÜP) .....	12
1.2.4 Ergänzungsleistungen .....	14
1.2.5 Hilflosenentschädigung zur AHV .....	14
2. Heutige Situation und geltende Regelung im Kanton Solothurn .....	14
2.1 Stationäre Pflege .....	14
2.1.1 Entwicklung .....	14
2.1.2 Leistungsangebot .....	16
2.1.3 Höchstattaxen 2011 .....	17
2.1.4 Finanzierung des heutigen Heimaufenthaltes .....	18
2.1.5 Ausblick: Quantitative und qualitative Weiterentwicklung .....	19
2.2 Ambulante Pflege (Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) – SPITEX .....	19
2.2.1 Entwicklung .....	19
2.2.2 Zuständigkeiten .....	20
2.2.3 Leistungsangebot und Datenlage .....	20
2.2.4 Finanzierung .....	21
3. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der stationären Pflege .....	21
3.1 Neue Gesetzesgrundlage .....	21
3.1.1 Zulassung als Leistungserbringer .....	22
3.1.2 Abgrenzung von Pflege und Betreuung .....	22
3.1.3 Anrechenbare Pflegekosten .....	23
3.2 Abwicklung .....	24
3.3 Finanzierung von Tages- und Nachtaufenthalten .....	24
3.4 Controlling .....	24
3.5 Neues Finanzierungsmodell .....	25
3.5.1 Vergleich mit andern Kantonen .....	25
3.6 Fazit: .....	25
3.7 Modell .....	26
3.7.1 Pflegekosten .....	26
3.7.2 Hotellerie .....	27
3.7.3 Investitionskosten .....	27
3.7.4 Ausbildungskosten .....	27
3.7.5 Betreuung .....	27
3.7.6 Modellvarianten .....	28
3.8 Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen AHV .....	31
3.9 Fazit .....	32
4. Kompensation oder Aufhebung des Verteilschlüssels EL .....	33
5. Verteilung der Kosten unter den Einwohnergemeinden .....	35
6. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege .....	35

6.1	Zuständigkeit der Einwohnergemeinden .....	35
6.2	Zuständigkeit des Kantons .....	35
6.3	Beiträge der Leistungsbezügerinnen und -bezüger .....	35
6.4	Abwicklung.....	36
7.	Zu den einzelnen Bestimmungen.....	38
8.	Antrag.....	41

## Beilagen

- Beilage 1: Beschlussesentwurf
- Beilage 2: Synopse
- Beilage 3: Modell 1 - Höchsttaxen 2012 mit Beteiligung Einwohnergemeinden 28%
- Beilage 4: Modell 2 - Höchsttaxen 2012 mit Beteiligung Einwohnergemeinden *ohne Betreuungskosten*
- Beilage 5: Modell 3 - Höchsttaxen 2012 mit Beteiligung Einwohnergemeinden 52%
- Beilage 6: Modell 4 - Höchsttaxen 2012 mit Beteiligung Einwohnergemeinden 40%
- Beilage 7: Modell 5 - Höchsttaxen 2012 mit Beteiligung Einwohnergemeinden *EG = KK*
- Beilage 8: Kantonsvergleiche Heime



## Kurzfassung

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung nach Krankenversicherungsgesetz handelt es sich in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage. Sie umfasst keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 der eidgenössischen Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) findet. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt insbesondere zwei Hauptziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert, zum anderen soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung), die im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich belastet werden. Das Bundesgesetz regelt dazu die Finanzierung von ambulanten durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder stationär in Pflege- und Betreuungsheimen erbrachten Pflegeleistungen neu. Insbesondere wird neu den Kantonen und/oder Gemeinden die Pflicht überbürdet, eine allfällige Restfinanzierung „zu regeln“, sofern sich aus den Pflegeleistungen überhaupt eine sogenannte „Restfinanzierung“ ergibt.

Die bei Vollzugsbeginn in den Kantonen geltenden Tarife sind dabei innert drei Jahren, somit bis spätestens per 1. Januar 2014 an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge anzugleichen.

Für die stationäre Pflege werden die Beiträge in zwölf Abstufungen von je 20 Minuten täglichem Pflegebedarf festgelegt (von «bis 20 Minuten» bis «mehr als 220 Minuten») und finden finanziell somit eine vergütete Obergrenze von vier Stunden Pflegeleistung. Aktuell wurde dabei ein Kostensatz von Fr. 9.-- je 20 Minuten fixiert (Beitrag Krankenversicherer minimal: Fr. 9.--; maximal: Fr. 108.--). Den versicherten Personen dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten **Pflegekosten** maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags überwältzt werden. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner von Fr. 21.60 je Pflgetag. Eine allfällige Restfinanzierung ist dabei unabhängig von der finanziellen Situation der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten (**bedarfsunabhängige Leistung**) und bezieht sich nur auf die Pflege. Zusätzlich zu diesen Kostenanteilen an die Pflege haben die Bewohnerinnen und Bewohner wie bis anhin die vollen Kosten für die Hotellerie, die Infrastruktur und insbesondere den Betreuungsaufwand zu übernehmen.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt die Kostenbeteiligung der Krankenversicherung für die ambulante Pflege wie folgt:

Massnahmen der Abklärung und Beratung: Fr. 79.80 je Pflegestunde

Massnahmen der Untersuchung und Behandlung: Fr. 65.40 je Pflegestunde

Massnahmen der Grundpflege Fr. 54.60 je Pflegestunde

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind wenigstens zehn Minuten (Startminuten – Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV).

Anders als die andern Kantone ging der Kanton Solothurn bis anhin davon aus, dass für die öffentliche Hand gar keine Restfinanzierung aus Pflege entsteht. Vielmehr galt, dass der von den Krankenversicherern anerkannte Betrag an die Pflegeleistungen nach Artikel 44 KVG (Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen) sowie die Patientenbeteiligung die Pflegekosten abdeckt.

Aufgrund einer parlamentarisch verlangten Neuordnung der Pflegefinanzierung soll jedoch auch im Kanton Solothurn die öffentliche Hand direkter Kostenträger für die Pflegekosten von Personen in Betreuungs- und Pflegeheimen werden. Neu werden alle Bewohnerinnen und Bewohner – völlig unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Vermögen – Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand an ihre stationären Pflegekosten haben. Diese neue Sozialleistung wird in der Rechtsetzung „Pflegekostenbeitrag“ genannt werden.

**Die Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen werden insgesamt um diejenige Summe entlastet, um welche die öffentliche Hand belastet wird.**

Vorgeschlagen werden fünf Modelle, welche die öffentliche Hand brutto zwischen 19 Mio. Franken bis 54 Mio. Franken belasten werden. Da die neue Sozialleistung „Pflegekostenbeitrag“ aber die Ergänzungsleistungen je nach Modell zwischen 9–28 Mio. Franken und die Sozialhilfe um rund 1 Mio. Franken entlasten wird, ergibt sich eine Netto-Belastung von 9– 25 Mio. Franken.

Gleichzeitig soll aber die Gelegenheit genutzt werden und die Investitionskostenpauschale von bisher 15 Franken auf 28 Franken erhöht werden. Damit werden die Einwohnergemeinden in Zukunft davon entlastet, direkte Investitionen zum Bau oder Umbau von Betreuungs- und Pflegeheimen zu leisten. Gleichzeitig werden aber alle Bewohner und Bewohnerinnen wiederum um Fr. 13.– pro Tag belastet. Daraus ergibt sich eine rechnerische Entlastung der Einwohnergemeinden von rund 12 Mio. Franken jährlich. Gleichzeitig ist aber davon auszugehen, dass dadurch die Ergänzungsleistungen – zusammen mit dem zusätzlichen Ausbildungsfranken wieder um rund 7 Mio. Franken erhöhen werden, somit ergibt sich für die Einwohnergemeinden für diesen Bereich in allen Modellen eine Nettoentlastung von 5 Mio. Franken

**Netto werden die Einwohnergemeinden somit je nach Modell zwischen 4 und 20 Mio. Franken mehr belastet werden.**

**Falls der Kantonsrat den vorgeschlagenen Beschlussesentwurf gutheisst, wird der Regierungsrat Modell 5 umsetzen, das die Einwohnergemeinden netto mit rund 14 Mio. Franken mehr belasten wird.**

Bei der ambulanten Pflege wird davon ausgegangen, dass die vom Bundesrat festgelegten Pflegekosten und die maximale Patientenbeteiligung den Aufwand decken, somit grundsätzlich keine ungedeckten „Restkosten“ aus Pflege entstehen. Hingegen wird den Einwohnergemeinden empfohlen, auf sogenannten Normkosten abzurechnen, welche auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen in den Tarif einbeziehen. Eine Patientenbeteiligung für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Altersjahr soll nicht erhoben werden. Dieser Verzicht dürfte geschätzt rund 100'000 Franken betragen.

Nach der geltenden Rechtsgrundlage haben die Einwohnergemeinden diese Mehrbelastung zu übernehmen. Nach § 54 Absatz 4 SG hat der Regierungsrat jedoch alle vier Jahre die Auswirkungen der Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Einwohnergemeinden zu überprüfen – erstmals also per 1. Januar 2013. Haben sich dannzumal die Anteile an den Gesamtkosten zwischen Kanton und Einwohnergemeinden erheblich verändert, beantragt er dem Kantonsrat eine Änderung des Verteilschlüssels. Der Verteilschlüssel ist ebenfalls zu überprüfen, wenn durch Änderungen des Bundesrechts oder dieses Gesetzes die finanzielle Belastung des Kantons oder der Einwohnergemeinden wesentlich erhöht oder vermindert wird.

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen nachfolgend Botschaft und Entwurf über eine Änderung des Sozialgesetzes zur neuen Pflegefinanzierung.

## 1. Ausgangslage

### 1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) basiert auf dem Prinzip der Solidarität zwischen gesunden und kranken Menschen. Es brachte Mitte der 1990er-Jahre den grundlegenden Systemwechsel, indem das Obligatorium für eine Grundversicherung eingeführt wurde, die gesetzlich umschriebene Leistungen umfasst und grundlegende Bedürfnisse bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft abdecken soll. Das KVG ist damit eine wichtige Säule im sozialen Sicherungssystem.

Es entsprach dem damaligen grundsätzlichen politischen Willen, dass damit auch die Kosten für die Pflege durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (nachfolgend: Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) und für die Pflege in Pflegeheimen – abgesehen von Selbstbehalt und Franchise – durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Eine Kostenbeteiligung der versicherten Personen war im KVG ebenso wenig vorgesehen wie eine Mitfinanzierung von Pflegekosten durch Kantone und/oder Gemeinden (Art. 64 KVG).

Bereits kurz nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 zeigte sich jedoch, dass die dieser Regelung zugrunde liegenden Berechnungen auf der Basis der damaligen Krankenversicherungsprämien zu tief waren. Deshalb erliess der Bund auf den 1. Januar 1998 – entgegen den gesetzlichen Intentionen – Rahmentarife für die von den Krankenversicherern zu vergütenden Kosten der ambulanten Pflege und der Pflege im Pflegeheim. Dieser an sich gesetzeswidrige Festlegung wurde nachgeschoben, dass diese Tariffestlegung nur so lange zu beachten sei, bis sich die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die Pflegeheime mit den Versicherern über gemeinsam erarbeitete Grundlagen zu den Tarifberechnungen einigen (Art. 104a KVG).

Zu einer solchen Einigung kam es nicht. So erfolgte seither die Vergütung der Pflegekosten ambulant je Stunde und jene im Pflegeheim je Tag, letztere abgestuft nach Pflegebedarf nach diesen bundesrätlichen Rahmentarifen.

Von Anbeginn an war unklar, wie die Gewichtung von Pflege und Betreuung vorzunehmen ist. Vorsichtige Schätzungen zeigten, dass die Krankenversicherung die Kosten der Pflege ambulant und im Pflegeheim wohl lediglich etwa zu 40 – 60 Prozent decken würden (vgl. amtliches Bulletin 2007 des Nationalrates AB 2007 N 1106, das von rund 60% ausging). Die restlichen Pflege- und Betreuungskosten wurden denn auch vorwiegend von den versicherten Personen (und damit oftmals durch die Ergänzungsleistungen) gedeckt.

Was die Betreuung anbelangt schätzt zum Beispiel der Heimverband CURAVIVA den Verteiler zwischen Pflege und Betreuung mit 80:20 Prozent. Der Kanton St. Gallen kommt aufgrund einer Da-

tenerhebung (Daten aus dem Jahre 2008) auf ein durchschnittliches Kosten-Verhältnis zwischen Pflege und Betreuung von 75 : 25 Prozent.

Nachdem die zweite grössere Teilrevision des KVG im Jahr 2003 scheiterte, legte der Bundesrat dem Parlament im Februar 2004 zwei Reformpakete mit voneinander unabhängigen Teilbotschaften vor: die Neuregelung der Spitalfinanzierung sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Während den Beratungen und schliesslich bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung behielten die genannten Rahmentarife weiterhin ihre Gültigkeit.

## 1.2 Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und Verordnungsänderungen

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte schliesslich nach einem umfassenden Differenzbereinigungsverfahren dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2008, 5247) zugestimmt. Mit diesem Mantelerlass werden neben dem KVG auch das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.10; abgekürzt AHVG) und das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30; abgekürzt ELG) angepasst.

Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung handelt es sich dabei in erster Linie um eine Finanzierungsvorlage. Sie umfasst keine materiellen Änderungen des Pflegeleistungskatalogs, wie er sich in Art. 7 Abs. 2 der eidgenössischen Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) findet. Damit bleibt die Pflege nach KVG unverändert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder vorübergehend nach einem Spitalaufenthalt durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder im Pflegeheim erbracht wird. Allein durch die neue Finanzierungsordnung wird sich daher die Nachfrage nach Leistungen der Pflege, die ambulant oder im Pflegeheim zu erbringen sind, kaum namhaft verändern.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt insbesondere zwei Hauptziele: Zum einen soll die wirtschaftlich schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert, zum anderen soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung), die im geltenden System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernimmt, finanziell nicht zusätzlich belastet werden.

Das Bundesgesetz regelt dazu die Finanzierung von ambulanten durch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause oder stationär in Pflege- und Betreuungsheimen erbrachten Pflegeleistungen neu. Insbesondere wird neu den Kantonen und/oder Gemeinden die Pflicht überbürdet, eine allfällige Restfinanzierung „zu regeln“, sofern sich aus den Pflegeleistungen überhaupt eine sogenannte „Restfinanzierung“ ergibt. Die Neuordnung sieht im Bereich KVG zudem künftig eine Unterscheidung zwischen der Finanzierung der „Pflegeleistungen“ und der „Leistungen der Akut- und Übergangspflege“ vor.

Mit der Schaffung einer Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu Hause im AHV-Alter und den Anpassungen des ELG wird zudem angestrebt, dass durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht.

Am 24. Juni 2009 hat der Bundesrat die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen erlassen. Dabei wurden folgende eidgenössischen Verordnungen angepasst:

Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.101; abgekürzt KVV) [AS 2009, 3525];

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31; abgekürzt KLV) [AS 2009, 3527];

Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (SR 831.101; abgekürzt AHVV) [AS 2009, 3523].

### 1.2.1 Stationäre Pflege

Die kantonal vereinbarten Tarife zwischen den Krankenversicherern und Pflegeheimen werden mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung hinfällig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet neu einen für die ganze Schweiz einheitlich festgelegten Beitrag an die Pflegekosten (Art. 25a Abs.1 und 4 KVG). Dieser Beitrag wird vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken festgelegt (Art. 7a KLV). Diese Festlegung erfolgte für das erste Jahr (2011) kostenneutral. Der Bund kann in den Folgejahren Anpassungen vornehmen. Jedoch wurde nicht festgelegt, nach welchen Grundsätzen Anpassungen erfolgen (z.B. Teuerung).

**Die bei Vollzugsbeginn in den Kantonen geltenden Tarife sind innert drei Jahren bis spätestens per 1. Januar 2014 an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge anzugleichen.**

Diese Eckwerte gelten im Übrigen auch für die ambulante Pflege (vgl. Ziff. 1.2.2).

Die Beiträge werden für zwölf Abstufungen von je 20 Minuten täglichem Pflegebedarf festgelegt (von «bis 20 Minuten» bis «mehr als 220 Minuten») und finden finanziell somit eine vergütete Obergrenze von vier Stunden Pflegeleistung. Aktuell wurde dabei ein Kostensatz von Fr. 9.-- je 20 Minuten fixiert (Beitrag Krankenversicherer minimal: Fr. 9.--; maximal: Fr. 108.--).

Den versicherten Personen dürfen nach Art. 25a Abs. 5 KVG von den nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckten **Pflegekosten** maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags überwältzt werden. Dies entspricht derzeit einer maximalen Kostenbeteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner von Fr. 21.60 je Pflageetag.

Sofern die Pflegekosten nicht durch die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Beitrag der pflegebedürftigen Person (Patientenbeteiligung) gedeckt sind, sieht Art. 25a Abs. 5 KVG eine Restfinanzierung vor, welche die Kantone zu regeln haben.

Die Restfinanzierung ist dabei unabhängig von der finanziellen Situation der pflegebedürftigen Person zu gewährleisten (**bedarfsunabhängige Leistung**) und bezieht sich nur auf die Pflege.

Das Bundesrecht definiert nicht, was 100 Prozent der Pflegekosten sind bzw. was alles zum Umfang der Pflegekosten zu zählen ist. Entsprechende Regelungen zu den anerkannten Pflegekosten sind deshalb Sache der Kantone.

Um sowohl für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Heime als auch für alle Gemeinden – unabhängig davon, ob sie Standortgemeinden von Pflegeheimen sind oder nicht – einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, müssen die Kantone schliesslich auch festlegen, welche Regelungen und Zuständigkeiten für die allfällige Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten bzw. bei Heimaufenthalten ausserhalb der bisherigen Wohnsitzgemeinde gelten.

Zusätzlich zu diesen Kostenanteilen an die Pflege haben die Bewohnerinnen und Bewohner wie bis anhin die vollen Kosten für die Hotellerie, die Infrastruktur und insbesondere den Betreuungsaufwand zu übernehmen.

### 1.2.2 Ambulante Pflege

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt die Kostenbeteiligung der Krankenversicherung für die ambulante Pflege wie folgt:

Massnahmen der Abklärung und Beratung: Fr. 79.80 je Pflegestunde

Massnahmen der Untersuchung und Behandlung: Fr. 65.40 je Pflegestunde

Massnahmen der Grundpflege Fr. 54.60 je Pflegestunde

Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten. Zu vergüten sind wenigstens zehn Minuten (Startminuten – Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV). Die nach Abzug dieser Beiträge verbleibenden Pflegekosten dürfen den Leistungsbezügerinnen und –bezügern verrechnet werden. Die Höchstbelastung ist dabei auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der Krankenversicherer beschränkt (Art. 25a KVG), d.h. Fr. 15.95 je Stunde oder je Tag, die Verordnung ist in diesem Punkt unklar. In den Erläuterungen zum Finanzierungsmodell, in Verbindung mit den Empfehlungen der GDK wird allerdings von einem Tagessatz ausgegangen. Dieser Tagessatz entspricht damit 20 Prozent des maximalen Stundentarifs von Fr. 79.80, oder Fr. 15.95 – gerundet Fr. 16.– Eine allfällige Restfinanzierung der Pflegekosten haben auch hier die Kantone zu regeln.

### 1.2.3 Stationäre und ambulante Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Die AÜP ist nicht Bestandteil dieser Vorlage. Trotzdem soll sie hier zum Verständnis der Pflegefinanzierung kurz skizziert werden.

Auch mit der Definition der Akut- und Übergangspflege werden keine neuen Leistungen geschaffen. Es handelt sich um eine neue Tarifkategorie. In Bezug auf die Leistungserbringer und den Leistungskatalog (Art. 7 Abs. 3 KLV) unterscheiden sich die Leistungen der Akut- und Übergangspflege grundsätzlich nicht von den ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV.

Leistungen der Akut- und Übergangspflege schliessen jedoch zwingend direkt an einen Spitalaufenthalt an. Sie werden bei medizinischer Notwendigkeit durch eine Spitalärztin oder einen Spitalarzt verschrieben und sind auf 14 Tage befristet (ohne Verlängerungsmöglichkeit). Die Akut- und Übergangspflege ist eine Reaktion auf die Einführung der sogenannten DRG – Fallpauschale, welche tendenziell zu früheren Spitalentlassungen führen wird. Die AÜP soll daher die Rückkehr der versicherten Person zu jenem Zustand sichern, in dem sie sich vor dem Spitaleintritt befand. Die Akut- und Übergangspflege stellt damit einen Abschnitt der Behandlung dar und dient nicht der Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim. Die kumulative Vergütung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege mit anderen Pflegeleistungen ist ausgeschlossen.

Die Tarife (Pauschalen) der Akut- und Übergangspflege werden zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ausgehandelt und von den Kantonsregierungen genehmigt (Art. 46 Abs. 4 KVG). Dadurch besteht die Gewähr, dass die vereinbarten Pauschalen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.

Analog zur neuen Spitalfinanzierung sieht die Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Beteiligung der öffentlichen Hand von wenigstens 55 Prozent und der Krankenversicherer von höchstens 45 Prozent an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege vor. Der Regierungsrat hat bereits festgelegt, dass sich der Kanton Solothurn mit maximal 55% beteiligen wird. Die Versicherten müssen sich, abgesehen von den Kostenbeteiligungen der obligatorische Krankenpflegeversicherung (Franchise und Selbstbehalt), nicht an den Pflegekosten der Akut- und Übergangspflege beteiligen. Die nicht-

pflegerischen Leistungen (beispielsweise Pension, Betreuung bzw. Hauswirtschaft) sind hingegen von den Versicherten zu tragen – unabhängig davon, ob sie zu Hause oder stationär erbracht werden.

#### 1.2.4 Ergänzungsleistungen

Zusätzlich zu den Verbesserungen im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) hat sich der Bundesgesetzgeber nun für weitere, wesentliche Verbesserungen der Ergänzungsleistungen (EL) ausgesprochen.

So wird der Vermögensfreibetrag bei Alleinstehenden von heute Fr. 25'000.-- auf Fr. 37'500.-- und bei Ehepaaren von Fr. 40'000.-- auf Fr. 60'000.-- erhöht.

Zudem wird ein zusätzlicher Freibetrag von Fr. 300'000.-- eingeführt für Liegenschaften, wenn ein Ehegatte im Heim und der andere im Wohneigentum lebt oder wenn eine im eigenen Wohneigentum lebende Person eine Hilflosenentschädigung bezieht.

Die Kantone haben nach Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG dafür zu sorgen, dass EL beziehende Personen durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel nicht sozialhilfeabhängig werden.

#### 1.2.5 Hilflosenentschädigung zur AHV

Im AHVG wurde zudem eine neue Leistung geschaffen: die Hilflosenentschädigung leichten Grades für Altersrentnerinnen und -rentner, die zu Hause leben (20 Prozent der Mindestrente: Fr. 228.-- monatlich; Fr. 2'736.-- jährlich; Stand 2009).

Aus den bundesrechtlichen Vorgaben entsteht dabei weder ein gesetzlicher Anpassungsbedarf noch müssen Kantone und Gemeinden für die neue Hilflosenentschädigung aufkommen.

Die Mehrkosten werden durch den Bund finanziert (Art. 102 Abs. 2 AHVG). Die verwaltungstechnische Umsetzung erfolgt direkt durch die Ausgleichskasse.

Bei den Ergänzungsleistungen besteht im Kanton Solothurn inhaltlich kein Regelungsbedarf.

## 2. Heutige Situation und geltende Regelung im Kanton Solothurn

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft im Kanton Solothurn aufgrund der Aufgabenzuweisung nach Sozialgesetz hauptsächlich die Einwohnergemeinden. Kantonal bearbeitet das Amt für soziale Sicherheit den Bereich, soweit der Kanton dafür überhaupt zuständig ist.

### 2.1 Stationäre Pflege

#### 2.1.1 Entwicklung

Wie in andern Kantonen auch war bis anfangs der 1960er-Jahre die Betagtenpflege und Betreuung hauptsächlich eine Familienaufgabe. Die Altersheime, oft am Rande der Gemeinden erstellt, hatten ihre Grundlage in den einst für «Arme, Alte und Hilflose» eingerichteten Institutionen. Die Einrichtungen waren gekennzeichnet durch eine hohe Belegungsdichte, räumliche Enge und minimale techni-

sche Ausstattung. Die stationäre Pflege wurde oft in Annexanlagen der Spitäler oder in gesonderten Krankenheimen erbracht, wobei Krankenheimen im Kanton Solothurn keine Tradition haben.

In den 70er Jahren gab es erste kantonale Konzepte zur Errichtung regionaler Alters- und Pflegeheime, und erste Ansätze einer systematischen Altersplanung. Geradezu ein Boom im Alters- und Pflegeheimbau ergab sich 1986 mit der Ankündigung des Bundes, sich aus der Mitfinanzierung zurückzuziehen.

Im Jahre 1993 entstand die erste Heimplanung des Kantons Solothurn, welche bis hin zu juristischen Auseinandersetzungen von Einwohnergemeindeseite bekämpft wurde, aber trotzdem als Standard und Grundmodell für die folgenden Heimplanungen – aktuell die Heimplanung 2012 – galt.

Bereits mit der Einführung des KVG Mitte der 1990er-Jahre wurden dem Kanton neue Aufgaben übertragen: Nach Art. 39 KVG hat der Kanton zur Gewährleistung der stationären Pflege und Betreuung von älteren Menschen eine Planung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Die Pflegeheime, die in die Liste aufgenommen werden, können zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Pflegeleistungen erbringen und abrechnen. Nach Art. 39 KVG geht es jedoch nicht nur darum, dass das Angebot in quantitativer Hinsicht genügen muss, sondern es geht vielmehr um die Aufgabe des Kantons, für die Sicherstellung der Qualität des Angebots zu sorgen. Entgegen der Praxis in vielen anderen Kantonen wurde im Kanton Solothurn diese planende und steuernde Aufgabe durch das KVG bereits frühzeitig aktiv wahrgenommen und mit Stossrichtungen zu einer kantonalen Alterspolitik erweitert.

Im Rahmen der Heimplanung 2012 geht es insbesondere darum, dass als Richtzahl für den Bettenbedarf 21% der 80- und über 80-jährigen Bevölkerung festgelegt wird, wovon 20.5 % auf Alters- und Pflegeheime fallen sowie 0.5 % auf Langzeitpflegebetten als Entlastungsbetten in Spitälern und grundsätzlich ein Baumoratorium für neue Heime gilt,

Der Kanton beteiligt sich seit 1998 entsprechend der Aufgabenreform Kanton – Einwohnergemeinden nicht mehr an den Baukosten.

Ziel ist und bleibt somit das zwar regional zu erbringende, aber gemeindenahere Angebot eines Pflegeheimes, ein „durchlässiges“ Heim, in dem die betagten Menschen nach Möglichkeit unabhängig des Pflege- und Betreuungsaufwandes bis zum Tod verbleiben können. Im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung stieg aber auch das Anspruchsdenken und -verhalten. Es galt und gilt, verstärkt Wohnbedürfnisse mit den Pflegeanforderungen zu verbinden aber, auch mehr Individualität sowie Privatheit für die Bewohnenden zu gewährleisten.

Einzelzimmer mit Nasszelle sind heute Standard, dieser Standard hat aber auch seinen Preis.

Die aufgezeigten Entwicklungen hatten Einfluss auf das Sozialgesetz (SG; BGS 831.1) Die Einwohnergemeinden tragen die Hauptverantwortung für die Sicherstellung eines regionalen und bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Betreuung und Pflege von betagten Menschen.

Der Kanton wirkt übergeordnet, hauptsächlich in Bezug auf Planungs-, Qualitäts- und Finanzierungsfragen, nicht zuletzt auch aufgrund des KVG mit, bewilligt und beaufsichtigt die Heime nach Artikel 101 der Kantonsverfassung und den §§ 21ff des Sozialgesetzes und legt insbesondere die generellen und individuellen Höchsttaxen fest.

Gerade zur materiellen Existenzsicherung von Personen in Pflege- und Betreuungsheimen mussten und müssen durch den Kanton im Bereich der EL weitere kantonale Rechtsgrundlagen geschaffen werden. Das Ziel der im Jahr 1948 in Kraft getretenen AHV-Gesetzgebung, mit der AHV-Rente den Existenzbedarf zu sichern, konnte bekanntlich nicht erreicht werden. Zur Überbrückung der Differenz zwischen den eigenen Mitteln und dem Aufwand, der für einen angemessenen Existenzbedarf besteht, wurden im Jahr 1966 die EL geschaffen und auch auf besondere Betreuungsformen ausgeweitet. Um sicherzustellen, dass Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führt, wurde nach § 10 im neuen Sozialgesetz geregelt, dass Bedarfsleistungen, im vorliegenden Falle Hotellerie und Betreuungskosten ausgerichtet werden, wenn die Menschen, die einen Rechtsanspruch haben, trotz Eigenmitteln, Privat- und Sozialversicherungsleistungen, die kostendeckenden Taxen oder Gebühren einer notwendigen sozialen Dienst- oder Sachleistung, namentlich von anerkannten Institutionen nicht oder nur teilweise bezahlen können.

Der **Kanton** ist damit in übergeordnetem Sinn für die Gewährleistung der quantitativen und qualitativen Angebotssicherheit im Bereich der stationären Pflege von Betagten zuständig. Das zentrale Planungs- und Steuerungsinstrument ist die solothurnische Heimliste auf der Basis der vom Kantonsrat beschlossenen Heimplanung.

Der Betrieb richtet sich nach den Richtlinien Grundangebot und Basisqualität (GruBa), Version 2006. Diese Richtlinien wurden gemeinsam mit den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land erarbeitet und sind zur Zeit in Überarbeitung.

Die **Einwohnergemeinden** sind nach § 142 SG verpflichtet, für ein bedarfsgerechtes Angebot an Plätzen in stationären Einrichtungen zur Betreuung und Pflege von betagten Menschen zu sorgen. Sie können die Aufgabe gemeinsam mit anderen Gemeinden oder gemeinsam mit Privaten erfüllen oder die Aufgabe mit einer Leistungsvereinbarung privaten Einrichtungen übertragen oder gar den Nachweis erbringen, dass private Träger den Bedarf decken.

#### 2.1.2 Leistungsangebot

*Heime:* Der Kanton Solothurn verfügt zur Zeit über 50 Alters- und Pflegeheime in 53 Häusern, wovon 14 Heime private Einrichtungen und 2 für Ordensfrauen (60) sind. Eines davon wird in Zukunft auf für Nicht-Ordensfrauen geöffnet werden.

Am 01. Januar 2011 betrug die Gesamtbettenzahl, ohne Entlastungsbetten der soH (95) 2'580 Betten. Geplant waren weitere 102 Pflegebetten in bereits bestehenden Einrichtungen sowie ein neues Projekt auf dem Spitalareal Grenchen. Diese Betten sollten im Laufe der nächsten Jahre realisiert werden. Mit der Heimplanung 2012 hat der Kantonsrat die Bettenzahl auf 2'750 Betten festgelegt. Die leichte Überschreitung der Bettenzahl hängt damit zusammen, dass über 2012 hinaus geplant werden muss, wenn der Kanton Solothurn über ein genügendes, den baulichen Voraussetzungen der Richtlinien Grundangebot und Basisqualität angepasstes Angebot an Pflegebetten verfügen will.

Gemäss Bundesstatistik der sozialmedizinischen Institutionen lebten gemäss Stand der Daten (24.03.2011) 292 Betagte aus anderen Kantonen in einem solothurnischen Alters- und Pflegeheim (entspricht rund 9 Prozent aller Bewohnenden). Etwas mehr Betagte, nämlich 417 aus dem Kanton Solothurn leben in ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen. Dabei ist die Fluktuationsrate nicht berücksichtigt. Die Nutzungsverflechtungen werden mit der neuen Pflegefinanzierung Relevanz

erhalten, da die Finanzierungsgrundlagen in allen Kantonen – trotz Harmonisierungsbestrebungen unterschiedlich bleiben werden.

*Tagesstättenangebot:* Temporäre Pflege- und Betreuungsplätze werden vornehmlich in stationären Einrichtungen angeboten (Ferien- und Entlastungsplätze, Tagesplätze, Nachtplätze). Eine genaue Quantifizierung des Angebots ist nicht möglich, da mehrheitlich keine spezifischen Plätze dafür geschaffen werden, sondern stationäre Plätze vorübergehend temporär genutzt werden. Dies ist auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht nachvollziehbar. Immerhin gab es 2010 drei Alters- und Pflegeheime mit einem zusätzlichen Angebot für Tagesaufenthalte. Im Kanton Solothurn existieren aber weitere Tagesangebote, die unabhängig von Pflegeheimen betrieben werden, zum Beispiel von einer Organisation mit einer Betriebsbewilligung Spitex oder von privaten Personen. Insgesamt standen am 01. Januar 2011 rund 81 Tagesplätze zur Verfügung, die vom Kanton bewilligt worden sind. Die meisten Angebote sind von Montag – Freitag während rund 9 Stunden offen, es werden Zwischenmahlzeiten, Mittag- und Abendessen angeboten.

Neu ist, dass zwischen santésuisse, der Gemeinschaft solothurnischer Alters- und Pflegeheime (GSA) und dem Spitex Verband Kanton Solothurn (SVKS) ein Vertrag betreffend ambulanter Krankenpflege nach KVG (KLV Art. 7) für Patientinnen/Patienten in Tages- und Nachtstrukturen besteht. Tagesstätten, die Auflagen erfüllen, können dem Vertrag beitreten und für ihre Tagesgäste den Krankenversicherern eine Tagespauschale von derzeit Fr. 24.00 in Rechnung stellen.

Mit RRB Nr. 2010/2322 vom 14. Dezember 2010 wurden die Höchsttaxen 2011 erneut auf Fr. 120.00 pro Tag festgelegt.

### 2.1.3 Höchsttaxen 2011

Gestützt auf diese Unterteilungen legte der Regierungsrat im Jahre 2011 nach den gleichen Berechnungsgrundlagen wie 2010 folgende Höchsttaxen fest:

Betreuung-Pflegestufe	RUG's	Hotellerie	InvKos	Ausbildung	Betreuung	Pflege PatBet	Total Bewohner	Pflege KK	MiGell	Individuelle Höchsttaxe
0 > a	PA0	121.00	15.00	1.00	0.00	1.80	<b>138.80</b>	9.00	1.90	149.70
1 > b	PA1	121.00	15.00	1.00	0.00	10.80	<b>147.80</b>	18.00	1.90	167.70
2 > c	BA1; PA2	121.00	15.00	1.00	11.80	16.20	<b>165.00</b>	27.00	1.90	193.90
3 > d	IA1; BA2; PB1; PB2	121.00	15.00	1.00	24.40	21.60	<b>183.00</b>	36.00	1.90	220.90
4 > e	BB1;CA1; IB1 PC1; BB2	121.00	15.00	1.00	49.40	21.60	<b>208.00</b>	45.00	1.90	254.90
5 > f	PC2; IA2 IB2; CA2	121.00	15.00	1.00	81.40	21.60	<b>240.00</b>	54.00	1.90	295.90
6 > g	PD1; PD2; CB1; RLA; RMA	121.00	15.00	1.00	88.40	21.60	<b>247.00</b>	63.00	1.90	311.90

7 > h	CB2; SSA; CC1; SSB; RMB	121.00	15.00	1.00	106.40	21.60	<b>265.00</b>	72.00	1.90	338.90
8 > i	PE1; CC2;PE 2; SE1; RLB	121.00	15.00	1.00	123.40	21.60	<b>282.00</b>	81.00	1.90	364.90
9 > j	SSC	121.00	15.00	1.00	123.40	21.60	<b>282.00</b>	90.00	1.90	373.90
10 > k	RMC	121.00	15.00	1.00	123.40	21.60	<b>282.00</b>	99.00	1.90	382.90
11 > l	SE2	121.00	15.00	1.00	123.40	21.60	<b>282.00</b>	108.00	1.90	391.90
12 > m	SE3	121.00	15.00	1.00	123.40	21.60	<b>282.00</b>	108.00	1.90	391.90

#### 2.1.4 Finanzierung des heutigen Heimaufenthaltes

*Finanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung:* Für Alters- und Pflegeheime, die in der Pflegeheimliste des Kantons Solothurn aufgeführt sind, waren gemäss KVG die Tarifverträge zwischen dem Verband der Krankenversicherer und der Gemeinschaft Solothurnischer Alters- und Pflegeheime (GSA) massgebend. Diese Tarifverträge halten die finanzielle Beteiligung der Versicherer an den Pflegeleistungen fest. Die Verträge regelten auch die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und weitere Pflichten der Alters- und Pflegeheime (z.B. Reporting). Die Tarifverträge wurden nach Art. 46 Abs. 4 KVG vom Regierungsrat des Kantons Solothurns genehmigt.

Die Kostenübernahme von Pflegeleistungen durch die Krankenversicherer mittels Tagespauschalen erfolgt über zwölf Stufen je nach Pflegebedürftigkeit. Die Alters- und Pflegeheime erheben den Pflegebedarf – im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen – einheitlich und nach dem RAI/RUG – System. Die Krankenversicherer leisteten seit 1. Januar 2009 bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung Tagespauschalen von Fr. 19.00 (RAI-Stufe 1) bis Fr. 191.00 (RAI-Stufe 12).

*Finanzierung über Eigenmittel:* Gemäss § 53 SG sind Schuldnerinnen oder Schuldner der Steuern grundsätzlich diejenigen Personen, welche die Leistungen beziehen (Subjektfinanzierung). Das heisst, dass Selbstzahlerinnen und -zahler die gesamten Heimkosten selber zahlen, mit Ausnahme der stufenabhängigen Tagespauschale der Krankenversicherer und einer allfälligen Hilflosenentschädigung HE.

*Finanzierung durch Ergänzungsleistungen:* Der Kanton beteiligt sich über die Ausrichtung von EL in erheblichem Mass an der Finanzierung der anrechenbaren Pensions-, und Betreuungskosten, die nicht durch die betagten Personen selbst gedeckt werden können, nicht aber an den Pflegekosten. Schon bis anhin werden diese Kosten durch die Leistungen der Krankenversicherungen gedeckt. Nach Art. 13 ELG werden die EL zu fünf Achteln vom Bund und zu drei Achteln von den Kantonen getragen.

**Auch bei in Heimen (oder Spitälern) lebenden Personen übernimmt der Bund folgerichtig fünf Achtel der jährlichen EL, soweit die Beträge für den allgemeinen Lebensbedarf, für den höchstmöglichen Mietzins und für die anerkannten Ausgaben nach Art. 10 ELG durch die angerechneten Einnahmen nicht gedeckt sind.**

Den Rest tragen die Kantone, beziehungsweise entsprechend der innerkantonalen Regelung Kanton und Einwohnergemeinden. Gegenwärtig ergibt sich so bezüglich der in Heimen lebenden Personen eine Aufteilung der Kosten von rund 7.2 % Prozent für den Bund und rund 92.8 % Prozent für den Kanton. Der Bund beteiligt sich nach Art. 13 ELG an den jährlichen Ergänzungsleistungen.

Nach Art. 39 Abs. 2 ELV sind die laufenden Fälle der Hauptauszahlung für den Monat Dezember des Vorjahres für die Festlegung des Bundesanteils massgebend.

Im Jahre 2010 wurden insgesamt 69 Mio. Franken Ergänzungsleistungen an AHV-Beziehende ausbezahlt, davon 53 Mio. Franken an Heimbewohner und –bewohnerinnen. Kanton und Einwohnergemeinden hatten davon rund 50 Mio. Franken zu tragen.

#### 2.1.5 Ausblick: Quantitative und qualitative Weiterentwicklung

Gemäss statistischen Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz (Gesundheitsobservatorium) wird die Anzahl der über 65-jährigen Bevölkerung im Kanton Solothurn von 45'192 Personen (respektive 45'398 gemäss BFS) im Jahr 2010 auf über 68'963 Personen (respektive 71'680 gemäss BFS) im Jahr 2030 ansteigen. Bezüglich Prognosen zur Pflegebedürftigkeit macht das Gesundheitsobservatorium folgende Angaben: bis zum Alter von 79 Jahren leben über 90 % weitgehend selbständig zu Hause. In der Gruppe der 80–84-jährigen sind rund 7 % der zu Hause lebenden Personen mittelmässig oder stark pflegebedürftig, bei den über 85-jährigen nimmt dieser Anteil auf 18 % zu. Etwas anders präsentiert sich die Situation in den Alters- und Pflegeheimen. Unabhängig von Alter und Geschlecht sind dort lediglich 24 % der Bewohnerinnen/Bewohner nicht oder leicht pflegebedürftig, also weitgehend selbständig, während 76 % mittelmässig bis stark pflegebedürftig sind. Die Entwicklung der Pflegebedürftigen zeigt sich im Kanton Solothurn wie folgt: 2010 sind 4'162 Personen betroffen, bis ins Jahr 2030 werden es schätzungsweise 5'337 Personen sein. Eine Pflegebedürftigkeit bedingt aber nicht zwingend einen Aufenthalt im Alters- und Pflegeheim. Für 4'162 pflegebedürftige Personen standen 2010 rund 2'650 Pflegebetten zur Verfügung. Bei einem Anstieg von rund 1'175 Personen würde das bedeuten, dass die Anzahl Pflegebetten bis ins Jahr 2030 auf rund 3'200 Betten ansteigen müsste. Auf diese Zahl allein ist nicht abzustellen, da es neue Pflege- und Betreuungsformen geben wird, die Gesundheitsförderung und Prävention hoffentlich Früchte tragen, und auch die häusliche Pflege weiterhin zunehmen wird. Die Auswirkungen werden im Rahmen der Heimplanung 2020 vertieft ge- und überprüft werden.

## 2.2 Ambulante Pflege (Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) – SPITEX

### 2.2.1 Entwicklung

Wie der Name SpiteX zeigt, wurde die häusliche Pflege zur Hauptsache im Anschluss an einen Spitalaufenthalt (spitaleXtern) erbracht. Die häusliche Pflege entwickelt sich aber hauptsächlich umgekehrt, nicht der Austritt aus einem Spital (wiewohl mit neuer Aktualität über die Akut- und Übergangspflege) allein steht mehr im Zentrum, vielmehr verhindert die häusliche Pflege einen Heimeintritt oder zögert diesen weiter hinaus.

Nach § 142 des SG ist auch diese Dienstleistung eine kommunale Aufgabe. Die Kosten für die pflegerischen Leistungen nach Art. 7 KLV werden von den Krankenversicherern individuell (Pflege) und von den Einwohnergemeinden (gemeinwirtschaftliche Leistungen) – in der Regel über Subventionen, Objektbeiträge oder Defizitdeckungen getragen. Einen kleineren Anteil machen aber auch Spenden und Mitgliederbeiträge aus. Zudem können Ergänzungsleistungsbezüger und –bezügerinnen krankheitsbedingte Mehrkosten bis zu einer bestimmten Obergrenze geltend machen. Die Klientinnen und Klienten sind bis anhin – wie bei jedem Arztbesuch oder Spitalaufenthalt auch an der Finanzierung durch Franchise und Selbstbehalt beteiligt.

### 2.2.2 Zuständigkeiten

Die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden nach § 142 SG umfasst sowohl die quantitative und qualitative Sicherstellung als auch die Finanzierung des Angebots. Erbracht wird die ambulante Pflege im Kanton Solothurn wie in anderen Kantonen auch von drei unterschiedlichen Gruppen von Leistungserbringern:

- öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;
- private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause;
- freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

Der Kanton ist für die Bewilligungserteilung für alle drei Formen zuständig und hat die Aufsicht über die gesamte Tätigkeit all dieser Leistungserbringer wahrzunehmen. Die öffentlich subventionierten Organisationen schliessen mit einer oder mehreren Einwohnergemeinden zusätzlich eine Leistungsvereinbarung bezüglich Angebot und Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Kosten ab.

### 2.2.3 Leistungsangebot und Datenlage

Im Kanton Solothurn gibt es 40 öffentlich subventionierte Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, die alle Mitglieder des Spitex Verbands Solothurn sind und in der Regel über eine Leistungsvereinbarung verfügen. Im weiteren wird das Angebot der spitalexternen ambulanten Pflege im Kanton Solothurn durch die Leistungen von 13 privaten Organisationen der Hilfe und Pflege (wovon 6 ein spezielles Angebot haben) sowie durch 40 freiberuflich tätige Pflegefachpersonen (*107 sind gemeldet, 67 haben Standort Kanton Solothurn; nicht klar ist, wer effektiv noch freiberuflich tätig ist*) ergänzt. Alle Organisationen verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung und die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.

Das Leistungsangebot der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause ist in § 143 SG festgelegt.

Pflege zu Hause umfasst Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und der Behandlung und/oder der Grundpflege nach Art. 7 KLV. Die öffentlich subventionierten Organisationen und neu ab 2010 auch die privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die freiberuflichen Pflegefachleute sind nach Art. 22a KVG verpflichtet, jährlich Angaben über die Organisation, das Dienstleistungsangebot, das Personal, die Klientinnen und Klienten sowie die Finanzen der Organisation dem Bundesamt für Statistik (BFS) zu melden. Der Spitex Verband Kanton Solothurn erhebt gestützt auf eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton die Daten für das BFS und erstellt die Spitex - Statistik des Kantons.

Zahlen aus der Spitex - Statistik 2009 der gemeinnützigen Spitex-Organisationen Kanton Solothurn zeigen folgendes Bild: 5'707 Klientinnen und Klienten bezogen KLV-Leistungen (von den Krankenversicherern gedeckt); 3'635 Klientinnen und Klienten bezogen hauswirtschaftliche Leistungen und 627 Klientinnen und Klienten bezogen andere Leistungen wie Mahlzeiten, Fahrdienst etc.

2009 wurden gesamthaft 455'307 Stunden geleistet; davon 84'427 Stunden für 0-64-jährige, 121'541 Stunden für 65-79-jährige und 249'338 Stunden für über 80-jährige. Dabei wurden total 343'329 KLV-Stunden, d.h. verrechenbare Stunden, geleistet; 60'894 Stunden für 0-64-jährige, 91'936 Stunden für 65-79-jährige und 190'499 Stunden für über 80-jährige. Den 343'329 Stun-

den von den Krankenversicherern finanzierten Stunden standen 111'978 Stunden gegenüber, die entweder vom Leistungsempfänger selber (Hauswirtschaft + ergänzende Dienstleistungen) oder mit Mitgliederbeiträgen (2.19 %), Spenden und anderen Einnahmen (2.20 %) sowie öffentlichen Geldern 31.30 % gedeckt wurden. In diesen Zahlen sind die Leistungen der privaten Organisationen und der freiberuflich tätigen Pflegefachleute nicht inbegriffen. Diese müssen erst ab 2010 ihre Zahlen dem BFS abgeben.

Taxregelung 2011

mit Gültigkeit per 1. Januar 2011:

<b>Leistungsgruppen</b>	<b>(Tarif 2012)</b>	<b>KK-Tarif</b>	<b>Patbet</b>	<b>Total</b>
Abklärung und Beratung:	(Fr. 79.80)	Fr. 74.00	Fr. 8.00	Fr. 82.00
Untersuchung und Behandlung:	(Fr. 65.40)	Fr. 65.00	Fr. 8.00	Fr. 73.00
Grundpflege:	(Fr. 54.60)	Fr. 53.00	Fr. 8.00	Fr. 61.00

Der Tarif – einschliesslich Patientenbeteiligung - wird per 1. Januar 2012 angepasst

#### 2.2.4 Finanzierung

Die Finanzierung der öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause obliegt den Gemeinden. Die Höhe und die Verwendung des Gemeindebeitrags an die Organisation der Hilfe und Pflege zu Hause werden in einer Leistungsvereinbarung festgelegt.

### 3. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der stationären Pflege

#### 3.1 Neue Gesetzesgrundlage

Anders als die andern Kantone ging der Kantons Solothurn bis anhin davon aus, dass für die öffentliche Hand keine Pflicht zur Restfinanzierung aus Pflege entsteht. Vielmehr galt, dass der von den Krankenversicherern anerkannte Betrag an die Pflegeleistungen nach Artikel 44 KVG (Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen) sowie die Patientenbeteiligung die Pflegekosten abdeckt. Ebenso sind die Kantone frei, eine allfällige Restfinanzierung zu regeln.

Der Kantonsrat hat nun einen Auftrag der FdP – die Liberalen am 7. Dezember 2010 (AD 115/2010) mit folgendem durch die Sozial- und Gesundheitskommission abgeänderten Wortlaut erheblich erklärt:

- 1. Aufzuzeigen, wie die durch Art. 25A Abs. 5 KVG vorgesehene Neuregelung der Finanzierung der Pflegekosten umgesetzt werden kann.*
- 2. Dabei sind die finanziellen Folgen für Kanton und Einwohnergemeinden aufzuzeigen.*
- 3. Aufzuzeigen, wie sich die Kostenbelastung der Patienten verändert und wie sich die Solothurner Regelung im Vergleich mit den Nachbarkantonen präsentiert. Dabei sollen nicht nur die Kosten der Pflege, sondern auch die übrigen Heimkosten sowie die Belastung unter Berücksichtigung der sozialpolitischen Massnahmen wie Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen aufgezeigt werden.*
- 4. Die Neuregelung der Finanzierung ist bis spätestens 1.1.2012 umzusetzen.*

Am 01. April 2011 wurde eine Unterschriftenliste zum Volksauftrag „keine höheren Eigenleistungen der Pflege im Heim“ eingereicht. Der Volksauftrag lautet

*„In der Heimfinanzierung ist die Definition der Leistungen in Abgrenzung zwischen Hotellerie, Betreuung und Pflege mit den umliegenden Kantonen zu vereinheitlichen, insbesondere ist die Grundpflege gemäss Bundesgesetzgebung als Pflegeaufwand anzuerkennen. In der Folge sind die Restkosten der Pflege mittels Beiträgen der öffentlichen Hand bundesrechtskonform zu übernehmen.“*

Die Behandlung des Volksauftrages ist zur Zeit der Erstellung dieser Botschaft noch hängig.

Mit der parlamentarisch verlangten Neuordnung der Pflegefinanzierung wird damit auch im Kanton Solothurn die öffentliche Hand direkter Kostenträger für die Pflegekosten von Personen in Betreuungs- und Pflegeheimen. Neu werden alle Bewohnerinnen und Bewohner – unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Vermögen – Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand an ihre stationären Pflegekosten haben.

Nach der Sozialgesetzgebung sind gemäss §§ 9 und 144 SG die Einwohnergemeinden für die Finanzierung zuständig. Die Kosten sollen gleichermassen wie die übrigen kommunalen Sozialleistungen dem Lastenausgleich unterstehen, ohne als Sozialhilfeleistungen zu gelten. Damit entstehen bezüglich der Angebotsbereitstellung auch keine erheblichen Fehlanreize, welche die Standortgemeinden mit quantitativ und qualitativ gutem Angebot über Gebühr belasten und sie damit für ihr Engagement zugunsten pflegebedürftiger Menschen bestrafen würden. Die interkantonale Abwicklung wird so oder so zu Schwierigkeiten führen, da in den Kantonen verschiedene Finanzierungs- und Abwicklungsarten gelten. Immerhin zeigt die Praxis im Jahre 2011, dass diese operativen Schwierigkeiten zu meistern sind.

### 3.1.1 Zulassung als Leistungserbringer

Als Leistungserbringer sind weiterhin Pflegeheime zugelassen, soweit sie auf der kantonalen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG mit Angabe der zugelassenen Plätze und Leistungskategorien aufgeführt sind. Diese Bestimmungen erfahren durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung keine Änderung und sind deshalb unverändert massgebend.

In Art. 7 Abs. 2ter KLV ist vorgesehen, dass die Pflegeleistungen ambulant oder in einem Pflegeheim und auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden können. Damit können zur Erbringung von KVG-Leistungen auch Anbieter von Tages- und Nachtstrukturen zugelassen werden. Die Zulassung ist gesondert zu regeln.

### 3.1.2 Abgrenzung von Pflege und Betreuung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung tangiert den Leistungskatalog und damit die Definition der Pflege nach KVG grundsätzlich nicht. Auch wenn der Pflegebegriff neu extensiver ausgelegt wird – sonst würden ja gar keine nicht finanzierten Restkosten entstehen – ergeben sich in Pflegeheimen weiterhin die „alten“ Probleme für die Umsetzung der Pflegefinanzierung: Wie auch in der Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung festgehalten, entzieht sich die pflegerische Tätigkeit in der Praxis einer scharfen Abgrenzung von Betreuungsleistungen, denn im Heimalltag gehen Pflege und Betreuung in der Regel sowohl nebeneinander her als auch ineinander über. Die Restfinanzierungspflicht beschränkt sich jedoch auf die Restfinanzierung der Kosten für die Pflege nach KVG bzw. nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Betreuungskosten und die Pensi-

ons-/Hotelleriekosten fallen nicht darunter. **Jede Senkung der Betreuungskosten im System des Kantons Solothurn geht daher mit einer Erhöhung der Pflegekosten einher.** Deshalb sind alle Akteure in diesem Segment weiterhin gefordert, für eine nachvollziehbare Bemessung, Kostenermittlung und Abrechnung der Pflegeleistungen zu sorgen.

### 3.1.3 Anrechenbare Pflegekosten

Der von der öffentlichen Hand zu finanzierende Rest der Pflegekosten wird durch das Bundesrecht nicht limitiert. Als wesentliche Kostenträger haben die Einwohnergemeinden daher ein legitimes Interesse, auf die Kostenentwicklung im Bereich der Pflege Einfluss zu nehmen und finanzielle Fehlansätze für die Leistungserbringer zu vermeiden. Die GDK empfiehlt deshalb, die Pflorgetaxen normativ oder als Höchstwerte festzulegen. Nach § 52 des Sozialgesetzes werden diese Höchstwerte als „generelle“ Höchsttaxen vom Regierungsrat und als „individuelle“ Höchsttaxen vom Departement des Innern festgelegt. Die eidgenössische Preisüberwachung hat diesbezüglich bereits seit Jahren starke Vorbehalte angemeldet, da sie insbesondere eine Verletzung des Tarifschutzes nach Art. 44 KVG befürchtet. Würden die Kantone Norm- oder Höchstwerte festlegen, würden die ungedeckten Pflegekosten der Leistungserbringer auf Betreuungs- oder Pensionskosten und damit auf die Bewohnerinnen und Bewohner überwältigt. Dies würde klar gegen den Tarifschutz nach Art. 44 KVG verstossen. Die Begründung erweist sich als nicht schlüssig, da sich der Tarifschutz ganz klar nur auf die „Pflegeleistungen“ bezieht und in Absatz 1 ausdrücklich festhält, dass sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen und für Leistungen nach diesem Gesetz (hier eben medizinisch indizierte Pflegeleistungen) keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen (Tarifschutz). Dabei ist von wesentlicher Bedeutung, dass die Einwohnergemeinden als „öffentliche Hand“ nur für Restkosten aufkommen, die aus der Erbringung von Pflegeleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV entstehen. Insbesondere ist nach KVG auch nur jene Leistung anerkannt, die wirtschaftlich erbracht wird. Nach Art. 49 Abs. 8 KVG sind zudem Betriebsvergleiche durchzuführen. Diese dienen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG und stellen damit eine wesentliche Basis für die Tarifierung dar. Damit ist auch sicherzustellen, dass Steuergelder ausschliesslich zur Deckung von anerkannten Pflegekosten verwendet werden. Das Restfinanzierungsmodell muss diesen Zielsetzungen genügen. Die Festlegung eines Kostendachs (Höchsttaxen) hat sich im Kanton Solothurn seit Jahren bewährt. Daran ist festzuhalten.

Grundlage für die Festlegung der anrechenbaren Pflegeleistungen bilden die bestehenden Kostenrechnungen der Heime, welche diese bereits heute nach Krankenversicherungsrecht erstellen müssen. Diese Kostenrechnungen werden nach qualitativ einheitlichem Standard geführt und dienen im Controlling für die Überwachung einheitlicher und korrekter Abgrenzungen zwischen Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten. Sie gaben mit Ausnahme von Standardvorbehalten der Preisüberwachung bis anhin zu keinerlei Bemerkungen oder Beanstandungen Anlass.

### 3.2 Abwicklung

Zur Abwicklung der Restfinanzierung soll an der bewährten Subjektfinanzierung – unter erweiterter Begriffsbestimmung festgehalten werden. Wie bisher sollen die Heime direkt an die betroffenen Personen (Subjekt) Rechnung stellen. Diese sollen sodann weiterhin mit den für sie zuständigen Stellen Abrechnungen vornehmen. Auch heute erfolgt dies mit den Krankenversicherern auf diese Weise (System des Tiers garant nach Art. 42 Abs. 1 KVG; Regelfall). Bei Personen, welche Ergänzungsleistungen benötigen zahlt die Ausgleichskasse automatisch die Beiträge an die Leistungsbezüglerinnen und -bezügler aus. Dieses Abwicklungsmodell hat den Vorteil, dass die bisherige Art der Rechnungsstellung durch die Heime beibehalten werden kann. Neu ergibt sich einfach eine neue „Bezahlstelle“, nämlich die Einwohnergemeinden. Im Vollzug kann vorgesehen werden, die jeweiligen Sozialregionen mit der Aufgabe zu betrauen. Den Betrag der Restfinanzierung, der von den Einwohnergemeinden getragen wird, stellen die Heime somit direkt den betreffenden Sozialregionen in Rechnung (Namensliste mit Abrechnungsperiode und Betrag). Diese Lösung ist administrativ sowohl für die Heime als auch für die Gemeinden einfach und effizient.

Nach Art. 42 Abs. 2 KVG ist es aber möglich, dass Heime mit den Krankenversicherern das sogenannte System des Tiers payant vereinbaren. Dabei würden die Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung durch die Krankenversicherer direkt an das Heim geleistet. Auch mit dem Subjektfinanzierungsmodell für die Restfinanzierung steht den Heimen und Krankenversicherern auch die Möglichkeit offen, entweder generell oder im Einzelfall für Bewohner und Bewohnerinnen, welche die rechtzeitigen Zahlungen nicht garantieren können.

### 3.3 Finanzierung von Tages- und Nachtaufenthalten

Nach der Bundesgesetzgebung leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung auch Beiträge für Pflegeleistungen, die in Tages- oder Nachtstrukturen erbracht werden. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten je Tag oder je Nacht und entsprechen jenen, die Pflegeheimen ausgerichtet werden (Art. 7a Abs. 4 KLV). Diese Regelung gilt zur Zeit noch nicht, aktuell leisten die Krankenversicherer eine Tagespauschale sofern die Tages- oder Nachtstruktur dem Vertrag zwischen santésuisse, GSA und SVKS beigetreten ist. Diese Pauschale von Fr. 24.00 deckt in fast allen Fällen die Pflegeleistungen, die während rund 9 Stunden Aufenthalt erbracht werden. Der grösste Kostenfaktor in Tages- und Nachtstrukturen ist die Betreuung, die nicht Gegenstand von Art. 7 KLV ist. Für die Kostenübernahme gelten dieselben Regelungen wie im Bereich Alters- und Pflegeheime, d.h. der Tagesgast übernimmt die Kosten selber – beziehungsweise macht bei der Ausgleichskasse krankheitsbedingte Mehrkosten geltend und verlangt, sofern möglich, bei den Krankenversicherern die Pauschale ein.

### 3.4 Controlling

Die Berechnung der Restfinanzierung soll im Kanton Solothurn weiterhin auf den individuellen Pflegekosten je Heim basieren und durch ein Kostendach je Pflegestufe begrenzt werden. Damit werden die von den Heimen ausgewiesenen Pflegekosten weiterhin nicht nur daraufhin geprüft werden, ob sie tatsächlich angefallen sind, sondern auch, ob sie bei Einhaltung der geforderten Qualität auch wirtschaftlich vertretbar sind. Wie bisher wird gegenüber der mitfinanzierenden öffentlichen Hand Kosten- und Leistungstransparenz hergestellt. Nach der Sozialgesetzgebung wird dieses finanzielle Controlling weiterhin zentral durch den Kanton über seine Aufsichtsverpflichtung vorgenommen.

### 3.5 Neues Finanzierungsmodell

#### 3.5.1 Vergleich mit andern Kantonen

Die in der Datenerhebung der Kantone ermittelten Pflegekosten, beziehungsweise Gesamtkosten zeigen grosse Unterschiede und lassen sich – Stand heute – kaum vergleichen.

Die Abgrenzung in KVG- und nicht-KVG-pflichtige Leistungen ergeben ein uneinheitliches Bild. Einzelne Kantone weisen Betreuungskosten aus, andere nicht, mit der Begründung, sie seien in den Pensionskosten (Hotellerie) eingeschlossen. Wiederum andere Kantone weisen sie – systemwidrig – einfach unter ihren „Restfinanzierungskosten“ aus, obwohl diese zusätzlichen Kosten nichts mit der Pflege nach KVG zu tun haben. Die meisten der angefragten Kantone haben zum Zeitpunkt der Erhebung gar keine zusammenfassenden kantonalen Listen, weil die Tarifierung den Heimen beziehungsweise den Einwohnergemeinden überlassen ist.

In den meisten Kantonen gibt es zudem für sogenannte Selbstzahlende keine Obergrenzen. Höchstgrenzen gelten nur für Bewohner und Bewohnerinnen, welche Ergänzungsleistungen beziehen müssen. Auch in andern Kantonen führt daher diese „Selbstzahlerregelung“ dazu, dass trotz staatlicher Restfinanzierung die Vermögen der „selbstzahlenden“ Bewohner und Bewohnerinnen über hohe Hotelleriekosten geschmälert werden, bis die Vermögensfreigrenze nach der EL-Gesetzgebung erreicht ist.

Verschiedene Kantone haben zudem Höchstgrenzen bei den Ergänzungsleistungen festgelegt, während der Kanton Solothurn keine solchen Obergrenzen kennt, nach oben offen ist und damit die Leistungsgrenze der EL über die Heim – Höchsttaxen regelt.

Aus der **Beilage 8** ergeben sich entsprechende Daten aus verschiedenen Kantonen

#### 3.6 Fazit:

Es ist angezeigt, für den Kanton Solothurn ein Modell zu entwickeln, welches

- einzelne Elemente aus einzelnen anderen Kantonen aufnimmt
- entsprechend des parlamentarischen Auftrages eine Mitbeteiligung der öffentlichen Hand an den Pflegekosten – unabhängig der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der pflegebedürftigen Personen – vorsieht
- konsequent auf den schweizweit gleichen 12 Pflegestufen – für den Kanton Solothurn kalibriert im System RAI/RUG – aufbaut<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kalibrierung - Anpassung der Systemminuten: Die neue Pflegefinanzierung gibt neu einen nach Minuten abgestuften Tarif vor (Art. 7a KLV Abs. 3). Die verschiedenen Einstufungssysteme (BESA, RAI, PLAISIR) verwenden aber unterschiedliche Definitionen für die Festlegung der systemrelevanten Minuten, sodass je nach System auch bei einem identischen Bewohnerkollektiv systematisch höhere bzw. tiefere Pflegestufen gemäss KVG erreicht werden. Die Problematik ist inzwischen anerkannt. Eine von CURAVIVA (Heimverband) koordinierte Steuerungsgruppe, in der auch das BAG, die GDK und santésuisse vertreten sind, plant eine Studie zur Ermittlung der Minutendifferenzen der System aufgrund von Dreifacheinstufungen derselben Bewohnerin/Bewohner („Tripartite Studie“). Diese Aufgabe ist sehr aufwändig, Resultate sind nicht so schnell zu erwarten. Das ist zum Nachteil derjenigen Kantone oder Heime, die mit dem RAI arbeiten, denn da sind derzeit die tiefsten Minutenwerte hinterlegt. Am 26. August 2010 hat der Vorstand der GDK vom Stand des Projektes und von der vom Systemanbieter RAI/RUG vorgeschlagenen Erhöhung der Systemminuten von RAI/RUG um 16.2 % im Sinne einer Sofortmassnahme Kenntnis genommen. Das Zentralsekretariat wurde beauftragt, die kantonalen Gesundheitsdepartemente dahingehend zu informieren. In der Folge hat der Kanton Solothurn für 2011 in Absprache mit der Gemeinschaft solothurnische Alters- und Pflegeheime auf die Umsetzung der Sofortmassnahme verzichtet. Ob diese per 2012 umgesetzt werden kann, ist noch offen; das Projekt schreitet nur langsam voran. Vermutlich wird eine Anpassung der Systemminuten frühestens per Ende 2012 zu erwartet werden können.

- in sich soweit als möglich sachlogisch ist, was die meisten Modelle der andern Kantone nicht sind.
- die Vorbehalte der Preisüberwachung angemessen berücksichtigt
- auf der Basis der bisher als gerecht und wirtschaftlich anerkannten Höchsttaxen weitgehend kostenneutral überführt werden kann und insbesondere die Existenz bestehender Heime nicht gefährdet, aber auch einzelne Heime nicht unangemessen bevorteilt
- sich auch über die Beteiligung der Einwohnergemeinden an den Investitionskosten äussert
- die Auswirkungen auf die EL aufzeigt mit der allfälligen Folge, den Verteilschlüssel zwischen Kanton und Einwohnergemeinden entsprechend anzupassen oder gar den heutigen Verteilschlüssel der EL-Kosten AHV/IV zwischen Kanton und Einwohnergemeinden aufzuheben
- die finanzielle Belastung des öffentlichen Gemeinwesens beachtet

### 3.7 Modell

Aus Gründen der Verständlichkeit wird die eine oder andere bereits gemachte Feststellung oder Ausführung wiederholt werden.

#### 3.7.1 Pflegekosten

Augrund der vergleichenden Studie mit Nachbarkantonen kann davon ausgegangen werden, dass den Pflegekosten grundsätzlich nur eine „Beteiligung der Krankenversicherer“ zugrunde gelegt wird. Offenbar wird dabei davon ausgegangen, dass diese Beteiligung höchstens 40–60% der Pflegekosten deckt. Nach der Bundesgesetzgebung wird zudem eine Bremse zur Patientenbeteiligung einführt, welche pro Tag, unabhängig des Pflegebedarfs, 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Tarifs, somit Fr. 21.60 nicht überschreiten darf.

Kein Kanton hat ein wirklich kohärentes System. Vielmehr wurden, gerade in den höheren Pflegestufen, die Kostensätze so angelegt, dass das jeweilig bestehende kantonale System relativ kostenneutral für die Heime überführt werden konnte. Ebenso besteht keine Einheitlichkeit, was den Eigenanteil betrifft. Im Gegensatz zum Kanton Solothurn hatten viele andere Kantone noch damit zu kämpfen, dass sie unterschiedliche Bedarfssysteme überführen mussten, was die Vergleichbarkeit zusätzlich erschwert.

Auch der Kanton Solothurn hat sich an den bestehenden Kostenstrukturen der Heime zu orientieren, die sich bis anhin bewährt hat. Das heisst, dass auch das nunmehr entwickelte „Solothurner-Modell“ sich bei aller Sachgerechtigkeit daran zu orientieren hat, dass die Heime aggregiert in etwa mit den gleichen Erträgen rechnen können.

Analysiert man die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer, so kommt man zu Schluss, dass die Pflegekosten nach KVG nach einem linearen Minutentarif festgelegt werden. Der Minutentarif für die von den Krankenversicherern zu zahlenden Tarife beträgt 45 Rappen. Auf dieser Basis wurden 12 Pflegestufen a 20 Minuten zusammengefasst, was letztlich zu einer minimalen Pflegekostenabgeltung bei 20 Minuten von Fr. 9.– und einer oberen Begrenzung bei maximal 240 Minuten von Fr. 108.– führt.

Die folgenden Modelle gehen selbstverständlich von dieser Vorgabe aus. In jedem Modell wird zudem die Patientenbeteiligung nicht für alle Pflegestufen auf den maximal möglichen Wert von Fr. 21.60 pro Tag gesetzt sondern proportional zur jeweiligen Pflegestufe vermindert. Damit ergibt sich

ein Rahmen von Fr. 1.80 bis Fr. 21.60. Vorweggenommen sei die Feststellung, dass in allen Modellen zusätzlich die vollen Investitionskosten und ein zusätzlicher Ausbildungsanteil auf die Tagestaxe umgelegt werden. Dadurch ist im Vergleich zur geltenden Taxregelung 2011 zum vornherein von einem um Fr. 14.- (Fr. 13.- und Fr. 1.-) erhöhten Tagessatz je Pflegestufe auszugehen.

Jedes Modell hat nun aber Reflexwirkungen auf das gesamte Kostensystem, namentlich auf Hotelleriekosten, Investitionskosten und Betreuungskosten.

### 3.7.2 Hotellerie

An dem für das Jahr 2011 eingeführten Maximalsatz für Hotellerieleistungen von Fr. 121.- pro Tag soll festgehalten werden. Dieser Rahmen gibt den Heimen genügend Spielraum, das Angebot situativ anzupassen. Stand heute haben denn auch viele Heime ihre durchschnittlichen Hotelleriekosten eher um 105.- herum festgelegt, was für den Bewohner- und die Bewohnerin faktisch einen um 16 Franken tieferen Tagessatz ergibt, als in den Modellrechnungen ausgewiesen.

### 3.7.3 Investitionskosten

Die Investitionskostenpauschale basiert auf der Annahme eines Bettenplatzes von 250'000 Franken, der bei einem Zinssatz von 4% auf 32 Jahre abzuschreiben ist. Daraus ergibt sich eine Investitionskostenpauschale von Fr. 28.- bis 32.- pro Tag. Seit 10 Jahren wird in der Tarifgestaltung davon ausgegangen, dass jeweils rund die Hälfte im Rahmen der Heimkosten vom Bewohner oder der Bewohnerin zu übernehmen ist, während die Einwohnergemeinden die andere Hälfte bei der Bauauslösung/Erneuerung als direkte Investitionszuschüsse zu tragen haben. Diese Regelung führt immer wieder zu Streitigkeiten unter allen Beteiligten und widerspricht dem Subjektfinanzierungsmodell des Sozialgesetzes. Es rechtfertigt sich daher – gleich wie der Kanton Bern, aber auf tieferer Basis wegen der Annahme eines tieferen Zinssatzes – nunmehr die volle Investitionskostenpauschale im Tagesansatz zu verrechnen. Dabei ist von Fr. 28.- auszugehen.

Da bereits Fr. 15.- zurückgestellt werden, verbleiben zusätzliche Fr. 13.-. Werden diese Fr. 13.- mit den 2'500 Bettenplätzen multipliziert und auf 365 Tage aufgerechnet, ergibt sich daraus ein jährliches zusätzliches Pauschalvolumen von rund 12 Mio. Franken, welches die Heime zurückzustellen haben und damit gleichzeitig die Einwohnergemeinden für die Zukunft um den gleichen Betrag entlasten. Grundsätzlich hätten die Einwohnergemeinden damit für die Zukunft keine Investitionskosten mehr an die Pflegeheime zu tragen.

### 3.7.4 Ausbildungskosten

Der 2011 in einem ersten Schritt neu eingeführte „Ausbildungsfranken“ soll um einen weiteren Franken erhöht werden. Damit können die Heime die notwendige Ausbildung von entsprechenden Pflegefachkräften mitfinanzieren. Wiederum auf der Basis von 2'500 Betten stünden mit dieser Verdoppelung jährlich gesamthaft Fr. 1.8 Mio. bis 2 Mio. Franken zur Verfügung.

### 3.7.5 Betreuung

Die bisherigen Betreuungskosten wurden – nicht zuletzt auch von der eidgenössischen Preisüberwachung als zu hoch eingestuft. In einzelnen Medien wurde auch von „verkappten Pflegekosten“ gesprochen. Diese Feststellungen gehen aber an der Tatsache vorbei, dass ein Pflegeheimaufenthalt

auch eine soziale Betreuung nach sich zieht, welche systembedingt eben gerade nicht von den Pflegekosten gedeckt ist. Im Gegensatz zu verschiedenen andern Kantonen weist der Kanton Solothurn diese Betreuungskosten offen aus und subsumiert sie nicht unter der Hotellerie oder gar als „Pflegezuschlagskosten“, welche von der öffentlichen Hand mit der „Restfinanzierung“ zu tragen seien. Auch der Bundesrat geht in seiner Botschaft zur Aenderung des KVG von Betreuungskosten aus. Gleichermassen bestätigt auch die GDK in ihren Empfehlungen, dass die Betreuungskosten von einer Neuregelung der Pflegefinanzierung grundsätzlich unberührt bleiben. Am bewährten Kostenanteil für die soziale Betreuung soll daher grundsätzlich festgehalten werden (im folgenden Modell 2 werden aber die Auswirkungen dargestellt, wenn die Kosten „ähnlich anderer Kantone in den Pflegekosten oder in der Hotellerie „versteckt“ werden). Hingegen ist den fachlichen Interventionen der Heime Rechnung zu tragen, wonach sowohl für die tieferen Pflegestufen, als auch für die höchsten Pflegestufen prozentual zu hohe Betreuungskosten in Rechnung gestellt würden, wohingegen für die mittleren Pflegestufen, in der insbesondere demente Menschen mit hohem Betreuungsaufwand eingestuft sind, zu tiefe Ansätze errechnet worden seien.

In den folgenden fünf Modellen wird all diesen Verunsicherungen und Hinweisen Rechnung getragen, indem die **Betreuungskosten** wesentlich gesenkt werden oder gar darauf verzichtet wird.

### 3.7.6 Modellvarianten

#### Modell 1 (Beilage 3)

Im Modell 1 wird angenommen, dass die Krankenversicherer 60% der anfallenden Pflegekosten bezahlen. An die mit dieser Annahme nunmehr verbleibenden „Restkosten“ sollen die Patienten jeweils 12% der gesamten Kosten der jeweiligen Pflegestufe und das Gemeinwesen – nach dem geltenden Recht die Einwohnergemeinden – 28% bezahlen.

Daraus resultiert ein Stundenansatz für die Pflege von Fr. 45.- an den die Krankenversicherer Fr. 27.-, der Patient Fr. 5.40 und die Einwohnergemeinden Fr. 12.60 zu zahlen haben.

Wird diese Basis nunmehr auf die 12 Pflegestufen übertragen, ergeben sich Pflegesätze von der Pflegestufe a von Fr. 15.- pro Tag bis Fr. 180.- pro Tag in der Pflegestufe I.

Daraus ergibt sich ein sachlogisches Modell zu Finanzierung der Pflegekosten. Multipliziert man nun die sich ergebenden Ansätze mit der jeweiligen Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen (Stand 2010) ergibt sich für rund 2'500 Personen eine Entlastung von jährlich insgesamt **19 Mio Franken** jährlich, die neu von den Einwohnergemeinden zu tragen sind.

Um die Betreuung sicherzustellen ist jedoch ein entsprechender Betreuungssatz zu berücksichtigen. In diesem Modell sind sie zwar erheblich tiefer, als nach dem geltenden Modell, den Vorstellungen der Preisüberwachung dürften sie aber nicht genügen.

*Auswirkungen auf die vom Bewohner oder von der Bewohnerin zu zahlenden Heimkosten (Höchststaxen):* Gemessen am bisherigen Rahmen von Fr. 138.80 (152.80 mit voller IKP) bis Fr. 282.- (Fr. 294.- mit voller IKP) werden sich die Kosten im neuen Rahmen zwischen Fr. 151.80 und Fr. 263.40 bewegen.

#### Modell 2 – Beilage 4

Das Modell 2 verzichtet auf das Ausweisen von Betreuungskosten. Nach diesem Modell bleiben Krankenversicherungsleistung und Patientenbeteiligung gleich wie in Modell 1. Hingegen erhöht sich dafür der Beitrag der öffentlichen Hand an die Restfinanzierung.

Von einem sachlogischen Stundenansatz der Pflege kann nicht mehr gesprochen werden. Vielmehr werden die bisherigen Betreuungskosten sachwidrig als zusätzliche Pflegekostenanteile ausgewiesen, welche von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind. Je nach Pflegestufe variiert daher der angenommene Stundenansatz von Fr. 38.40 in der Pflegestufe a bis Fr. 62.40 in der Pflegestufe I.

Daraus resultiert für die rund 2'500 Personen eine Entlastung von jährlich insgesamt **54 Mio Franken** jährlich, die neu von den Einwohnergemeinden zu tragen sind.

Die Frage nach den Betreuungskosten stellt sich für die Preisüberwachung nicht mehr.

*Auswirkungen auf die vom Bewohner oder von der Bewohnerin zu zahlenden Heimkosten (Höchsttarifen):* Gemessen am bisherigen Rahmen von Fr. 138.80 (152.80 mit voller IKP) bis Fr. 282.- (Fr. 294.- mit voller IKP) werden sich die Kosten im neuen Rahmen zwischen Fr. 151.80 und Fr. 171.60 bewegen.

## Modell 3 – Beilage 5

Im Modell 3 wird angenommen, dass die Krankenversicherer 40% der anfallenden Pflegekosten bezahlen. An die mit dieser Annahme nunmehr verbleibenden „Restkosten“ sollen die Patienten jeweils 8% der gesamten Kosten der jeweiligen Pflegestufe und das Gemeinwesen 52% bezahlen.

Daraus resultiert ein Stundenansatz für die Pflege von Fr. 67.50 an den die Krankenversicherer Fr. 27.-, der Patient wie in Modell 1 Fr. 5.40 und die Einwohnergemeinden Fr. 35.10 zu zahlen haben.

Wird diese Basis nunmehr auf die 12 Pflegestufen übertragen, ergeben sich Pflegesätze von der Pflegestufe a von Fr. 22.50.- pro Tag bis Fr. 270.- pro Tag in der Pflegestufe I.

Daraus ergibt sich ein sachlogisches Modell zu Finanzierung der Pflegekosten. Multipliziert man nun die sich ergebenden Ansätze mit der jeweiligen Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen (Stand 2010) ergibt sich für rund 2'500 Personen eine Entlastung von jährlich insgesamt **52 Mio Franken** jährlich, die neu von den Einwohnergemeinden zu tragen sind.

*Auswirkungen auf die vom Bewohner oder von der Bewohnerin zu zahlenden Heimkosten (Höchststaxen):* Gemessen am bisherigen Rahmen von Fr. 138.80 (152.80 mit voller IKP) bis Fr. 282.- (Fr. 294.- mit voller IKP) werden sich die Kosten im neuen Rahmen zwischen Fr. 151.80 und Fr. 190.50 bewegen.

Die noch zu verrechnenden Betreuungskosten für die betreuungsintensiven Pflegestufen e-j (vor allem auch in Zusammenhang mit dementen Bewohnern und Bewohnerinnen) unterschreiten die Vorstellungen der Preisüberwachung massiv.

## Modell 4 (Beilage 6)

Im Modell 4 wird nun angenommen, dass die Krankenversicherer 50% der anfallenden Pflegekosten bezahlen. An die mit dieser Annahme nunmehr verbleibenden „Restkosten“ sollen die Patienten jeweils 10% der gesamten Kosten der jeweiligen Pflegestufe und die Einwohnergemeinden 40% bezahlen.

Daraus resultiert ein Stundenansatz für die Pflege von Fr. 54.- an den die Krankenversicherer Fr. 27.-, der Patient Fr. 5.40 und die Einwohnergemeinden Fr. 21.60 zu zahlen haben.

Wird diese Basis nunmehr auf die 12 Pflegestufen übertragen, ergeben sich Pflegesätze von der Pflegestufe a von Fr. 18.- pro Tag bis Fr. 216.- pro Tag in der Pflegestufe I.

Daraus ergibt sich ein sachlogisches Modell zu Finanzierung der Pflegekosten. Multipliziert man nun die sich ergebenden Ansätze mit der jeweiligen Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen (Stand 2010) ergibt sich für rund 2'500 Personen eine Entlastung von jährlich insgesamt **32 Mio Franken** jährlich, die neu von den Einwohnergemeinden zu tragen sind.

Nach diesem Modell dürften vor allem die Betreuungskosten für die betreuungsintensiven Pflegestufen e-j (auch in Zusammenhang mit dementen Bewohnern und Bewohnerinnen) nicht den Vorstellungen der Preisüberwachung entsprechen.

*Auswirkungen auf die vom Bewohner oder von der Bewohnerin zu zahlenden Heimkosten (Höchsttaxen):* Gemessen am bisherigen Rahmen von Fr. 138.80 (152.80 mit voller IKP) bis Fr. 282.– (Fr. 294.– mit voller IKP) werden sich die Kosten im neuen Rahmen zwischen Fr. 151.80 und Fr. 231.00 bewegen.

#### Modell 5 (Beilage 7)

Das Modell 5 geht davon aus, dass die Einwohnergemeinden den gleichen Anteil wie die Krankenversicherer bezahlen und die Patienten 20% des vom Bundesrates festgelegten Tarifs je Pflegestufe (entspricht frankenmässig dem Betrag nach Modell 1)

Daraus resultiert ein Stundenansatz für die Pflege von Fr. 59.40.– an den die Krankenversicherer Fr. 27.–, der Patient Fr. 5.40 und die Einwohnergemeinden Fr. 27.– zu zahlen haben.

Wird diese Basis nunmehr auf die 12 Pflegestufen übertragen, ergeben sich – wie in Modell Pflegesätze von der Pflegestufe a von Fr. 19.80 pro Tag bis Fr. 237.– pro Tag in der Pflegestufe I.

Wird nun dieser Stundenansatz in Beziehung zu den Pflegestufen und des Pflegebedarfs der Bewohner und Bewohnerinnen gebracht, resultiert daraus für die rund 2'500 Personen eine Entlastung von jährlich insgesamt **40 Mio Franken** jährlich, die von den Einwohnergemeinden zu tragen sind.

Nach diesem Modell dürften die Betreuungskosten – auch für die betreuungsintensiven Pflegestufen e-j in Zusammenhang mit dementen Bewohnern und Bewohnerinnen – den Vorstellungen der Preisüberwachung entsprechen.

*Auswirkungen auf die vom Bewohner oder von der Bewohnerin zu zahlenden Heimkosten (Höchsttaxen)* Gemessen am bisherigen Rahmen von Fr. 138.80 (152.80 mit voller IKP) bis Fr. 282.– (Fr. 294.– mit voller IKP) werden sich die Kosten im neuen Rahmen zwischen Fr. 151.80 und Fr. 214.80 bewegen.

### 3.8 Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen AHV

Die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die EL sind mehrseitig:

Die Erhöhung der Vermögensfreibeträge durch das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung führt zu einer Erweiterung des Kreises der EL-Anspruchsberechtigten und damit zu EL-Mehrkosten. Die AKSO kann zu diesen Mehrkosten keine verlässlichen Schätzungen liefern.

Neu wird mit der Restfinanzierung der stationären Pflege mit den „Pflegekostenbeiträgen“ ein den EL vorgelagerter Kostenträger – eine neue Sozialleistung installiert. Die pflege- und betreuungsbedürftigen Personen, die heute aufgrund der durch sie zu tragenden Kosten durch Pflegeheimaufenthalte häufig auf EL angewiesen waren, werden entlastet. Deshalb erfahren auch die EL eine Entlastung bei der bedarfsabhängigen Finanzierung der Heimkosten.

Aufgrund der Daten 2010 kann davon ausgegangen werden, dass Kanton und Einwohnergemeinden für 1400 Personen rund 50 Mio. Franken an Ergänzungsleistungen aufwenden. Damit beziehen rund 55% aller Bewohner und Bewohnerinnen teilweise oder maximale Ergänzungsleistungen, welche ihre Obergrenze an den vom Regierungsrat festgelegten Höchsttaxen, beziehungsweise vom Departement festgelegten heimspezifischen Taxen finden.

Geht man davon aus, dass der Pflegebedarf der neu pflegekostenberechtigten Personen ungefähr derjenigen der bisherigen leistungsbeziehenden Personen entspricht, wird die Ergänzungsleistung um rund 55% des neu von Einwohnergemeinden zu tragenden Kosten entlastet. Im Modell 1 somit um rund 11 Mio. Franken, im Modell 2 um 30 Mio. Franken und im Modell 3 um 28 Mio. Franken, im Modell 4 um 18 Mio. Franken und im Modell 5 um 22 Mio. Franken entlastet.

Gleichzeitig wird aber die Ergänzungsleistung unter der gleichen Annahme von 55% der Bezüger und Bezügerinnen um die Erhöhung der Investitionskostenpauschale von 12 Mio. Franken um rund 7 Mio. Franken belastet.

Diese Entlastung wirkt sich aber auf die Einwohnergemeinden nur im Rahmen des bisherigen Verteilschlüssels zwischen Kanton und Einwohnergemeinden aus. Dieser Schlüssel beträgt gegenwärtig zwischen Kanton und Einwohnergemeinden rund 44% : 56%.

Somit werden die Einwohnergemeinden mit der neuen Pflegefinanzierung je nach Modell zwischen 6 und 17 Mio. Franken entlastet und gleichzeitig in allen Modellen um rund 4 Mio. Franken belastet. Der Kanton wird zwischen 5 und 13 Mio. Franken entlastet und um rund 3 Mio. Franken belastet.

Nach § 144 Absatz 2 SG übernehmen Einwohnergemeinden aber auch noch Betreuungszulagen über die Sozialhilfe im Umfang von rund 1.5 Mio. Franken jährlich. Diese Sozialleistungen entstehen hauptsächlich dadurch, dass ältere Menschen ihr Vermögen, insbesondere Liegenschaften an ihre Nachkommen lebzeitig abtreten. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen werden aber diese Vermögensübertragungen – unter Abzug eines jährlichen Vermögensverzehr – aufgerechnet. War das übertragene Vermögen relativ hoch, führt das dazu, dass keine oder nur teilweise Ergänzungsleistungen zugesprochen werden. Mit der Pflegefinanzierung kann damit gerechnet werden, dass die Sozialhilfe in diesem Bereich um rund 2/3 oder 1 Mio. Franken entlastet wird.

**Unabhängig von der Neuberechnung des EL-Verteilschlüssels werden aber den Einwohnergemeinden Mehrkosten erwachsen für all diejenigen Bewohner und Bewohnerinnen, welche bis anhin noch keine Ergänzungsleistungen bezogen:**

Finanzielle Belastung Einwohnergemeinden netto in Mio. Franken – geschätzt

	<i>Belastung brutto</i>	Entlast EL I 50-55%	Entlast Sozialh	Entlast IKP	Belast EL II 50-55%	<i>Entlastung brutto</i>	<b>Belastung netto</b>
Modell 1	19	9-11	1	12	7	15-17	<b>4</b>
Modell 2	54	28-30	1	12	7	34-36	<b>20</b>
Modell 3	52	26-28	1	12	7	32-34	<b>20</b>
Modell 4	32	16-18	1	12	7	22-24	<b>10</b>
Modell 5	40	20-22	1	12	7	26-28	<b>14</b>

### 3.9 Fazit

Alle Modelle gehen von der gleichen Regelung der Hotelleriekosten von maximal Fr. 150.- aus. Im Rahmen der interkantonalen Harmonisierungsbemühungen liess sich dabei nicht vermeiden, dass die Kosten der Pflegestufen a und b in allem Modellen teurer werden. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass nunmehr die volle Investitionskostenpauschale erhoben wird.

Die Modelle 1 und 3-5 weisen eine sachlogische Regelung des Minutentarifs bei den Pflegekosten aus. Von zentraler Bedeutung bleiben somit drei Elemente der Beurteilung:

Ist die Höhe der Nettobelastung der öffentlichen Hand, hier der Einwohnergemeinden, zumutbar?

Wird die politisch geforderte Entlastung aller Heimbewohner- und –bewohnerinnen, insbesondere in den mittleren und höheren Pflegestufen signifikant umgesetzt?

Werden die Vorstellungen der Preisüberwachung berücksichtigt?

Unter diesen Prämissen erweisen sich die Modelle zwei und drei als zu teuer. Das Modell 1 und 4 setzen die Entlastung der Bewohner und Bewohnerinnen nicht adäquat um und berücksichtigen die Vorstellungen der Preisüberwachung nicht. Somit bleibt als Präferenz das Modell 5. Dieses Modell erscheint auch einfach vermittelbar und entbehrt nicht einer gewissen Logik, dass die öffentliche Hand gleichviel an die Pflege zu bezahlen hat, wie die Krankenversicherer. Gleichzeitig werden die Betreuungskosten massiv gesenkt.

**Falls der Kantonsrat den vorgeschlagenen Beschlussesentwurf gutheisst, wird der Regierungsrat daher Modell 5 umsetzen.**

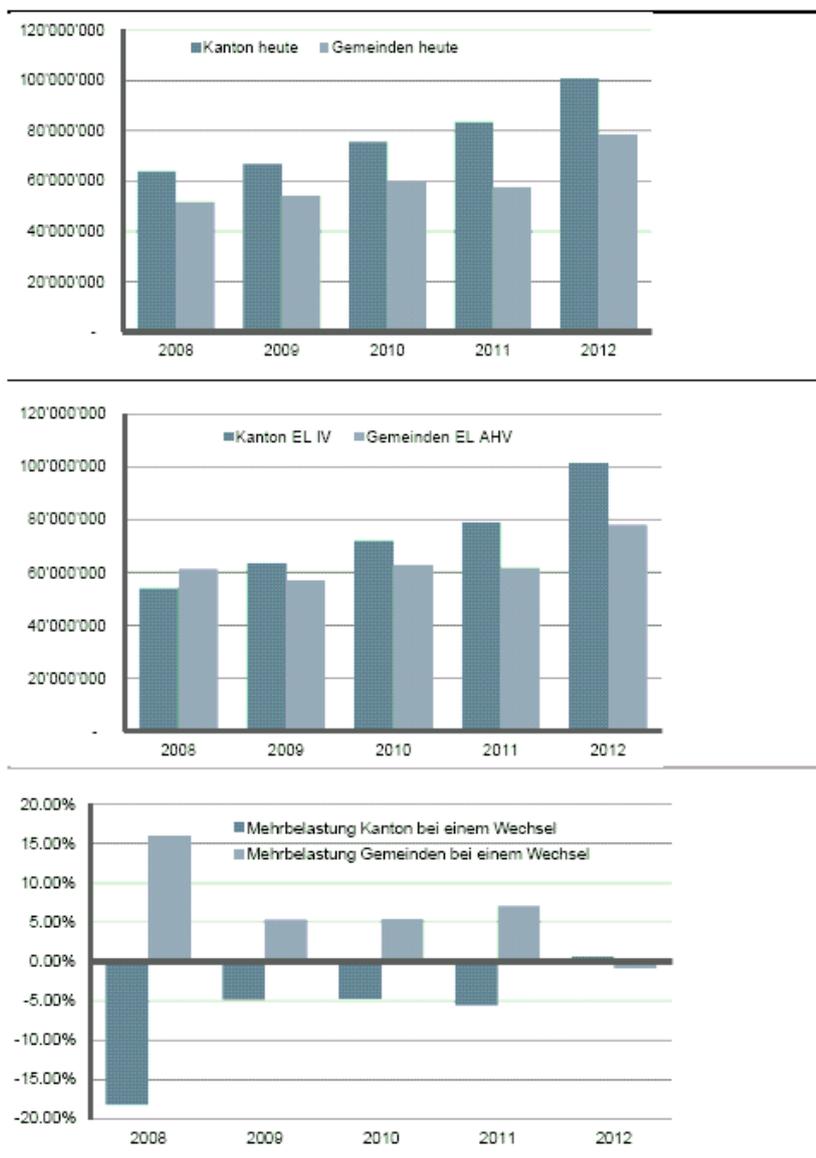
#### 4. Kompensation oder Aufhebung des Verteilschlüssels EL

Diese dargelegten Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen lassen sich auf zwei Arten korrigieren.

*Entweder*, indem – gleich im Hinblick auf die neue Reform der Aufgabenentflechtung und des Finanzausgleiches – der Verteilschlüssel der Ergänzungsleistungen, welche sowohl die EL AHV und IV umfasst aufgehoben wird. Die Einwohnergemeinden bezahlen die Kosten der EL AHV, der Kanton übernimmt die Kosten der EL IV.

Diese Lösung hat mehrere Vorteile. Zum einen sind beide Aggregate fast gleich gross, zum andern entspricht die Mehrleistung der Einwohnergemeinden bei den Pflegekosten gleichzeitig der Entlastung bei den gesamten Ergänzungsleistungen AHV. Der Kanton kann seinen Weg zur Subjektfinanzierung bei den Behinderteninstitutionen konsequent weiterführen, ohne Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden. Dazu kommt, dass ein „Stolperstein“ und „Zankapfel“ zwischen Kanton und Einwohnergemeinden wegfällt und die Aufgabenteilung im Sozialbereich damit abgeschlossen wird.

Die folgenden Abbildungen aus zeigen, dass der „Systemwechsel“ im Jahr 2012 für beide Partner, Kanton und Gemeinden, eine faire Lösung wäre: Kanton wie Gemeinden sind 2012 bei einer Neugestaltung faktisch gleichgestellt. Dies zeigt die Kostenentwicklung in der EL IV in den letzten Jahren im Vergleich zu derjenigen der EL AHV (vgl. dazu Ecoplan, Bericht Revision des kantonalen Finanz- und Lastenausgleichs (NFA SO), Teilprojekt 3: Soziales vom 31. Mai 2011).



Nach heutigem Stand ist allerdings die Kostendynamik der beiden Leistungsfelder (hier Alter – da Behinderung) nicht klar abschätzbar. Es erscheint daher als verfrüht, diese Lösung zu wählen. Sie ist im Rahmen der Diskussionen um die neue NFA SO weiter zu diskutieren.

*Oder*, indem der Verteilschlüssel zwischen Kanton und Einwohnergemeinden entsprechend angepasst wird. Eine Lösung, die auch mit andern Leistungsfeldern im Rahmen der Aufgabenreform gesucht und gefunden wurde.

Nach § 54 Absatz 4 SG hat der Regierungsrat ohnehin alle vier Jahre die Auswirkungen der Aufteilung der Kosten zwischen Kanton und Einwohnergemeinden zu überprüfen – erstmals also per 1. Januar 2013. Haben sich dazumal die Anteile an den Gesamtkosten zwischen Kanton und Einwohnergemeinden erheblich verändert, beantragt er dem Kantonsrat eine Änderung des Verteilschlüssels. Der Verteilschlüssel ist ebenfalls zu überprüfen, wenn durch Änderungen des Bundesrechts oder dieses Gesetzes die finanzielle Belastung des Kantons oder der Einwohnergemeinden wesentlich erhöht oder vermindert wird.

Diese Lösung ist vorzuziehen.

## 5. Verteilung der Kosten unter den Einwohnergemeinden

Diese neue kommunale Leistung soll wie die andern kommunalen Sozialleistungen auch dem Lastenausgleich unterliegen und pro Einwohner auf die jeweilige Einwohnergemeinde verteilt werden.

## 6. Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten Pflege

### 6.1 Zuständigkeit der Einwohnergemeinden

Nach der Sozialgesetzgebung liegt auch dieses Leistungsfeld in der Zuständigkeit der Einwohnergemeinden, welche mit Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex), Leistungsvereinbarungen abgeschlossen haben. Auch hier obliegt eine allfällige Restfinanzierung der Pflegekosten der ambulanten Pflege den Einwohnergemeinden. Durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung umfasst eine Restfinanzierung durch die Einwohnergemeinden aber nicht nur die Pflegeleistungen von öffentlich subventionierten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, sondern aller Leistungserbringer, also auch der privaten Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Alle drei Gruppen der Leistungserbringer können künftig Beiträge für die Deckung der Restfinanzierung bei den Einwohnergemeinden einfordern, so denn überhaupt Restkosten aus Pflege entstehen. Da der Stundenansatz zur Abgeltung von Pflegeleistungen nach KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. für Vorbereitungs- oder Nachbereitungshandlungen der Pflege, Wegpauschale, Bereitschaftsdienst, allgemeine Beratungsleistungen ausserhalb des KVG, spezielle Aufwendungen für Onkologie, Psychiatrie und Kinder – Spitex oder die Organisation der Patientenübernahme nach Spitalaufenthalt) enthält, können die Gemeinden weiterhin – je nach Bedarf – mit ausgewählten Organisationen Leistungsvereinbarungen zur Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen abschliessen. Die Einwohnergemeinden bleiben weiterhin zuständig für die Finanzierung dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Sie können diese auf den vom Regierungsrat festgelegten Höchsttaxen personenbezogen verrechnen oder Subventionen leisten oder Restdefizitdeckungen garantieren.

### 6.2 Zuständigkeit des Kantons

Trotz der Übernahme der Restfinanzierung durch die Einwohnergemeinden, ist es nach § 52 Sozialgesetz die Aufgabe des Kantons, einen Höchstansatz für die ambulante Pflege zu erlassen. Der Regierungsrat legt – wie bei den Betreuungs- und Pflegeheimen einen Höchstansatz, der den effektiven Aufwand für die Leistung deckt, fest. Der Kanton bleibt unverändert für die Bewilligungerteilung für öffentlich subventionierte und private Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wie auch für die Berufsausübungsbewilligung für freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach § 44 Gesundheitsgesetz zuständig.

### 6.3 Beiträge der Leistungsbezüglerinnen und –bezügler

Auch zu den Kosten und Zuordnungen der ambulanten Pflege gibt es nur Schätzungen und Annahmen. Berufsnahe Standesorganisationen gehen von höheren Stundenlöhnen aus, Mitfinanzierer eher von geringeren Kostenschätzungen. Je nach Kanton ist das Lohnniveau unterschiedlich, was eine „harmonisierende“ Betrachtung mit andern Kantonen erschwert. Ebenso heftig wird auch die Diskussion darüber geführt, was denn alles zu den Pflegekosten gehört.

Aufgrund der bisherigen Datenlage kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in der Spitex keine Restkostenfinanzierung entsteht. Es ist aber nicht auszuschliessen, dass sich in Zukunft eine solche ergeben könnte. Dem Regierungsrat ist daher gesetzlich die Kompetenz einzuräumen, eine allfällige Restfinanzierung zu beziffern und über die Höchsttaxen festzulegen.

Auch hier können den Klientinnen und Klienten maximal 20 Prozent des höchsten vom EDI für die Krankenversicherer festgelegten Pflegebeitrags je Stunde in Rechnung gestellt werden, d.h. maximal 20 Prozent von Fr. 79.80. Da sich die Bundesvorgabe nicht darüber ausspricht, ob damit die Stundenleistung gemeint ist (sachlogisch) oder in Anlehnung an die Regelung bei den Heimen dem Tagessatz entspricht, soll auf die Empfehlung der GDK abgestellt werden, welche von einem Tagessatz ausgeht. Somit haben die Klientinnen und Klienten – nebst Selbstbehalt und Franchise – je Tag maximal Fr. 15.95 an die Pflegekosten der ambulanten Pflegeleistungen zu bezahlen. Die Mitfinanzierung soll jedoch im Kanton Solothurn an den Minutentarif der Pflegeleistung gekoppelt werden. Es rechtfertigt sich daher bei einem Abrechnungsmodus pro 5 Minuten Fr. 0.66 in Rechnung zu stellen. Das würde bedeuten, dass bei einem zweistündigen Einsatz das Total von Fr. 15.95 erreicht wäre, das nicht überschritten werden darf. Gesamthaft dürfen im Jahr nicht mehr als Fr. 5'840.00 in Rechnung gestellt werden. Im Jahre 2011 wurde in einem ersten Schritt bereits die Hälfte dieses Modells umgesetzt und soll im Jahre 2012 seine Vollendung finden.

Keine Beteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger ist vorzusehen, wenn es sich um Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr handelt. Bei dieser Bezugsgruppe wird auf eine Kostenbeteiligung verzichtet, da für sie nach Art. 64 Abs. 4 KVG auch keine Franchise und nur höchstens die Hälfte des Selbstbehalts berechnet wird. Der Philosophie, dass Kinder und Jugendliche von einer Kostenbeteiligung entlastet werden, soll auch in der Neuordnung der Pflegefinanzierung gefolgt werden. Im Bereich der ambulanten Pflege beanspruchen Kinder und Jugendliche weniger als zwei Prozent der Leistungen. Ein Verzicht auf eine Kostenbeteiligung hat deshalb fast keine Auswirkungen auf den von den Einwohnergemeinden zu tragenden Kostenanteil.

Den Einwohnergemeinden wird empfohlen, bezüglich Deckung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu einer fixen Stundenpauschale sinngemäss nach der Regelung des Kantons Bern zu wechseln. Damit ist für den Klienten und die Klientin klar, was die Pflege und Betreuung zu Hause kostet, und die entstehenden Kosten sind dem einzelnen Leistungsbezüger und der Leistungsbezügerin klar zugeordnet.

#### 6.4 Abwicklung

In Anlehnung an die bisherige Rechnungsstellung von ambulanten Pflegeleistungen soll in Zukunft eine aufgeteilte Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer vorgenommen werden. Das heisst, die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie die freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen stellen wie bisher eine Rechnung für den Krankenversichererbeitrag und den Betrag, den die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selber übernehmen müssen, diesen direkt zu. Die Leistungsbezügerinnen und -bezüger fordern aufgrund dieser Rechnungsstellung die ihnen zustehende Rückvergütung bei den Krankenversicherern ein. Den Betrag für die personifizierten gemeinwirtschaftlichen Kosten entsprechend dem Normstundensatz können die Spitex-Organisationen entweder direkt bei den Klienten oder Klientinnen einziehen oder, je nach Beteiligungsmodell, analog den Alters- und Pflegeheimen, den zuständigen Einwohnergemeinden direkt in Rechnung stellen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Botschaft wird davon ausgegangen, dass der parlamentarische Vorstoss Bigolin in seiner Hauptstossrichtung nicht erheblich erklärt wird. Dieser Vorstoss verlangt, dass auf die geplante Patientenbeteiligung der Spitex – Klientinnen und –Klienten zu verzichten sei. Mit Ausnahme der „Kinder – Spitex“ soll diesem Ansinnen nicht gefolgt werden.

## 7. Zu den einzelnen Bestimmungen

### Zu § 55 Lastenausgleich unter den Einwohnergemeinden

Die Restfinanzierung der Pflegekosten bezieht sich auf die nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherungen sowie der Patientenbeteiligung verbleibenden Pflegekosten. Diese werden neu als Pflegekostenbeiträge bezeichnet und gemäss §§ 9 und 144 SG von den Einwohnergemeinden getragen. Zur Abwicklung der Restfinanzierung soll an der Subjektfinanzierung festgehalten werden. Die neue kommunale Leistung der Pflegekostenbeiträge soll wie die andern kommunalen Leistungsfelder auch dem Lastenausgleich unterliegen und pro Einwohner und Einwohnerin auf die jeweilige Einwohnergemeinde verteilt werden. Deshalb wird unter Absatz 1 ein neuer Buchstabe g) eingefügt, der die Pflegekostenbeiträge dem Lastenausgleich unterwirft.

### Zu § 144<sup>bis</sup> Regelung der Finanzierung der häuslichen Pflege

#### Absatz 1

Um nicht parallel zum Sozialgesetz die Krankenversicherungsgesetzgebung heranziehen zu müssen, wird in Absatz 1 festgehalten und damit verdeutlicht, aus welchem Leistungen der häuslichen Pflege sich die Rechnung überhaupt zusammensetzt. Dabei wird zunächst unterschieden zwischen Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen und den Pflegekosten. Die Kosten der nicht-pflegerischen Leistungen setzen sich zusammen aus gemeinwirtschaftlichen Leistungen und aus den Leistungen nach § 143 Absatz 1 SG Buchstabe b sowie aus Absatz 2 Buchstaben a-e. Darunter fallen die Hauspflege sowie die nicht abschliessend aufgeführten ergänzenden Dienste wie Mahlzeitendienst, Transportdienst, Begleit- und Betreuungsdienst, Entlastungsdienst sowie weitere Dienst- und Sachleistungen.

#### Absatz 2

Zunächst wird aus der Bestimmung deutlich, dass unter den Begriff der Pflegekosten nur jene Kosten fallen, an welchen sich die Krankenversicherungen und die Patienten beteiligen. Ferner wird als Grundsatz statuiert, dass die Pflegekosten durch die Krankenversicherungsbeiträge und die Patientenbeteiligung als gedeckt gelten. Demnach fallen in der häuslichen Pflege grundsätzlich keine Restfinanzierung und damit keine Pflegekostenbeiträge für die Einwohnergemeinden an. Allerdings wird in § 144 quater SG der Regierungsrat sowohl für die stationäre Heimpflege als auch für die häusliche Pflege ermächtigt, die jeweiligen Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten festzulegen (sh. Ausführungen dazu unter § 144 quater SG).

#### Absatz 3

Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird aus sozialpolitischen Gründen und aus Gründen der Harmonisierung mit den umliegenden Kantonen auf eine Patientenbeteiligung verzichtet (Kinderspitex). Bereits das KVG trägt der besonderen Situation der Familien Rechnung, indem nach Art. 64 Abs. 4 KVG für die Bezugsgruppe von Kindern und Jugendlichen keine Franchise und nur höchstens die Hälfte des Selbstbehaltes berechnet wird. Damit folgt die kantonale Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung mit der Befreiung der Kinder und Jugendlichen von der Patientenbeteiligung auch der Philosophie des KVG. In der häuslichen

Pflege beanspruchen Kinder und Jugendliche weniger als zwei Prozent der Pflegeleistungen, weshalb die Auswirkungen auf den von den Einwohnergemeinden zu tragenden Kostenanteil gering sind.

Zu § 144<sup>ter</sup> Finanzierung der stationären Heimpflege

## Absatz 1

Wie in § 144 bis Absatz 1 SG für die häusliche Pflege wird für die stationäre Heimpflege zunächst verdeutlicht, aus welchen Positionen sich die Rechnung für einen Pflegeheimaufenthalt überhaupt zusammensetzt, um danach aufzeigen zu können, dass sich die Restfinanzierung gemäss Art. 25 a Abs. 5 KVG, welche die Kantone zu regeln haben, ausschliesslich auf die Pflegekosten, nicht aber auf die Hotelleriekosten oder auf die Betreuungskosten bezieht. Die Aufteilung der Hotelleriekosten (Buchstabe a) in die Positionen Unterkunft und Verpflegung, Investitionskostenpauschale und Ausbildungspuschale entspricht der bisherigen Praxis für die Festlegung der generellen Höchsttaxen für die solothurnischen Alters- und Pflegeheime.

Nach den Ausführungen des Bundesgesetzgebers zum KVG können Betreuungskosten weiterhin separat von den Pflegekosten ausgewiesen werden. Allerdings erfolgt mit der Neuregelung eine Neugewichtung und damit teilweise Verschiebung der Betreuungskosten im Verhältnis zu den Pflegekosten. Das ändert aber nichts am Grundsatz, dass Betreuungskosten (Buchstabe b) als separate Position der Heimrechnung aufzuführen sind.

Als dritte Hauptposition der Heimrechnung fallen die Pflegekosten (Buchstabe c) an, welche sich aus dem Krankenversicherungsbeitrag, der Patientenbeteiligung und dem Pflegekostenbeitrag der Einwohnergemeinden zusammensetzen.

## Absatz 2

Unter diesem Absatz wird das Verhältnis der Krankenversicherungsbeiträge, der Patientenbeteiligung und der Pflegekostenbeiträge als Restfinanzierung der Einwohnergemeinden an den Pflegekosten näher beschrieben, wobei für die Patientenbeteiligung eine Höchstgrenze nach Art. 25 a Abs. 5 KVG gilt.

Absatz 2 steckt damit den gesetzlichen Rahmen für die Restfinanzierung der Pflegekosten ab, ist aber erst in Verbindung mit § 144 quater Absatz 1 SG, welche eine Delegationsnorm an den Regierungsrat zur Festlegung der jeweiligen Finanzierungsanteile enthält, unmittelbar anwendbar.

## Absatz 3

Absatz 3 hält fest, dass bei Pflegeleistungen für Personen mit Wohnsitz im Kanton Solothurn durch ausserkantonale Leistungserbringer höchstens die für die Leistungserbringer im Kanton Solothurn geltenden Kostenansätze angewendet werden. Damit wird sichergestellt, dass bei der Pflege durch ausserkantonale Leistungserbringer im Sinne der Rechtsgleichheit die gleichen Kostenansätze wie für solothurnische Leistungserbringer gelten.

Zu § 144<sup>quater</sup> Festlegung der Finanzierungsanteile

## Absatz 1

Diese Bestimmung bezieht sich sowohl auf die häusliche Pflege als auch auf die stationäre Heimpflege und bezweckt, mit einer Kompetenzdelegation an den Regierungsrat genügend Elastizität zur

Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung einzuräumen, da das Bundesrecht trotz Vorgabe der wirtschaftlichen Leistungserbringung keine Limitierung der Pflegekosten und letztlich auch keine Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungskosten kennt. Um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nach KVG umsetzen und dabei den jeweiligen Verhältnissen angemessen Rechnung tragen zu können, erhält der Regierungsrat die Kompetenz, die Anteile der Patientenbeteiligung, der Pflegekosten und der Betreuungskosten festzulegen. Je nach dem von den Einwohnergemeinden favorisierten Modell soll dabei ein kleinerer oder grösserer Teil der Betreuungskosten in die Pflegekosten umgelagert werden. Nach konstanter Praxis wurden die Einwohnergemeinden über den Verband der solothurnischen Einwohnergemeinden VSEG bei der Festlegung der Höchsttaxen hinzugezogen und angehört. Dieses Verfahren ist auch für die Zukunft vorgesehen. Neu ist nun auch vorgesehen, für den Bereich der häuslichen Pflege unter Anhörung des VSEG generelle Höchsttaxen zu erlassen und die Patientenbeteiligung innerhalb der zulässigen Höchstgrenze nach KVG festzulegen.

#### Absatz 2

Mit dieser Bestimmung wird das Departement ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung der Pflegekostenausweise und die Rechnungstellung zu erlassen. Der Pflegekostenausweis weist die jeweilige Pflegestufe aus und dient einerseits den Krankenversicherungen als Grundlage für die Berechnung ihres Beitrages an die Pflege und andererseits der Ausgleichkasse für eine allfällige Berechnung der angesichts des zu bewältigenden Mengengerüsts auf, Ergänzungsleistungen. Um die Arbeit der Ausgleichkasse und der Krankenversicherungen zu erleichtern, drängt sich auf, eine einheitliche Gestaltung des Pflegekostenausweises zu gewährleisten. Eine einheitliche und möglichst administrativ einfache Vorgehensweise ist auch für die Rechnungstellung vorzusehen. So sollen die Heime den Sozialregionen direkt Rechnung für die Pflegekostenbeiträge stellen, indem sie eine Namensliste mit entsprechender Angabe des jeweiligen zivilrechtlichen Wohnsitzes, der Abrechnungsperiode und des Betrages einsenden. Diese Lösung ist administrativ sowohl für die Heime als auch für die Gemeinden bzw. Sozialregionen einfach und effizient.

#### **8. Antrag**

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und dem Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Christian Wanner  
Landammann

Andreas Eng  
Staatsschreiber

**Verteiler KRB**

Departement des Innern, Amt für soziale Sicherheit (5); (CHA, BRU, RYS, HER)

Parlamentdienste

GS

BGS